



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



La salida de la convertibilidad: el diagnóstico preliminar en una clínica privada en crisis, un modelo de actuación profesional

Mango, Carlos A.

2005

Cita APA: Mango, C. (2005). La salida de la convertibilidad : el diagnóstico preliminar en una clínica privada en crisis, un modelo de actuación profesional. Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado

Este documento forma parte de la colección de tesis de posgrado de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

4 (cuatro)

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

076-004

CARRERA DE POSGRADO

ESPECIALIZACION EN
ADMINISTRACION DE EMPRESAS EN CRISIS

Col. 1502/0102

TESINA

EL SECTOR DE PRESTADORES PRIVADOS DE LA

SALUD EN CRISIS

La salida de la convertibilidad. El diagnóstico preliminar en una clínica privada en crisis: un modelo de actuación profesional.

TUTORIA:
Dr. José ESCANDELL

CATALOGADO

Up. M.3.M.4.1, G.33510
MÁS
Tesis M

CARLOS A. MANGO
Contador Público

Año 2005

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Profesor Emérito Dr. ALFREDO L. PALACIOS

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1	
Las clínicas y sanatorios privados.....	7
El origen	7
El ambiente y el contexto de la crisis	9
CAPITULO 2	
Documentos y testimonios que reconocen la crisis del sector.....	13
1.- Procedimiento Preventivo de Crisis de una Clínica (Ley de empleo)	13
2.- Decretos de Emergencia Sanitaria. Leyes. Instructivos de la AFIP	19
2.1 Decreto 486/2002 del 12 de marzo de 2002	19
2.2 Decreto 2724/2002 del 31 de diciembre de 2002	21
2.3 Decreto 1210/2003 del 10 de diciembre de 2003	24
2.4 Decreto 756/2004 del 17 de junio de 2004.....	25
2.5 Ley 25.972. Promulgada: Diciembre 15 de 2004.....	25
2.6 Resoluciones e instructivos de la AFIP.....	26
3.- Opiniones de titulares de Clínicas, Sanatorios y Asociaciones Empresariales.....	27
4.- Opiniones de funcionarios públicos. Documentos oficiales.....	30
5.- Opinión de organismos internacionales.....	34
6.- Conclusión.....	35
7.- El dilema del prisionero. ¿Una aproximación a la solución?.....	36
CAPITULO 3	
El sistema de salud en Argentina	40
Un bien llamado salud	40
Elementos de los sistemas económicos	41
Los modelos.....	43
Antecedentes	44
Modalidades de contratación	48
Esquema de funcionamiento del sistema de salud argentino.....	50
Análisis de la oferta	53
Catorce millones de personas sin obra social ni prepaga.....	54
La falta de pago: una constante del sistema	56
Efectos producidos por la falta de pago del PAMI a un prestador	58
Claves de análisis de la situación del Sector Privado	65
CAPITULO 4	
Análisis de casos. La tarea profesional	78
Caso 1.- Determinación de la carga tributaria en un sanatorio	78
Caso 2.- Diagnóstico preliminar en una clínica del interior del país	80
El proceso de comunicación del diagnóstico preliminar.....	118
CAPITULO 6	
Conclusiones y propuestas	120
Prólogo	120
Propuestas.....	122

1.- Fideicomiso para el pago de las prestaciones.....	122
2.- Refinanciación de pasivos financieros.....	123
3.- Intervención de Especialista en Administración de Empresas en Crisis.....	123
4.- Impuesto a la ganancia mínima presunta.....	124
5.- Impuesto a las ganancias.....	124
6.- Impuesto sobre los créditos y débitos en cuentas bancarios.....	124
7.- Impuesto al valor agregado.....	125
8.- Impuesto sobre los Ingresos brutos.....	125
9.- Compensación de deudas con deudas.....	125
10.- Suspensión de embargos de la AFIP.....	126
11.- Otorgamiento de un plan de facilidades de impuestos y contribuciones.....	126
12.- Prevención de la crisis.....	126
13.- Revisión y actualización de precios de prestaciones.....	128

APENDICE

Cuadros y anexos.....	129
Cuadro 1. Gasto medio Obras sociales provinciales año 2000.....	129
Cuadro 2. Gasto total como porcentaje del PBI. 1995-2003.....	129
Cuadro 3. Aportes y Contribuciones a la Seguridad Social.....	130
Cuadro 4. Gasto total per cápita en salud año 2000 (en dólares).....	131
Cuadro 5. Beneficiarios de Obras sociales provinciales. Año 2001.....	132
Cuadro 6. Distribución de los establecimientos y camas de prestadores.....	133
Cuadro 7. Distribución de los establecimientos asistenciales según.....	134
Cuadro 8. Población no cubierta por Seguros. Año 2000.....	135
Cuadro 9. Estructura poblacional argentina de acuerdo a cobertura.....	135
Cuadro 10. Población INSSyJ (PAMI) por jurisdicción. Año 2000.....	136
Cuadro 11 y Gráfico. Distribución por beneficiarios. Año 2003.....	137
Cuadro 12. Empresas de Medicina Prepaga.....	138
Cuadro 13. Deuda de PAMI por prestaciones Oct. 2001-Abr.2002.....	139
Cuadro 14. Estado de la seguridad social.....	140
Cuadro 15. Obras Sociales concursadas o en quiebra.....	141
Cuadro 16. Endeudamiento general de Obras Sociales.....	142
Cuadro 17. Modelos de financiamiento de los sistemas de salud.....	144
GLOSARIO.....	145
BIBLIOGRAFIA.....	148

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue desarrollado en asociación con el Programa de Investigación sobre la Problemática del Sector de Prestadores de Servicios de Salud, creado desde el ámbito de la Carrera de Posgrado de Especialización en Administración de Empresas en Crisis, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en noviembre de 2003.

De acuerdo con el programa, para el tema del Sector Privado, correspondiente a la Unidad IX, las pautas transmitidas desde la Dirección de la Carrera indicaban que: “hacia mediados de 2002, los responsables de las Clínicas y Sanatorios Privados afirmaban que la crisis del sector podría hacer eclosión en unos seis meses, con un cierre masivo de instituciones. El agravamiento de los problemas se ha potenciado, según los directivos, por falta de respuesta frente a la enorme deuda de las Obras Sociales y el PAMI, y al encarecimiento de costos que dejó instalado la devaluación de finales de 2001”.

“En una actividad que depende directamente del dólar para sus bienes de capital y sus insumos, la salida de la paridad disparó los costos un 64%, incluido el efecto de medidas como la suba salarial de \$ 224.-, suma que debe quedar incorporada a los sueldos de convenio antes de Febrero de 2004”.

“Las acreencias de las Clínicas con las Obras Sociales nacionales suman \$1053 millones y el PAMI les debe \$ 972 millones. Si bien la intervención de la Obra Social de los Jubilados está pagando las actuales prestaciones, no hay respuesta sobre la falta total de pagos del período que va de octubre 2002 a abril de 2003 por casi \$ 500 millones. Las obras sociales provinciales y empresas de medicina prepaga deben unos \$ 360 millones en cada caso”.

“El sector público no está en condiciones de reemplazar las 67.000 camas que tiene el sector privado, si este colapsa. La presión impositiva también influye

negativamente sobre los resultados del sector de actividad. Si se suman las contribuciones patronales por los 500.000 trabajadores de sector, 23 de cada 100 pesos del costo total son impuestos”.

En base a ello, la Investigación se ha orientado a la búsqueda de antecedentes del Sistema de Salud en la República Argentina y los distintos subsectores que forman parte de él. En forma particular y ya que de ellos se trata el tema central, del origen de los Prestadores Privados de Salud, su importancia, funcionamiento, y futuro en tiempos turbulentos.

Además, y por ser un elemento importante dentro del Sistema, también resulta válido considerar el rol determinante que tienen asignadas las Obras Sociales, tanto nacionales como provinciales y, en caso especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), que por sus volúmenes operativos, montos de deudas a prestadores y proveedores y papel político- estratégico, son ellas por sí mismas tema para una investigación puntual, la que no será abordada en esta oportunidad. Por ello es que no pueden dejar de tener durante todo el desarrollo de este trabajo un marco referencial.

El Sistema de salud está en crisis y esa definición cuenta con el aval y conformidad de todos y cada uno de los actores y participantes. Es así que la situación ha sido totalmente señalada en documentos y testimonios emanados de entidades privadas, organismos de gobierno, consultores, organismos internacionales, formadores de opinión, dirigentes de asociaciones y cámaras empresarias y pacientes en general, los que han sido incluidos en forma sintética para tener una clara imagen de sus contenidos.

No obstante este ambiente de total coincidencia, en el que cada uno reconoce los elementos constitutivos de la crisis y ha efectuado algunas propuestas de solución, unas tibias y otras más intensas de acuerdo con el subsector o participante que se trate, nadie comienza a operar en las acciones tendientes

a superar los inconvenientes planteados. De allí que a la fecha de elaboración final de este trabajo –mayo de 2005- se continúa hablando de compensación de las deudas del PAMI con las deudas que los prestadores mantienen con la AFIP; de la entrega de Bonos para cancelar las deudas atrasadas de PAMI y otras Obras sociales; de la adecuación de las base de imposición de algunos impuestos, pero en la realidad, la situación está en la mismas condiciones que estaba al inicio.

Una vez planteado el problema y sus orígenes, también se efectuará una referencia a los modelos en el mundo; el esquema de funcionamiento del sistema en Argentina; las modalidades de contratación y la situación de la cobertura en salud de la población. Dada la importancia de las Obras Sociales y su incidencia en el problema de los prestadores privados, se incluye el detalle de algunas entidades concursadas o quebradas y las que tienen importantes pasivos prestacionales y con otros proveedores.

En este tránsito desde lo general hacia lo particular, se ingresará en la zona de consideración de los efectos económicos y financieros que produce la falta de pago en las entidades, el encarecimiento de los costos y la carga impositiva y se profundizará el análisis de la situación general y particular de los prestadores privados.

Se incluye el análisis de dos casos reales. En el primero se muestra la incidencia de la carga tributaria en la facturación de una entidad de la Provincia de Buenos Aires y luego, en segundo término, se analiza el caso real de una clínica del interior del país en situación de crisis en la cual el autor ha tenido actuación profesional. Esta articulación permite asistir a la completa descripción de todas las acciones llevadas a cabo por el consultor en ocasión de efectuar la tarea de diagnóstico preliminar.

Cabe destacar que en ambos casos se han omitido los datos identificatorios de las entidades, como así también de los responsables por expresa solicitud de

los propietarios, decisión fundada en motivos estratégicos, y que ha sido aceptada en el marco del cumplimiento de estrictas normas de confidencialidad contratadas oportunamente.

Finalmente se elaboran conclusiones que constituirán propuestas y alternativas válidas como contribución a la resolución de los problemas ocasionados por la crisis instalada en el sector de los Prestadores Privados de la Salud, tanto en la órbita estatal como en la estructura interna de las organizaciones.

CAPITULO 1: Las clínicas y sanatorios privados

El origen

El nacimiento de las clínicas y sanatorios privados en la República Argentina, se ha producido por la necesidad de un grupo –generalmente un número importante- de médicos, de construir un área de trabajo común en la cual confluyeran la mayor cantidad de especialidades, lo cual les otorgaba prestigio médico, una posibilidad de mayor clientela y, consecuentemente, un ingreso económico más importante que el que podían obtener actuando en forma individual desde su propio consultorio personal.

Con el paso de los años y desde aproximadamente los últimos veinte, el concepto de organización de una institución de servicios médicos privados, ha evolucionado hacia la constitución de entidades con pocos socios, no necesariamente médicos y con una visión del negocio más cercana a la de cualquier empresa de servicios

Aquella particular concepción del negocio, ha originado que la gran mayoría de las instituciones actualmente en funcionamiento y algunas otras que ya no sobreviven, se hayan organizado inicialmente bajo esa característica aunque hayan tomado luego conciencia de la conveniencia de una transformación hacia la orientación de las más nuevas.

En las clínicas tradicionales se privilegió a la Dirección Médica como la línea ejecutiva de todas las decisiones, desplazando de esta manera al management económico, comercial, administrativo y financiero a una posición secundaria, por entender que su existencia ocupaba ese lugar dentro de la estructura organizacional.

Las situaciones producidas en el mercado sanitario que han obligado a las empresas a ser cada día más eficientes, reduciendo los costos, mejorando la

calidad de prestación e implementando una política comercial agresiva, exigen día a día un mayor nivel de profesionalización y una mayor velocidad de adaptación a los cambios.

En las clínicas con formación más reciente, las cuales fueron constituidas y organizadas con criterio empresario, se observa una mejor tendencia a la instrumentación de los cambios porque existe en ellas una figura con gran peso y alta concentración de poder como Director General o Manager.

De cualquier forma, en ambos tipos de organización puede advertirse una falta de profesionalización en la gestión económico-financiera, administrativa y comercial.

Citando a **Editorial Revista El Prestador** - (2000): Para los prestadores de salud del sector privado, es decir los empresarios de instituciones asistenciales, la década de los noventa, ha sido de constantes cambios en las condiciones en que han tenido que desenvolver sus empresas.

De los diez años considerados, se puede afirmar que en la primera mitad, se ha asistido al crecimiento y expansión de las empresas de salud, con despliegue de equipamiento médico de última generación, prestigiosos profesionales reconocidos dentro y fuera del país, solvencia económica y reconocimiento de su imagen en el mercado. Es razonable pensar pues, que dichos empresarios se consideran a sí mismos, en términos generales, capaces y exitosos.

La segunda mitad, en cambio, estuvo caracterizada por la aparición de turbulencias constantes; imprecisiones e incertidumbres en las reglas de juego; irrupción de la intermediación y notables desajustes económicos de los habituales financiados del sistema, con la consiguiente repercusión, y por ende, el surgimiento de una variada gama de dificultades y cambios que fue necesario que las empresas afrontaran.

Se notaron dos actitudes en los empresarios. Unos apostaron a que su poder y prestigio históricos, los harían indemnes de todos los males. Los otros, tomaron conciencia de sus reales capacidades y aptitudes, y recurrieron rápidamente a la capacitación empresarial, a la formación de posgrado, y a la actualización y reentrenamiento de sus recursos humanos.

A partir de allí, los unos percibieron que su soberanía y arrogancia no protegieron por sí mismas ni a sus propios méritos, y mucho menos a sus organizaciones; los otros en cambio, encontraron nuevas vías de acción, nuevas metodologías estratégicas y nuevas versiones del futuro, que sumadas al talento y al esfuerzo, les permiten afrontar con confianza estos tiempos de cambios turbulentos.

El ambiente y el contexto de la crisis

La República Argentina se ha distinguido, en términos de salud, entre los países latinoamericanos. La presencia firme de indicadores epidemiológicos -solamente comparables con los países más desarrollados del mundo- los recursos invertidos, el gran desarrollo tecnológico y la calificada oferta de prestación de servicios de salud, ofrecidos mediante una avanzada infraestructura tecnológica y una excelente calidad de la fuerza laboral profesional, constituyeron los elementos distintivos que construyeron un prestigio reconocido a nivel mundial.

Pero la crisis política, económica y social que se instaló en el País e hizo eclosión en diciembre de 2001, absorbió a todos y cada uno de los sectores, subsectores, actores, agentes y participantes en general, quienes de una u otra forma, han sufrido los efectos devastadores.

Todos los intentos que se hicieron para lograr la reactivación económica, el equilibrio de las finanzas públicas y la refinanciación de la deuda externa, fueron insuficientes y no pudo alcanzarse ninguna de las metas propuestas.

El seguimiento de las cobranzas se realiza utilizando una planilla de Excel confeccionada especialmente.

Debilidades

- El servicio no cuenta con Guardia Médica.
- Duplicaciones de tareas.
- Demora en la rendición de las cobranzas.
- Demora en la facturación.
- No utilización de los sistemas internos
- Manejo y disposición de fondos.

5.1.3.2 Ambulatorio

Al final del mes recibe de Medicina Laboral las rendiciones de los estudios realizados a los pacientes. Revisa los legajos y valoriza en forma automática (por medio de códigos de actividad) los estudios en forma individual. Al finalizar la carga por legajo genera la pre-factura impresa, la adjunta al legajo del paciente y el mismo vuelve a Medicina Laboral donde se procede a la impresión de la factura final.

5.1.4 Tomografía

Responsable: Sra. M. T.

Realiza las tomografías a:

- Pacientes internados que pertenecen a Obras Sociales a las que se les emite una factura mensual.
- Pacientes ambulatorios pertenecientes a Obras Sociales lo cual genera una factura quincenal por cada una de ellas y cuyo pago se gestiona a los 60 días de la fecha de factura.

- Pacientes particulares. La facturación se efectúa en forma personalizada y cobrada al contado.

Tanto los cheques como el efectivo cobrado se rinden diariamente en la Tesorería.

También en este sector y como tarea adicional, se gestiona la facturación y cobranzas del sistema denominado "Persecución de Expediente a Salud Publica". Consiste en la apertura y posterior seguimiento de cada expediente hasta su cobro total.

Debilidades

- Riesgo de sustracción de valores.
- Falta de espacio físico.
- Falta de elementos de trabajo (aparato de fax).
- Abandono del puesto para realizar cobranzas y/o seguimientos de expedientes
- Falta de coordinación con otras áreas.
- Falta de comunicación.
- Manejo y disposición de fondos.

5.1.5 Admisión

Responsable: Sr. S.C.

Interviene únicamente en los casos de internación de pacientes.

Solicita y reúne toda la documentación necesaria para la internación, evalúa su correspondencia y solicita la respectiva autorización a la Obra Social, en los el casos de pacientes con esa cobertura.

En los casos de internación urgente que no pueda esperar la autorización, requiere una garantía consistente en dinero efectivo o cheque hasta que la Obra Social comunique su conformidad.

Ingresa al sistema todos los datos necesarios del paciente. Lleva el control de las camas ocupadas.

Dispone de dos fondos fijos (mañana y tarde), los cuales son utilizados como cambio para devolver en ocasión del cobro de prestaciones, y cubrir gastos no recurrentes de menor importe.

Debilidades

- Inadecuada imagen .
- Ausencia de capacitación del personal.
- Baja calidad de atención.
- Incorrecta imputación y señalación de operaciones.
- Manejo y disposición de fondos.

5.2 Sistema de Cuentas a Pagar

En el área interviene una sola persona trabajando en un horario distinto al que utiliza la Administración en general.

Se contabilizan las facturas a pagar que son entregadas por las distintas áreas generadoras del gasto o consumo. Las mismas contienen la presunta firma de los responsables de los sectores.

Las compras de Farmacia son realizadas directamente por el Responsable de ese sector quien obtiene la autorización previa del Administrador de la Empresa.

Emite el pago (cheque) en el mismo momento de la contabilización de la factura y los comprobantes se depositan bajo llave hasta la entrega de los mismos a los beneficiarios.

Debilidades

- Inexistencia de órdenes de compra.
- Ausencia de un registro de firmas de personas que autoricen.
- Emisión de cheques sin registrar el pasivo.
- Ausencia de procedimientos.
- Inexistencia de control interno.

5.3 Sistema de Tesorería

En el mismo se efectúan los depósitos bancarios y pagos de la compañía. No se lleva ningún presupuesto financiero o cash flow y la operatoria se realiza día a día luego de una reunión con la Dirección, con quien se traza la estrategia.

Debilidades

- Ausencia de procedimientos.
- Inexistencia de control interno.
- Falta de documentación respaldatoria de las operaciones
- Ausencia de información para gestionar.

6.- El Ambiente de Control Interno

A través del relevamiento "express" realizado y considerando los límites impuestos por la extensión y alcance del procedimiento, se observó una manifiesta debilidad en el ambiente de control.

La falta de segregación de funciones y delegación de responsabilidades originada en una pronunciada centralización en la Dirección, atentan contra la

instalación de normas y procedimientos que aseguren un contenido mínimo de control en las operaciones llevadas a cabo en las áreas de la Empresa.

A modo de ejemplos, se incluyen a continuación algunas de las modalidades que se detectaron como inexistentes:

- Control Gerencial: ausencia de presupuestos; informes para gestionar.
- Controles independientes: conciliaciones entre registros contables generales e individuales.
- Procesos: informes de recepción; aprobación de los legajos antes de su pago.
- Salvaguarda de activos: controles para el ingreso y salida de bienes.
- Generales: control por oposición de intereses.

6.1 Resumen de algunas observaciones efectuadas

- Excesivo tiempo para cerrar la facturación mensual.
- Existencia de cheques pendientes de ingreso en la contabilidad o en la Tesorería para su rápido depósito.
- Se efectúan depósitos de valores sin haber sido ingresados.
- Ausencia general de reportes e informes para gestionar.
- Manejo de la tesorería sin visión de futuro. Ausencia de información de cash flow.
- Demasiados puntos de facturación y cobranzas.
- Identidad entre la persona que contabiliza facturas y emite los cheques.
- Se efectúan pagos a proveedores antes de registrar la factura.
- Ausencia de conciliaciones de cuentas corrientes.
- Inexistencia de un departamento de depósito y control de ingreso de insumos.
- No se utiliza registro de firmas.
- Falta de emisión de orden de compras.

- No se generan informes de recepción de bienes.
- Inexistencia de control y análisis de cuentas y débitos de Obras Sociales.
- No se identifican con sellos las facturas contabilizadas y pagadas.
- Inexistencia de normas o medidas de seguridad para evitar la sustracción de bienes
- El personal no se siente valorado ni comunicado en forma correcta.
- Problemas de espacio físico.
- Falta de elementos de trabajo.
- Falta de manuales de procedimientos.
- Posibilidad de alta de pacientes sin haber cobrado totalmente las prestaciones.
- Deficiente gestión de las cobranzas.
- Falta de capacitación del personal. El personal no sabe por qué hace las cosas.
- Inexistencia de procedimientos para asegurar la integridad de la facturación.
- Falta de autorización en la liquidación de honorarios.
- Falta de políticas en el caso de pacientes insolventes.
- Falta de políticas de autorización de gastos.
- Falta de definición de nivel y autorizaciones de usuarios para el acceso al sistema.
- Duplicación de tareas.

7.- Análisis de la Situación Económica –Financiera

7.1 Estado de Situación Patrimonial. Estado de Resultados

Con la información y documentación que fue puesta a disposición por la Empresa, se elaboró el Estado de Situación Patrimonial al 01-03-04 el que se

incluye como Anexo A, con sus correspondientes detalles conteniendo las composiciones de saldos (Anexos 1 a 19).

Además, la Empresa proveyó un Estado de Resultados con información de los meses del período julio 2003 a diciembre 2003; el promedio del período y la variación con respecto al mismo período del año 2002-2003 (Anexo B).

7.2 Breve descripción de los sistemas contables y de información

La Empresa no utiliza un sistema de registraciones contables unificado. Solamente se incluyen las facturas de compra y de venta en un sistema que luego brindará la oportunidad de confeccionar el Libro de IVA Ventas y Compras que cumple con los requisitos exigidos por la AFIP. Con esta información y la que produce la Tesorería, se obtienen listados de Cuentas a Cobrar y de cheques de pago diferido emitidos que, en todos los casos, se observaron con muestras de ausencia de depuración y conciliación.

Al mismo tiempo, para la facturación y cobranza existen cinco puntos que son:

- Internación
- Ambulatorio
- Tomografía
- Laboral-ART
- Admisión

Cada uno de estos sectores recibe sus propias cobranzas y procede a hacer una rendición a la Tesorería. En este sector se confecciona una planilla de Cobranzas resumen, que contiene todas las sumas recibidas por dichos sectores y que, finalmente, contribuirá a la realización de los asientos.

Todos los asientos se confeccionan en forma global y mensual, en el Estudio de Contadores Externos, con la base de listados extracontables que surgen de las compras, ventas, cobranzas, pagos y liquidaciones de sueldos y jornales.

Ellos también luego arman el Balance utilizando un sistema de su propiedad del que no hay copia o back up en la Empresa.

7.3 Alcance

7.3.1 La tarea se limitó al análisis simplificado de la situación financiera básica (capital de trabajo, liquidez, endeudamiento y solvencia) y de rentabilidad de acuerdo con la información detallada en 7.1.

7.3.2 Los datos obtenidos (con muchas dificultades) se originan en distintos sectores; cada uno con un criterio propio y en general, utilizando una combinación de listados emitidos por el Sistema de información; de planillas de Excel o anotaciones manuales simples. Fueron depurados con la participación de los responsables de cada sector y surgen de la documentación que se incluye como Anexos 1 a 19. En otros casos debimos asumir algunos criterios y estimarlos ante la ausencia de información precisa.

7.3.3 Dados la urgencia de los procedimientos; la inexistencia de sistema contable y la característica de Diagnóstico Preliminar de la tarea, la información recibida no ha sido sometida a proceso de auditoría alguno, por lo cual deberá considerarse como solamente orientativa y de utilidad para formular una opinión primaria acerca de la situación real y algunas tendencias.

7.3.4 El Estado de Situación Patrimonial expone un capital de trabajo negativo incidido –principalmente- por dos factores reconocidos por la Dirección de la Empresa:

- Un alto nivel de endeudamiento general producido por la política de crecimiento de la Empresa hacia la alta complejidad diseñada en la década de los 90 íntegramente en base a financiamiento externo.

- El atraso en las cobranzas, tanto en las que están a cargo de la Empresa como las que se reciben a través de la Asociación de Clínicas de la Provincia (ACLIPRO).
- 7.3.5 Adicionalmente, la gran cantidad de débitos efectuados por las Obras Sociales (rechazos de facturación y otros ajustes por “desfases” especialmente en los convenios que administra la ACLIPO), ha producido una sustancial reducción en los beneficios.
- 7.3.6 Con la finalidad de contribuir al “desahogo transitorio” de la situación de iliquidez se procedió a la rotación de la variable de ajuste, pasando la misma por el diferimiento de los pagos de la AFIP; DGR; las remuneraciones al personal; los honorarios profesionales y los pagos de proveedores.
- 7.3.7 En medio de todo ese panorama, se gestionó en el año 2001 un Procedimiento preventivo de crisis por ante el Ministerio de Trabajo, mediante el cual se redujeron las jornadas de trabajo y los haberes del personal. No hubo despidos.
- 7.3.8 Las cuentas a cobrar, tomadas en términos generales, observan un atraso en la cobranza de un promedio de más de ciento cincuenta días. Hay una buena porción de ellas (INSSJP-PAMI) que datan del año 1996 y otras del período 2001/2002. No corresponde a una situación particular de la Empresa sino que forman parte de una problemática de orden nacional que, hasta el momento, no tiene señales claras de avance en el proceso de solución. Una de las formas de cobro propuestas por las Clínicas y Sanatorios, aunque no aceptada por el Gobierno, es compensar dichos saldos con deudas con la AFIP. En base a consultas que se han efectuado creemos prudente previsionarlas ya que, en lo inmediato –que es el plazo de urgencia en el cual se crea el ambiente de este diagnóstico- no se avizoran posibilidades concretas de cobro o compensación.
- 7.3.9 Los bienes de cambio fueron considerados al valor aportado por la Empresa. No se efectuó inventario de los mismos.

7.3.10 Los bienes de uso fueron considerados con los valores informados por la Empresa.

- El inmueble (único que posee la Empresa), tiene una valuación efectuada por martillero profesional en junio de 1994 de U\$S 2.500.000.- Dicho valor (paridad 1 U\$S = 1 PESO) fue incorporado al Balance mediante un revalúo técnico. En la actualidad sería deseable una actualización del valor a la fecha. El inmueble reconoce una hipoteca en primer grado a favor del Banco de LA Provincia (BAPRO) por un capital de \$ 1.000.000 al 31-12-03, tasa de interés 6% anual más CER. Toda la información fue proporcionada por la Empresa. No se exhibió el título de propiedad.
- El equipamiento fue considerado al valor aportado por la Empresa. No se efectuó inventario de los mismos.

7.3.11 El Estado de Resultados al 31-12-03 (Anexo B) presenta -por siete meses- la siguiente situación:

Ingresos Totales:	3.000.000.-
Egresos Totales:	(2.900.000.-)
Sub-total (ganancia)	100.000.-
Menos: Previsión SAC y Asign. Dto. 1273 y Modif.	(118.000.-)
Resultado Final (Pérdida)	(<u>18.000.-</u>)

8.- DICTAMEN

8.1 Situación económico-financiera

Luego del análisis de la información identificada en 7.1; en consideración de lo detallado en 7.2; con el alcance descrito en 7.3 y mediante la observación de los siguientes puntos:

Con la finalidad de otorgar protección al sistema financiero, gravemente afectado por el retiro en masa de los depósitos, se dispuso una restricción a la disposición de fondos por parte de los ahorristas ("el corralito"). Esta medida originó una importante disminución de la liquidez con la consecuente reducción de la actividad económica a niveles paupérrimos.

Una vez más en un lapso de once años (la anterior fue producida por el ministro Erman González a través del Plan Bonex) se confiscaron los depósitos bancarios a plazo fijo y cuentas de ahorros, mediante la entrega a cambio, de Bonos de deuda a largo plazo. Tal como transmite **Mario Rapoport** - (2002) los ahorristas que fueron sorprendidos con "el corralito", recordando aquel antecedente de once años atrás, con la crisis social profunda producida por los niveles de desocupación y pobreza, terminaron en "cacerolazos", manifestaciones y saqueos. Una vez más el Estado terminó interviniendo para defender los intereses generados por un cierto tipo de políticas económicas aun cuando de esa manera vulnera los derechos de sus propios ciudadanos.

Siguiendo a **Ficzbein, A. et al.** - (2002) El clima de insatisfacción popular generado por todo este ambiente crítico, concluyó con la renuncia del Presidente De La Rúa, la asunción de varios presidentes interinos, el abandono de la Convertibilidad. y el anuncio formal del estado de cesación de pagos de la deuda del sector público

Decir que hacia la fecha señalada al principio el país estuvo sufriendo una recesión económica por casi cuatro años, con una reducción de la actividad económica de alrededor del 16% y una caída del PBI de más del 11%; que la tasa de desempleo creció casi al 18% en octubre de 2001 y a 21,5% en mayo de 2002, según cifras provistas por **INDEC** (Encuesta Permanente de Hogares). Que la inversión se redujo en un 60%; que la línea de la pobreza alcanzó al 57% de las personas, de las cuales la mitad, eran indigentes, es ya plantear un escenario crítico, del que no ha escapado el sector de la Salud.

- El comportamiento de los resultados (contables) desde 1997 a 2003, información que se incluye como Anexo C y la incluida en 7.3.11, se deduce que la sociedad viene soportando año tras año la permanencia de rentabilidad negativa, lo cual configura una gran preocupación por las dificultades que dicha situación conlleva.
- En consideración al apartado anterior y teniendo en cuenta la declaración de la Dirección en el sentido de que el crecimiento institucional no contó con el efecto leveraged más favorable ya que se llevó a cabo íntegramente con financiamiento de terceros, se deduce que el capital de trabajo ha sido totalmente consumido por la falta de beneficios.
- La composición de las deudas y sus respectivos niveles de atraso en los cumplimientos de pago.
- La composición de las cuentas a cobrar; las fechas de origen de los saldos; el comportamiento de las cobranzas y las probabilidades futuras.

se verifican las condiciones para afirmar que Sanatorio se encuentra en **estado de cesación de pagos** definiéndose como tal, a la situación que se produce cuando los ingresos totales no alcanzan a cubrir la suma de los costos totales más los costos del endeudamiento. Se adiciona a esta situación, la permanente ausencia de beneficios; la creciente dificultad para recuperar los créditos en tiempo y forma y una clara tendencia hacia la falta de evolución total.

8.2 Condiciones de viabilidad de la empresa

La Identificación de la Situación, desarrollada en el punto 2, determinó **la existencia de una situación de crisis** que podemos asignar –en un análisis primario- a un insuficiente análisis financiero para la asistencia del crecimiento con la finalidad de obtener la Categoría de Alta Complejidad.

El sistema de salud en la Argentina se caracterizó en la década pasada, por fuertes atrasos en los pagos de las Obras Sociales nacionales y provinciales, lo que ocasionó que las Entidades prestadoras se transformaran prácticamente en financiadoras del mismo.

No obstante ello, en general, los prestadores continuaron atendiendo a los pacientes de dichas Obras Sociales, lo que colocó a muchas entidades en estado crítico, debiendo en un importante número de ellos, apelar al cierre, concurso preventivo o quiebra.

A través de reclamos efectuados en forma individual y por intermedio de las Cámaras, Asociaciones y Federaciones, los prestadores hicieron conocer a las autoridades su situación deficitaria frente a los atrasos en los pagos y al avance de la presión impositiva sobre las finanzas y los costos operativos. Pero esos reclamos no fueron atendidos en su gran mayoría lo que produjo que el estado de situación de emergencia se transformara en un estado permanente en emergencia.

Con ese escenario de altos costos; importante carga impositiva en términos económicos y financieros; dificultades para efectivizar la cobranza de los servicios, algunos prestadores optaron por un criterio conservador o un crecimiento o transformación condicionado a un pormenorizado estudio previo de las condiciones más favorables de financiamiento, sin apartar la vista de las condiciones de viabilidad de la empresa.

En el caso en análisis, de acuerdo con algunas pautas logradas a través de la lectura de la información y documentación relevada y al contenido de las entrevistas realizadas, las que han sido coincidentes en manifestar (la Dirección General; Dirección Médica y otros funcionarios) que la Empresa ejerció la opción política de lograr un claro posicionamiento de liderazgo mediante el crecimiento asistido con financiamiento de terceros, se puede afirmar que ese fue el origen de la situación financiera actual aunque no su única causa.

Analizando luego los elementos constitutivos; causas y efectos de la crisis y las respectivas variables organizacionales, se puede apreciar que la solitaria convivencia del poder formal junto a una ausencia de liderazgo participativo,

han impedido una lectura y escucha del mercado más adecuada, razón por la cual –a mi criterio- no se pudieron aprovechar algunas oportunidades que tuvieron, entre ellas:

- Incursionar en el mercado de los sistemas de prepagas.
- Potencial captación de nuevos clientes (médicos) a través de políticas de marketing direccional efectivo.
- Acceder a algún fideicomiso en el que intervinieran los importantes saldos a cobrar.
- Considerar como la posibilidad de contactar a algún comprador del sanatorio entre los fuertes inversores extranjeros que concurrieron al país para tal fin durante la década anterior.
- Efectuar alguna alianza estratégica con un partner que resulte interesante para acceder a un nuevo posicionamiento integral.
- Efectuar los acuerdos de cooperación empresaria (UTE) en condiciones más favorables.
- Utilizar la oportunidad del procedimiento preventivo de crisis laboral para efectuar una depuración y cambio de los cuadros gerenciales y mandos medios en orden de lograr una gestión eficiente en todas las áreas.
- Lanzar alguna suscripción de acciones produciendo el ingreso de nuevos médicos.

El éxito del pasado no produjo aprendizaje organizacional para poder enfrentar una crisis profunda como la que se está considerando en este momento. Si se entiende que el líder debe conducir al grupo (la empresa) al logro de los objetivos (rentabilidad) parece que ello no ha ocurrido. Todo lo contrario ha acontecido y ni siquiera en la segunda línea (gerentes o administradores) se produjo algún cambio de paradigma.

Es así que existen algunas muestras que indican que prevalecieron la queja; la culpa del otro y de los factores externos; el “cuidado” de las haciendas individuales por encima del interés general y, como concepto general mirar hacia el exterior en lugar de recorrer el interior. En estos casos se percibe la

situación como algo naturalizado y en la empresa lo van viviendo en la espera que se llegue al equilibrio también en forma natural o casi milagrosa. Es aconsejable que desde la conducción se creen condiciones para generar un ambiente favorable con el objetivo de la instalación del aprendizaje y trabajo en equipo.

Finalmente se desarrolló un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) adaptado también a las limitaciones impuestas en el alcance de la tarea y a la característica de relevamiento “express” asignada a la misma.

De la evaluación de todos los antecedentes, he arribado a la conclusión de diagnosticar en forma preliminar, **la crisis en estado generalizado**, con un alto nivel de gravedad.

Consecuentemente con dicho diagnóstico entiendo que sin la producción de cambios profundos, totales y muy rápidos, **la empresa en este grado es de muy difícil viabilidad.**

9.- ACCIONES SUGERIDAS

9.1 Conformación de un Comité de Crisis

Tiene por objetivo la formación de un comité que esté integrado por los responsables de cada una de las áreas estratégicas a fin de dar sustento a la actividad económico-financiera de la empresa, privilegiando una actitud de unificación de criterio en cuanto hace a la toma de decisiones trascendentes para el intento de reconducción.

El comité funcionará de acuerdo con los siguientes criterios:

- Integración inicial sugerida con los siguientes responsables de cada área:

Sr.....

Dr.....

Sra.....

Dr.....

- Se crearán condiciones para lograr un ambiente de apoyo incondicional en el orden interno para lo cual se designará un coordinador de dicha actividad. Serán funciones de dicho funcionario el desarrollo de la comunicación hacia los recursos humanos; la convocatoria a ejercer un esfuerzo adicional para mantener la prestación de los servicios en niveles de calidad y seguridad; el requerimiento de aportes de ideas o sugerencias para cambiar el estado crítico; el respaldo absoluto al accionar del Comité.
- Se nombrará un único portavoz para comunicar tanto en el ámbito interno como en el externo. Se sugiere para esta función al Dr.

Se requerirá un constante monitoreo de la actuación del Comité de Crisis, disponiéndose el reemplazo de los miembros que las circunstancias aconsejen.

9.2 Plan de Gestión de emergencia.

Es necesario adoptar un conjunto de medidas con la firme intención de modificar en forma urgente, las tensiones de tesorería derivadas del actual estado de cesación de pagos y del comportamiento de los resultados. Entre otras se deberá intentar operar sobre:

- El inmediato análisis de todas las cuentas a cobrar para lograr recuperar los créditos morosos. Se incluyen aquellas que correspondan a pacientes que se hayan retirado entregando pagarés en garantía.
- Comenzar una política de control y ejecución de cobranzas que resulte eficaz.
- Efectuar una auditoría y análisis integral acerca del reproceso de los débitos y las refacturaciones en acción coordinada entre la

Administración y la Auditoría Médica. Resultará de utilidad considerar la posibilidad de tercerizar esta operación.

- Intervenir el área de Admisión para que, en la emergencia, observe una actitud positiva extraordinaria en la calidad de atención y orientación del público y además, mantenga una conducta de responsabilidad en las acciones que, luego, generarán la facturación de las prestaciones. Similar actitud debe exigirse a los sectores de Ambulatorios y Medicina Laboral-ART.
- Diseñar -con intervención de la Auditoría Médica- un plan de admisión en el que se seleccione "los clientes" y pacientes en orden a las posibilidades de recuperación de la facturación que generen (revisión de los tiempos de internación; cantidad de medicamentos e insumos necesarios; característica de módulo o prestación; etc.).
- Relevamiento de todos los activos que se encuentren inmovilizados y no resulten imprescindibles para la operatoria. Valorizarlos e intentar transformarlos en dinero. Integran este rubro bienes de uso, de cambio, valores recibidos en caución, etc.
- Efectuar una valuación actualizada de todos los bienes de uso a valores de mercado o realización (edificio; equipos; etc.).
- Revisión de todos los productos, medicamentos, insumos, material descartable, artículos para limpieza y esterilización que acumulen stocks, modificando las cantidades de compras y adecuándolas a los mínimos indispensables.
- Revisión de cualquier plan de inversión en mejoras, construcciones, reformas edilicias o reemplazo de instrumental o equipamiento.
- Revisión de los gastos incurridos en todos los conceptos con la intención de suprimir los que no resulten imprescindibles para la prestación de los servicios.
- Consideración de la nómina de personal (administrativo y médico) en la intención de efectuar una adecuación a la emergencia.
- Revisar la política de honorarios y dividendos.

- Diseñar el orden de prioridad en la atención de las obligaciones y vencimientos en sintonía con la estrategia central que se decida poner en ejecución.

Con la información que se obtenga a partir de la evaluación efectuada después de aplicar los procedimientos descritos, se debe confeccionar un Estado de Resultados Proyectados a seis meses como base para la elaboración de un Cash Flow. El cumplimiento de las proyecciones y la consideración y análisis de los desvíos se efectuará semanalmente a fin de mantener actualizada toda la información básica.

El estado de resultados proyectado y el cash flow elaborado deberán tener signo positivo ya que, de no suceder, estaría confirmada la inviabilidad definitiva de la empresa con lo cual habría que elegirse estrategia y acciones diferentes.

9.3 Plan de relaciones con los Grupos de Interés

9.3.1 Internos

Deberán negociarse nuevas condiciones con el personal y plantel de médicos. Entre otras acciones podrán intentarse reducciones de salarios; planes de pagos en cuotas; política de retiro voluntario; programa de jubilación anticipada; cancelación de pasivos por honorarios con emisión de acciones.

Resultará conveniente crear canales de comunicación permanente acerca de los pasos dados por la empresa para neutralizar el efecto destructivo que produce el rumor.

9.3.2 Externos

Establecer una metodología que asegure el normal aprovisionamiento de medicamentos, insumos y servicios por los proveedores con quienes se establecerá una comunicación efectiva para reducir los niveles de intranquilidad.

Efectuar una clasificación de los proveedores por grupos de importancia en orden a sus antecedentes y prestigio en plaza y a la cantidad de compras efectuadas en los tres últimos años.

Negociar condiciones de pago especiales dentro de un programa de reducción de las compras a los niveles de mínima exigencia.

Crear una línea de acción coordinada con el/los Estudios Legales para mantener en estado inactivo cualquier amenaza de ejecución o embargos por parte de los acreedores con privilegio especial (AFIP; RENTAS; BAPRO).

Designar un equipo representativo para lograr nuevos acercamientos a los círculos de financiadores de salud que mantienen deudas con la empresa con la intención de iniciar nuevas acciones a cargo de nuevos funcionarios que ofrezcan un cambio de imagen institucional.

10.- NUESTRA INTERVENCION

10.1 Aunque por razones de aseguramiento de las condiciones de objetividad necesarias en procesos de este tipo, no resulta aconsejable el cumplimiento de funciones de línea, es necesario nuestra intervención en la coordinación del funcionamiento del Comité de Crisis. Por tratarse de una situación de emergencia, los funcionarios que lo integran deben actuar bajo tal circunstancia lo que, en la mayoría de los casos, se dificulta porque la visión que mantienen suele estar influida por los hábitos y rutinas que, para esta oportunidad, constituyen un elemento a colocar a un costado.

Mediante nuestra visión particular y desde un lugar que no implica involucramiento operativo, podremos contribuir a un mejor desarrollo de la actividad del Comité sugiriendo los cambios necesarios a los cursos de acción.

10.2 Al mismo tiempo deberemos efectuar el monitoreo constante de las tareas de planificación y ejecución del Plan de Gestión de emergencia. De acuerdo con el relevamiento realizado en oportunidad del Diagnóstico Preliminar, la obtención de datos y documentación tendrán dificultades ya que no hay un sistema integrado que permita la recopilación de información

confiable en condiciones de rapidez y seguridad. Por tal razón entendemos que tendremos que intervenir para colaborar en la producción de toda la información necesaria la que, tal como expresamos anteriormente, deberá obtenerse en el menor tiempo posible.

En la medida que el personal de la empresa tenga asignada tareas especiales en la emergencia, colaboraremos en la elaboración final del Estado de Resultados Proyectados y el Cash Flow, información estratégica de urgencia tal como ya manifestamos.

10.3 Habiendo efectuado un relevamiento reducido del funcionamiento y proceso de los sistemas de facturación, cobranzas, pagos y otros de índole administrativa, podremos colaborar en el diseño y puesta en marcha de una adecuación de la nómina y, eventualmente, en la consiguiente estructura de un nuevo procedimiento preventivo de crisis.

Con respecto a los grupos de interés externo podremos participar en los equipos encargados de la reestructuración de deudas y de adecuación de imagen ante la situación general de la Empresa.

10.4 La síntesis de nuestra actuación estará dada en la búsqueda de herramientas y la estrategia más adecuada para poder superar la situación dictaminada. Para tal fin desarrollaremos una actividad interdisciplinaria que integrará la etapa de Diagnóstico Integral Estratégico (DIE) y el Plan Estratégico de Recuperación (PER), a través de los cuales se sugerirá una línea que, mediante la combinación de acciones más adecuada, pueda reconducir la empresa, superar la situación de crisis y potenciar su desarrollo colocándola en condiciones razonables de competitividad.

El proceso de comunicación del diagnóstico preliminar

Guillermo Schmitt (1994) define que: La etapa final del diagnóstico preliminar, es la de informar los resultados a la dirección de la empresa o a sus

propietarios. Siempre es preferible la comunicación verbal al informe escrito, o bien la apoyatura verbal a la presentación escrita. Si bien los objetivos de la comunicación del diagnóstico preliminar son múltiples, esencialmente lo que se está informando son los resultados de una actuación profesional, limitada en su alcance, en el que se hizo un rápido análisis sobre la competitividad y la capacidad de la empresa para generar valor económico en el pasado y en la actualidad y de las perspectivas futuras.

Los mensajes serán claros y los argumentos contruidos de lo general a lo particular. La información tendrá un sustento importante. El que presente el informe irá percibiendo las reacciones; las irá registrando e intentará lograr la participación en la reunión. Ordenará el curso de las preguntas que le formulen las que, seguramente comenzarán indagando acerca de la validez, consistencia y fuente de información de los datos utilizados, como una primera reacción de intentar negar la realidad. A esas preguntas se le responderá con respuestas firmes y cordiales.

La negación, el desplazamiento y la represión son mecanismos utilizados por los seres humanos para evitar el dolor que produce ver la realidad. El diagnóstico preliminar toca las fibras íntimas de los protagonistas y despierta ansiedades e inseguridades, llegando a ocasionar sentimientos de pérdida siendo en muchos casos ésta la realidad. Para digerir esa experiencia dramática y dolorosa, deben cumplirse algunas etapas.

En su libro "Duelo sobre la muerte del padre y otros escritos", **Jamil Abuchaem** (1988) expresa que un proceso de duelo, sea por la separación de un objeto amado, sea padre, hijo, perro, empresa o parte de una empresa, se desarrolla a través de cuatro etapas:

- 1.- Examen de la realidad: el sujeto en duelo acepta la pérdida o no la acepta.

Efectuar una descripción pormenorizada de las características de la crisis del Sector Salud, llevaría una cantidad de datos que completarían cientos de páginas. Cada uno de los subsectores y actores participantes de la actividad han sido afectados por la crisis política, económica y social cuyas generalidades se indicaron al inicio, y de esa forma con sus padecimientos contribuyeron a la generación de la crisis general del Sector.

A la vez, dentro del ámbito interno de actuación de cada uno de ellos se crearon condiciones que hacia lo interno afectaron el funcionamiento y estructuras propias y hacia lo externo crearon un feedback con el Sistema. La crisis desatada en el sector económico, se instaló rápidamente en el sector de a salud y los prestadores privados, la incorporaron dentro de sus estructuras ya que no pudieron permanecer ajenos a su impacto. Fue así que paulatinamente las entidades asistieron al deterioro de sus finanzas las cuales fueron afectadas por dos causas principales:

1. La falta de pago de las prestaciones por parte de las Obras sociales nacionales y provinciales y el PAMI.
2. El fuerte incremento en los costos producido luego de la devaluación de fines de 2001.

Paulatinamente los efectos de la turbulencia fueron extendiéndose desde las áreas de finanzas hasta todas y cada una de las demás áreas de las empresas, por lo que se instaló el estado de crisis dentro de toda la organización. Se podrá ver a través del análisis de un caso presentado al final, como han quedado afectados todas las variables organizacionales lo que ha producido una situación muy cercana a la imposibilidad de continuidad por una muy difícil viabilidad.

Pero una característica particular que ha tenido el Sector de la Salud, es que el proceso o situación de crisis generalizada, han sido reconocidos desde todos

2.- El sujeto acepta la pérdida y la misma realidad.

2.1 Si el sujeto se identifica con el destino del objeto perdido, condenará a la empresa a la pérdida: llevará la empresa a la quiebra.

2.2 Si el sujeto se identifica únicamente con la pérdida pero no con su destino, proseguirá con el trabajo de duelo.

3.- Existen dos caminos: el sujeto vive identificándose con el objeto muerto o lo sustituye por un nuevo objeto.

4.- El sujeto puede sustituir la pérdida por un nuevo objeto (un proyecto nuevo para equilibrar la situación y crear una expectativa de crecimiento y desarrollo)

Durante la actuación profesional se asiste a situaciones como las descritas anteriormente. La comunicación produce en los empresarios que contrataron el servicio, un fuerte impacto inicial donde la sensación de que el diagnóstico preliminar incluye conceptos que no resultan ciertos preside el sentimiento reaccionario. Generalmente no se toman decisiones inmediatas y siempre se piensa que todo se va a arreglar y va a volver a enderezarse. Cuanto menor compromiso emocional tiene un ejecutivo con el pasado de una empresa, menor será el costo del proceso del duelo al sentir una situación de pérdida de situaciones de bonanza que, en muchos casos, ya no volverán.

CAPITULO 6: Conclusiones y propuestas

Prólogo

El 31 de diciembre de 2005 vencerá la vigencia de la Ley de Emergencia Sanitaria que, entre otras disposiciones, incluye la prohibición de ejecutar las deudas que los prestadores privados de salud mantienen con la AFIP.

Si hubiera que guiarse por la experiencia en el país acerca del comportamiento de los gobiernos con respecto a las leyes de emergencia, podría afirmarse que en este caso se asistirá a una nueva renovación o acción que no conducirá hacia la solución definitiva.

En un año que en su tercer cuatrimestre va a estar caracterizado por la elección de diputados y senadores, pero que desde el gobierno nacional ya se está pensando en que la misma servirá como plebiscito de la función del poder ejecutivo en sus primeros dos años, con algunos otros regímenes de emergencia que tienen que renovarse o cancelarse definitivamente (la doble indemnización laboral), no resultaría alocado pensar en una nueva prórroga.

La **inercia** (falta de acción controlada) se considera como uno de los elementos constitutivos de la crisis. Asociada a la **anomia** (falta de regulación) va conformando un ambiente totalmente crítico que, así como a través del desarrollo del trabajo se fue configurando desde lo general a lo particular, si se observa el comportamiento de las variables organizacionales en el Caso 2, ahora se produce el efecto *boomerang* que direcciona los efectos desde lo particular (clínicas) hacia lo general (sector salud). La inercia y la anomia general afectaron a las entidades y ahora las mismas variables afectan al sistema transformándolo en una gran clínica.

La reorganización del sistema de salud en Argentina, así como la de otros como los que están a cargo de la justicia, educación y seguridad, son tareas

pendientes que van transfiriéndose de un gobierno a otro, sin rendición de cuentas. El presupuesto nacional, solamente tiene cuentas de gastos y recursos para el período anual. El día que también incluya un rubro que contenga todas las inversiones, gastos y acciones que no se hayan cumplido al fin del período, con sus correspondientes exposiciones de motivos, cada uno de los responsables de dicha omisión tendrá que rendir cuentas a quienes le han otorgado el mandato *para decidir en nombre de.....*

Siguiendo a **Michael Porter** (1991) la acción del gobierno como proveedor o comprador está determinada más por factores políticos que por circunstancias económicas. Por eso puede afectar la posición de un sector con subsidios, leyes o decretos de emergencia o simplemente inercia. Por ello en todos los diagnósticos o análisis estratégicos es más ilustrativo considerar la forma en que el gobierno afecta la competencia por medio de las cinco fuerzas competitivas interactuantes (proveedores, compradores, proveedores, competidores potenciales, sustitutos) que considerarlo como una fuerza independiente y por si misma. Sin embargo la estrategia bien puede implicar tratar al gobierno como un actor que puede ser influido.

Si se retoma por un instante el origen de las clínicas y sanatorios privados, puede rápidamente asegurarse que un mayor grado de profesionalización en la concepción de las estructuras organizativas, contribuirá con una mejor visión y posicionamiento de caras a la segura turbulencia con que estará cubierto el tránsito de la empresa durante su existencia.

No obstante de cara a la realidad empírica que a través de los años va generando la convivencia con las variables y políticas que fueron descriptas en el presente trabajo, se plantea la necesidad de aportar algunas propuestas que constituyan alternativas para encontrar vías posibles tendientes a la solución de los problemas existentes en el sistema en general y dentro de las propias organizaciones de servicios privados.

Propuestas

En concordancia con los conceptos incluidos en los capítulos anteriores, luego de analizar las posibilidades inmediatas y en el intento de promover una actitud proactiva en cada uno de los participantes del sector, se han elaborado estas propuestas básicas que impulsadas en forma individual o conjunta pueden contribuir en la construcción de un camino de coincidencias.

El orden en que han sido insertadas no indica exactamente la prioridad o grado de urgencia con que deben desarrollarse o ponerse en práctica. Pero sí sería deseable que como punto de partida, todos los actores que tengan algún papel en la toma de decisiones, guiaran una mirada hacia adentro e intentaran un ejercicio mental a fin de ordenar las ideas para producir rápidamente un curso de acción como contribución individual a la solución integral.

1.- Fideicomiso para el pago de las prestaciones.

El aseguramiento del pago de las prestaciones debe asegurarse antes que los fondos ingresen a las Obras sociales. A tal fin se creará un fideicomiso por el cual, los financiadores ceden su capacidad de administración de los fondos. Debe permitirse que dentro del fideicomiso se agrupen los contratos de los prestadores que estén vigentes con los financiadores.

Todo esto deberá organizarse bajo el ámbito de la ley 24.441 y el fiduciario deberá cumplir con todas las obligaciones que esa ley le impone, entre ellas, la obligación de rendir cuenta a los beneficiarios con una periodicidad no mayor a un año.

Mediante este sistema no solamente se asegurará el destino de los fondos sino que se le asignará una cuota de transparencia que no tiene en la actualidad, ya que resultan bastante conocidos los métodos para crear privilegios en los cobros de las facturas y algunos fondos que sufren desvíos.

2.- Refinanciación de pasivos financieros

El sector de prestadores privados de la salud ha padecido su exclusión del mercado del crédito financiero. La imposibilidad del acceso al crédito en condiciones normales, ha obligado a las entidades a la aceptación de condiciones usurarias y ofreciendo múltiples garantías reales, con aforos que en muchos casos duplican o triplican los montos adeudados.

Se sugiere la revisión de las políticas crediticias oficiales y la creación de líneas de asistencia financiera con condiciones que permitan una gradual recomposición del capital de trabajo y tasas acordes a la situación de rendimientos posibles en la emergencia.

3.- Intervención de Especialista en Administración de Empresas en Crisis

A través de todo el presente trabajo, la palabra crisis ha aparecido en casi todas las páginas del mismo. Ha sido utilizada por todos los sectores, subsectores, organismos oficiales nacionales e internacionales, los cuales han reconocido la existencia de la situación crítica en el país en general, en su economía, su estructura política y social y, en particular, en el sector de la salud.

A fin de obtener una opinión profesional apropiada, en los casos en que sea necesario disponer de una visión objetiva; un análisis responsable, cuidadoso y profundo; una diagnosis certera; y la elaboración de propuestas con recomendaciones equilibradas, sea en estudios de factibilidad de proyectos; análisis y monitoreo de planes de negocios; reconducción o reingeniería de empresas, y, en general, todas las tareas que tengan como finalidad la emisión de un dictamen sobre una situación de crisis organizacional o empresarial, se sugiere la intervención obligada de un Especialista en Administración de Empresas en Crisis, posgraduado universitario de dicha carrera.

A tales efectos resultará de utilidad Coordinar con los Consejos Profesionales de Ciencias Económicas o Asociaciones de Especialistas en Administración de Empresas en Crisis, actualmente en funcionamiento o que se creen en el futuro, la formación de comisiones de trabajo, que deberán redactar Normas de actuación profesional para la regulación de las tareas específicas de la actividad

4.- Impuesto a la ganancia mínima presunta

Deberá considerarse el otorgamiento a los prestadores privados de la salud de un régimen especial que permita deducir de la base imponible, los montos del endeudamiento de las Obras sociales nacionales y provinciales y del PAMI.

Ante la imposibilidad de ser tomado como pago a cuenta del impuesto a las ganancias, permita ser deducido del pago de los aportes y contribuciones de la seguridad social.

5.- Impuesto a las ganancias

En virtud de que la actividad de la salud obliga a estar actualizado permanentemente con las últimas tecnologías, mientras persistan las condiciones críticas, podría incentivarse la inversión a través de la aplicación del impuesto a las ganancias para tal fin.

Una posibilidad de tal aplicación estaría determinada por la autorización para deducir integralmente la inversión en el balance impositivo, con prescindencia de la amortización que le corresponda según la vida útil determinada.

6.- Impuesto sobre los créditos y débitos en cuentas bancarios

Este impuesto nació con la idea de transparentar mediante la bancarización, los ingresos de las actividades económicas. Por ello es que al principio se permitió su consideración como pago a cuenta de otras obligaciones fiscales.

El éxito de su rendimiento hizo que las autoridades lo dejaran como impuesto recaudador y eliminó las aplicaciones en otros gravámenes.

Se sugiere que hasta el momento de su eliminación, las empresas prestadoras privadas de salud puedan tomarlo como pago a cuenta de las contribuciones de seguridad social.

7.- Impuesto al valor agregado

Para lograr niveles más adecuados de equidad se sugieren la siguiente alternativa para los prestadores privados de la salud: los créditos fiscales que no puedan deducirse de los débitos fiscales generados por la facturación a sujetos que no tienen exención en el régimen del impuesto, tienen que ser deducidos de las contribuciones de la seguridad social para impedir su asignación al costo.

8.- Impuesto sobre los Ingresos brutos

Con la finalidad de que la carga fiscal se aplicada sobre base cierta y no sobre base presunta como resulta en la mayor parte de jurisdicciones, debe adaptarse cada legislación a la verdadera situación de los contribuyentes, de manera de que se fomente la integración regional en forma armónica con las disposiciones provinciales o municipales.

Modificando la base de imposición gravando solamente los ingresos reales percibidos, permitirá a las clínicas y sanatorios privados cumplir con sus obligaciones sin riesgo de descapitalización, por el efecto de soportar largos períodos de morosidad y, aun más, de incobrabilidad de créditos en los cuales los deudores son muchas veces las obras sociales provinciales y municipales.

9.- Compensación de deudas con deudas

A fin de crear un clima de motivación y cooperación, se debe prever la compensación de las deudas que mantienen las obras sociales y el PAMI con

los prestadores con la que éstos mantienen con los organismos recaudadores de impuestos, sean nacionales o provinciales.

10.- Suspensión de embargos de la AFIP

Al vencimiento de la Ley de emergencia Sanitaria que operará el 31 de diciembre de 2005, debe suspenderse la traba de embargos de la AFIP contra Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, hasta tanto se opere un plan de consolidación de deudas de todos los sectores y se propongan medidas de compensación. A tal fin se considerarán intereses o actualizaciones en todos los casos o en ninguno, pero creando normas que sean idénticas para todos los participantes.

11.- Otorgamiento de un plan de facilidades de impuestos y contribuciones.

Una vez que se encuentren consolidados todos los saldos, proponer un plan de facilidades a los que resulten deudores, con tasas promocionales y plazos que permitan la operatoria normal y la prestación de servicios de calidad por parte de los que tomen dicha financiación. A tales efectos las entidades que resulten deudoras, deberán elaborar un plan de negocios el que tendrá que tener una propuesta de pago con determinación de los montos y plazos sugeridos.

12.- Prevención de la crisis

Si bien desde los prestadores privados, siempre se ha expresado que el deterioro de las finanzas fue originado por dos causas principales: a) La falta de pago de las prestaciones por parte de las Obras sociales nacionales y provinciales y el PAMI y b) El fuerte incremento en los costos producido luego de la devaluación de fines de 2001, resulta conveniente que se efectúe una revisión de las normas y procedimientos que cada uno tenga en vigencia en su empresa, especialmente los que mantienen una estrecha relación con la prevención.

Las crisis han sido comparadas con las tormentas. A veces se van formando lentamente y dan los tiempos para que la gente se ponga a resguardo. Otras veces se desatan de repente y obligan a actuar rápidamente para protegerse. Las tormentas son inevitables. Las crisis no.

El ingreso a una situación crítica puede darse a través de dos caminos diferentes:

- En forma gradual por una gestión deficiente o por la situación del entorno.
- En forma explosiva con varios frentes abiertos al mismo tiempo

En ambos casos se puede operar en forma satisfactoria. En el primer caso mediante herramientas de management tradicionales. En el segundo solamente capacidades especiales.

La idea de la elaboración de un plan de manejo de crisis, el que según lo sugerido por **Ian Mitroff y Guys Anagnos** (2001) debiera considerar: las categorías de crisis; los mecanismos para actuar; los sistemas organizacionales; las partes involucradas y los escenarios posibles, tendría que ser una herramienta estratégica de carácter prioritario a incluir dentro de las estructuras de las clínicas y sanatorios privados, a fin de contar con la anticipación como una clara ventaja competitiva.

Instrumentos como la técnica de escenarios, el tablero de control, balanced scorecard, método delfos o impacto cruzado, contribuyen a crear el ambiente de prevención adecuado de los acontecimientos que se originan fuera de la empresa y sobre los cuales no se mantiene el control directo.

La profesionalización del management en los establecimientos privados de servicios de salud y la constante capacitación de los recursos humanos, posibilitarán no sólo la construcción de barreras de prevención sino también el

adecuado manejo de las situaciones críticas que, por su categoría o gravedad, puedan atravesar dichas barreras.

13.- Revisión y actualización de precios de prestaciones

Surge la necesidad de efectuar un estudio acerca de la situación de los valores que las obras sociales y el Pami pagan a los prestadores por los servicios. Han sido reconocidas por todos los sectores las dificultades que la devaluación ha instalado en el sector a la hora de la renovación técnica de bienes de capital e insumos importados. Los insumos nacionales también han estado acompañando a esos incrementos y, a la fecha de conclusión de este trabajo, se están negociando modificaciones de los salarios de los trabajadores del sector.

Por tal motivo se sugiere la reunión de los representantes de los sectores interesados con la finalidad de acordar pautas de trabajo tendientes a la elaboración de un índice del sector salud, mediante el cual puedan actualizarse periódicamente los valores que los financiadores del sistema pagan a los prestadores por sus servicios.

Al igual que lo sugerido en el punto 3 de las Conclusiones incluidas en este Capítulo, la intervención de un Profesional Especialista en Administración de Empresas en Crisis, puede brindar el aporte técnico y objetivo que requiere el tratamiento de este tema para mantener el equilibrio necesario entre los intereses de las partes.

los ámbitos, tanto políticos, gubernamentales, sociales, privados de prestadores y consumidores.

APENDICE: Cuadros y anexos

Cuadro 1. Gasto medio Obras sociales provinciales año 2000

Provincia	Pesos Beneficiario Por Mes	Provincia	Pesos Beneficiario Por Mes
Santa Cruz	104	Sgo. Del Estero	21
Tierra del Fuego	91	Tucumán	21
La Rioja	66	San Luis	21
Neuquen	41	Mendoza	19
La Pampa	39	Salta	19
Chubut	36	Jujuy	19
Catamarca	36	Chaco	19
San Juan	32	Santa Fe	18
Promedio (SIN CBA)	25	Córdoba	16
Entre Ríos	24	Buenos Aires	16
Rio Negro	23	Misiones	13
Formosa	21	Corrientes	12

Cuadro 2. Gasto total como porcentaje del PBI. 1995-2003

Año	A Gasto Total en Salud	B PBI	A/B %
1995	21.012	258.032	8.1
1996	21.106	272.150	7.8
1997	22.604	292.859	7.7
1998	23.391	298.948	7.8
1999	23.944	283.523	8.4
2000	23.401	284.204	8.5
2001	22.447	268.697	8.4
2001	23.639	312.580	7.6
2003	27.833	375.705	7.3

Fuente: "Salud para los Argentinos" Ginés González García - Federico Tobar. Ed.: Isalud

**Cuadro 3. Aportes y Contribuciones a la Seguridad Social
(porcentajes sobre remuneraciones)**

Período	Notas	Total Gral.	Aportes Personales				Contribuciones Patronales					
			Total	Jubil. (6)	PAMI	Obra Social	Total	Jubil..	PAMI	Obra Social	Asig. Patron.	Fondo Nac. Empleo
Feb89- Ago91		49.00	16.00	10.00	3.00	3.00	28.00	11.00	2.00	6.00	9.00	0.00
Sep01 Dic91		49.00	16.00	10.00	3.00	3.00	33.00	16.00	2.00	6.00	9.00	0.00
Ene92 Dic93		49.00	16.00	10.00	3.00	3.00	33.00	16.00	2.00	6.00	7.50	1.50
Ene94 Jun94	1	44.83	16.00	10.00	3.00	3.00	28.83	13.98	1.75	5.24	6.56	1.31
Jul94 Mar95	2	45.02	17.00	11.00	3.00	3.00	28.82	13.98	1.75	5.24	6.55	1.30
Abr95 Ago95	3	43.28	17.00	11.00	3.00	3.00	26.28	13.14	1.64	4.11	6.16	1.23
Set95 Oct95	4	44.17	17.00	11.00	3.00	3.00	27.17	13.14	1.64	5.00	6.16	1.23
Nov95 Dic95	4	41.47	17.00	11.00	3.00	3.00	24.47	11.54	1.44	5.00	5.41	1.08
Ene96 Jun96	4	38.77	17.00	11.00	3.00	3.00	21.77	9.94	1.24	5.00	4.66	0.93
Jul97 Dic97	4	40.24	17.00	11.00	3.00	3.00	21.77	9.94	1.24	5.00	4.66	0.93
Ene98 Feb99	5	40.19	17.00	11.00	3.00	3.00	21.84	10.40	0.86	5.00	4.65	0.93
Feb99 Jul99		38.90	17.00	11.00	3.00	3.00	20.55	9.11	0.86	5.00	4.65	0.93
Ago99 Nov99		36.48	17.00	11.00	3.00	3.00	18.11	6.70	0.86	5.00	4.65	0.90
Desde Dic 99		36.48	17.00	11.00	3.00	3.00	18.11	6.70	0.86	5.00	4.65	0.90

- (1) Desde enero de 1994 las contribuciones patronales para ciertas actividades fueron reducidas en proporciones variables según la zona geográfica. Decr. 2609/93
 - (2) Según reducciones establecidas en el Decr. 2609/93
 - (3) Según reducciones establecidas en el Decr. 372/95. A partir de setiembre de 1995, las reducciones no alcanzan a las contribuciones a las obras sociales.
 - (4) Según cronograma de reducciones establecido en el Decr. 492/95.
 - (5) A partir de febrero de 1999, de acuerdo con los Decr. 1520/98 y 98/99, se estableció una reducción progresiva en cuatro etapas. En la primera la disminución alcanza sólo a las actividades de producción primaria.
 - (6) Se estableció en el 2001 la disminución de los aportes personales a las AFJP al 5%
- Fuente: Colona et al (2000)

Cuadro 4. Gasto total per cápita en salud año 2000 (en dólares)

País	
Estados Unidos	4,499
Canadá	2,058
Argentina	658
Uruguay	653
Barbados	606
Antigua y Barbuda	562
Saint Kitts y Nevis	447
Chile	336
México	311
Costa Rica	273
Panamá	268
Trinidad y Tobago	268
Brasil	267
Dominica	247
Venezuela	233
Granada	212
Santa Lucía	202
San Vicente	190
Colombia	186
Suriname	186
El Salvador	184
Cuba	169
Jamaica	165
Belice	158
Rep. Dominicana	151
Paraguay	112
Perú	100
Guatemala	79
Bolivia	67
Honduras	62
Guyana	48
Nicaragua	43
Ecuador	26
Haití	21

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Cuadro 5. Beneficiarios de Obras sociales provinciales. Año 2001

Provincia	Obra Social	Marco Jurídico	
Buenos Aires	IOMA	Por su ley de creación tiene un carácter autárquico pero dado que el Ministerio Provincial recauda los aportes y luego transfiere parte de esos ingresos le hizo perder su característica de autárquico.	1.066.918
Catamarca	OSEP		161.409
Córdoba	IPAM	Entidad autárquica con individualidad financiera	516.272
Corrientes	IOSCOR	Forma parte del Instituto de Seguridad Social (no está determinado por ley si es autárquico o no). En caso de que los aportes fueran insuficientes, el Estado Provincial proveerá fondos para la continuación del servicio.	171.597
Chaco	IPS		164.832
Chubut	SEROS		79.200
Entre Ríos	IOSPER	Autárquica con personería jurídica propia	255.171
Formosa	IASEP	Organismo descentralizado y autárquico	116.600
Jujuy	ISJ		243.683
La Pampa	SEMPRE	Entidad con autarquía financiera y administrativa. Personería jurídica y patrimonio propio.	65.825
La Rioja	IPOS	Entidad con autarquía financiera, administrativa y funcional.	78.100
Mendoza	OSEP	Organismo descentralizado. Cualquier modificación de su estructura orgánica-funcional debe contar con decreto del Poder Ejecutivo.	274.700
Misiones	IPSN	Parte del Instituto de Seguridad Social, tiene carácter autárquico, depende del Ministerio de Hacienda y Finanzas y posee capacidades para actuar pública y privadamente.	161.576
Neuquén	ISSN		138.134
Río Negro	IPROSS	Entidad autárquica con individualidad financiera. Funciona en la jurisdicción del Ministerio de Asuntos Sociales	148.189
Salta	IPS	Entidad autárquica con personería jurídica, individualidad administrativa, económica y financiera.	250.502
San Juan	IPSAS		134.085
San Luis	DOSEP		90.200
Santa Cruz	CSS		66.193
Santa Fe	IAPOS	Personería jurídica autárquica en el ámbito del Poder Ejecutivo, relacionada mediante el Ministerio de Bienestar Social.	437.808
Sgo. Del Estero	IOSEP	Parte del Instituto de Seguridad Social, la ley no determina si es autárquico o no. Aclara como ingreso posible el uso del crédito que autorice el Poder Ejecutivo.	240.724
Tierra del Fuego	IPSST	Organismo Autárquico	8.383
Tucumán	IPSST	Servicio Público con autarquía administrativa, personería jurídica e individualidad financiera.	309.191

Fuente: Ministerio de Economía.

Cuadro 6. Distribución de los establecimientos y camas de prestadores privados por jurisdicción Año 2000

Jurisdicción	%del total de establecimientos de la provincia	% de la oferta total de camas de la provincia	Camas del Sector Privado (Cama c/1000 habit.)
Ciudad de Bs. Aires	90.6	44.5	3.8
Prov. Bs.Aires	55.5	45.2	1.6
Catamarca	29.5	37.5	1.5
Córdoba	53.0	48.4	2.8
Corrientes	55.8	36.1	1.3
Chaco	62.1	56.1	2.4
Chubut	50.0	47.5	2.3
Entre Ríos	39.6	31.2	1.8
Formosa	24.0	41.0	1.4
Jujuy	36.6	40.3	2.1
La Pampa	51.9	29.8	1.2
La Rioja	27.2	42.2	1.8
Mendoza	45.0	33.7	1.0
Misiones	51.0	51.0	1.6
Neuquén	40.8	29.7	0.9
Río Negro	47.7	38.8	1.4
Salta	44.5	326.	1.2
San Juan	40.2	17.3	0.5
San Luis	26.8	34.2	1.2
Santa Cruz	44.6	45.5	2.7
Santa Fe	72.4	48.3	2.0
Sgo. Del Estero	34.9	29.9	1.6
Tierra del Fuego	53.7	17.1	0.4
Tucumán	59.6	41.0	1.2

Fuente: Censo Nacional Hospitalario. Ministerio de Salud

Cuadro 7. Distribución de los establecimientos asistenciales según jurisdicción y dependencia. Porcentaje del Total . Año 2000

Jurisdicción	Nacional	Provincial	Municipal	Sociales	Privado
Ciudad de Bs.As.	0.3	3.1		5.0	90.6
Prov. Bs.Aires	0.2	2.5	40.5	1.1	55.5
Catamarca	0.2	67.2	2.6	0.4	29.5
Córdoba	0.1	35.7	10.1	0.6	53.4
Corrientes		36.5	0.2		55.8
Chaco		37.9			62.1
Chubut		48.7		0.9	50.0
Entre Ríos	0.2	47.1	12.7	0.2	39.6
Formosa		76.0			24.0
Jujuy		63.4			36.6
La Pampa		48.1			51.9
La Rioja		72.8			27.2
Mendoza		38.7	7.6	8.3	45.0
Misiones		46.5	2.3		51.0
Neuquén		57.8		1.4	40.8
Río Negro		50.8		1.5	47.7
Salta	0.2	54.4		0.9	44.5
San Juan		57.9	0.4	0.8	40.2
San Luis		71.8	1.4		26.8
Santa Cruz		42.4	5.4	5.4	44.6
Santa Fe	0.1	11.3	3.7	1.4	72.4
Sgo. Del Estero		61.5	3.0	0.2	34.9
Tierra del Fuego		26.8		14.6	53.7
Tucumán		35.0	3.3		59.6

Fuente: Censo Nacional Hospitalario. Ministerio de Salud

Cuadro 8. Población no cubierta por Seguros. Año 2000

Jurisdicción	Población
BUENOS AIRES	6.766.682
CORDOBA	42.310
SANTA FE	110.023
MENDOZA	1.244.246
TUCUMAN	474.588
CHACO	507.728
CORRIENTES	217.548
MISIONES	426.303
ENTRE RIOS	241.616
SALTA	240.972
SANTIAGO DEL ESTERO	110.699
FORMOSA	98.522
JUJUY	664.874
SAN JUNA	457.408
CHUBUT	204.372
RIO NEGRO	207.777
NEUQUEN	373.522
SAN LUIS	237.799
LA PAMPA	135.775
CIUDAD BUENOS AIRES	61.397
LA RIOJA	1.224.254
SANTA CRUZ	275.011
CATAMARCA	31.858
TIERRA DEL FUEGO	539.576

Fuente: en base a datos de SIEMPRO

Cuadro 9. Estructura poblacional argentina de acuerdo a cobertura

Tipo de Cobertura	Año 2000 (En Pocentaje)
Obras sociales nacionales	31.7
I.N.S.S.J. y P. (PAMI)	9.3
Obras sociales provinciales	14.8
Obras sociales autónomas	3.5
Seguros Privados	9.3
Personas con doble cobertura	-6.6
Subtotal	62.0
Hospital Público	38.0
Total	100.0

Fuente: Fundación ISALUD

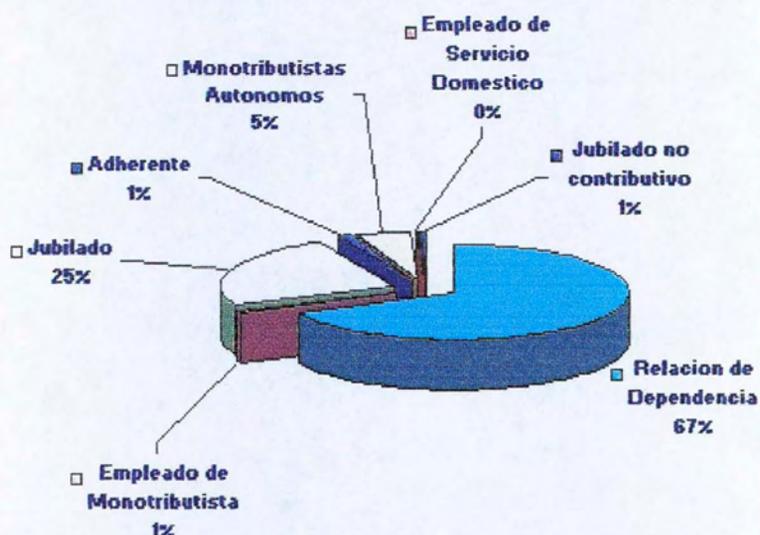
Cuadro 10. Población INSSyJ (PAMI) por jurisdicción. Año 2000

Provincia	Población
BUENOS AIRES	1.420.702
CIUDAD BUENOS AIRES	414.793
SANTA FE	351.391
CORDOBA	322.350
MENDOZA	129.759
ENTRE RIOS	111.940
TUCUMAN	97.137
SALTA	61.954
CHACO	59.155
CORRIENTES	57.024
SANTIAGO DEL ESTERO	56.430
MISIONES	49.791
SAN JUAN	44.779
JUJUY	37.749
RIU NEGRO	36.287
CHUBUT	27.792
LA PAMPA	27.512
NEUQUEN	22.338
SAN LUIS	22.254
CATAMARCA	17.498
LA RIOJA	14.680
FORMOSA	14.591
SANTA CRUZ	10.335
TIERRA DEL FUEGO	2.204
Total	3.410.442

Fuente: en base a datos de la Superintendencia Servicios Salud

Cuadro 11 y Gráfico. Distribución por beneficiarios. Año 2003

Distribución por Tipo de Beneficiario Titular

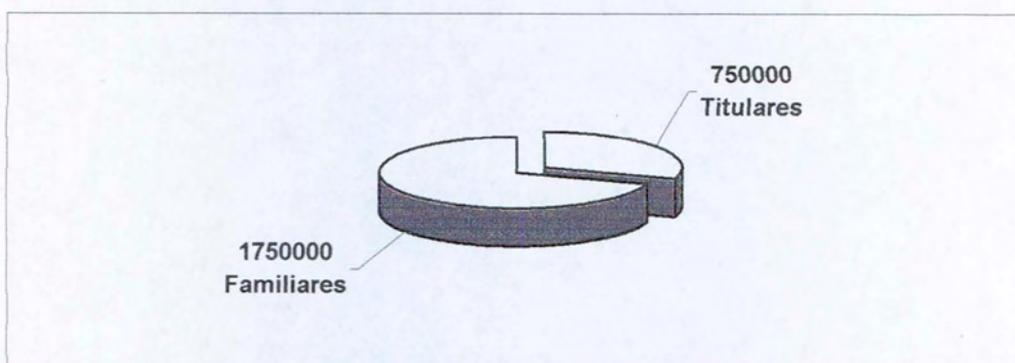


Tipo de beneficiario	Cantidad
Relación de dependencia	9,261,999
Monotributistas (empleados)	89,012
Jubilados	3,378,461
Adherentes	158,331
Monotributistas (autónomos)	704,794
Empleados de Servicio Doméstico	10,138
Jubilados no Contributivos	87,151
Total	13,689,886

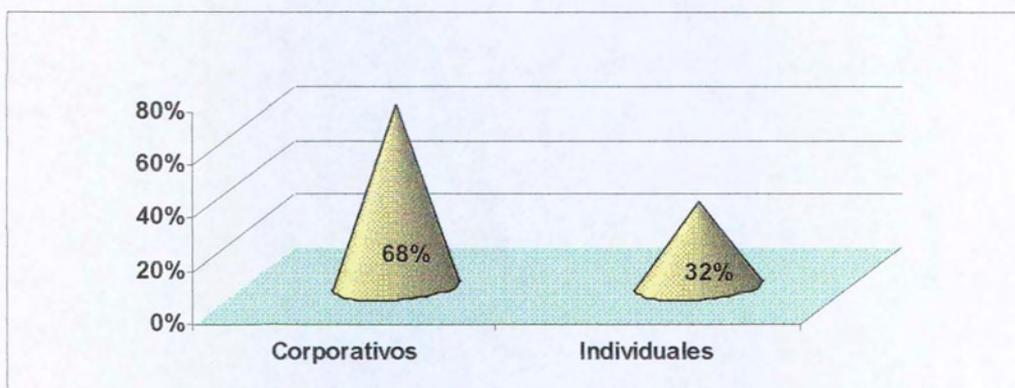
Fuente: Superintendencia Servicios de Salud

Cuadro 12. Empresas de Medicina Prepaga.

Total de beneficiarios : 2.500.000 (Enero 2004)



Distribución de la población cubierta según Planes Corporativos e Individuales :



Promedio de cuotas mensuales por Plan Matrimonio (edad de 35 a 40 años) con dos hijos

PLAN A	Cerrado , sin reintegro con internación En habitación doble	\$ 216
PLAN B	Cerrado , sin reintegro con internación en habitación individual.	\$ 431
PLAN C	Abierto , con reintegro con internación en habitación individual.	\$ 576

Fuente : En base a datos del Mercado . Publicación Diario Clarín 21/01/2004

CAPITULO 2: Documentos y testimonios que reconocen la crisis del sector

A continuación, a modo de ejemplo y como una justificación de la aseveración del párrafo anterior, se incluyen algunos documentos producidos por cada uno de los participantes allí indicados. En este caso: un prestador privado; el Poder Ejecutivo a través de la promulgación de decretos-leyes; titulares de sanatorios y asociaciones empresarias y funcionarios públicos.

1.- Procedimiento Preventivo de Crisis de una Clínica (Ley de empleo)

El siguiente documento contiene los términos de la presentación efectuada por una Clínica ante el Ministerio de Trabajo, en ocasión de solicitar la apertura del Procedimiento Preventivo de Crisis, consagrado en la Ley de Empleo.

De su lectura surgirán algunas pautas que contribuirán a la formación de una idea acerca del impacto que la situación crítica del Sistema, ha producido en un Prestador Privado, lógicamente desde su óptica.

“.....OBJETO

“Que motiva ésta dar formal inicio al trámite de PROCEDIMIENTO PREVENTIVO DE CRISIS DE EMPRESA, preceptuado por los arts. 98 y siguientes de la Ley Nacional de Empleo N° 24013”.

“Que el objeto del presente trámite de prevención de crisis en la empresa mencionada como los términos del art. 102 inc a) L.E. y atendiendo al estado de la misma es proceder tomar medidas que impone una REDUCCIÓN SENSIBLE del costo laboral del funcionamiento de la Clínica”.

“Se preven reducciones de ítem y conceptos salariales, disminución de jornadas laborales y de ser necesarias, la SUSPENSIÓN del personal en forma

Cuadro 13. Deuda de PAMI por prestaciones Oct. 2001-Abr.2002

PROVINCIA	CANTIDAD DE AFILIADOS	CAPITA UNITARIA \$	MONTO MENSUAL \$
Bs.Aires 1er. Cordón	712.000	20.50	14.596.000
Bs. Aires 2do Cordón	95.000	19.95	1.898.250
Bs. Aires Interior	463.000	19.59	9.070.170
Bs-Aires Mar del Plata	55.000	28.00	1.540.000
Ciudad de Bs.Aires	380.000	21.50	8.170.000
Córdoba	310.000	19.59	6.072.900
Catamarca	18.000	18.45	332.100
Corrientes	56.000	17.50	969.080
Chaco	51.750	19.00	983.250
Chubut	28.000	27.15	760.200
Entre Ríos	109.200	19.35	2.113.020
Formosa	20.000	18.45	369.000
Jujuy	37.500	18.45	692.000
La Pampa	18.000	20.00	360.000
La Rioja	17.000	17.50	297.500
Mendoza	125.00	21.50	2.687.500
Misiones	49.300	17.00	838.100
Neuguen	26.000	25.00	650.000
Río Negro	35.500	22.50	798.750
Salta	55.000	18.45	1.014.750
Santa Cruz	12.000	27.15	325.800
Santa Fe	310.000	19.59	6.072.900
San Juan	38.00	18.45	701.100
San Luis	21.000	18.45	3.874.510
Sgo. del Estero	58.000	17.20	997.600
Tierra del Fuego	5.000	27.15	135.750
Tucumán	94.000	20.00	1.880.000
Total	3.204.250	20.41	68.337.230

TOTAL GENERAL: 68.337.230 X 7 MESES = 478.360.610

Fuente: Departamento Técnico de la CONFECILISA

Cuadro 14. Estado de la seguridad social

Clase de personas	%	Cant. Personas
Desempleo	21.40	2.200.000
Trabajo en negro	47.00	4.000.000 No aportan a la seguridad social
Total con una situación laboral deprimente		9.000.000
No aportan a las obras sociales (entre trabajo en negro y desocupados)		6.200.000
Plan Jefes de hogar		No aporta a la seguridad Social
Pobreza	54.70	
Indigencia	26.30	
Mayores de 60 años	75.00	Son pobres

Fuente: INDEC (2003)

Cuadro 15. Obras Sociales concursadas o en quiebra

OBRA SOCIAL	JUZGADO	SECRETARIA
Federación Gremial de la Industria de la Carne y sus derivados	17	34
portuarios Argentinos	25	49
Trabajadores de la Industria del Gas	29	49
Artistas de Variedades	18	35
Unión Obrera Metalúrgica de la R.A	5	10
Personal de Carga y Descarga	11	22
Personal Directivo de la Construcción	25	50
Ferroviaria	19	38
Personal de la Industria del Plástico	15	30
Personal de la Industria del Vidrio	11	
Personal de Estaciones de Servicio, Garages, Playas de Estacionamiento, Lavaderos Automáticos y Gomerías de la RA	6	12
Personal de Panaderías	9	17
Personal del Ministerio de Economía y de Obras Sociales y Servicios Públicos	12	14
Empleados de la Marina Mercante	26	52
Personal de la Industria del Vestido	26	51
Personal de la Industria de Calzado	14	27
Personal de la Junta Nacional de Carnes (acuerdo preconcursal)	2	3
Personal de Prensa de la República Argentina	24	47
Personal Aeronáutico	6	11
Personal Jabonero	26	51
Personal del Espectáculo Público	11	22
Actores	12	23

Fuente: El Consultor en Salud

Cuadro 16. Endeudamiento general de Obras Sociales

OBRA SOCIAL	ENDEUDAMIENTO
Industria del Transporte Automotor de Córdoba	1.809.099
Personal de Seguridad Com. Ind. e Investigaciones Privadas	16.612.425
Personal de la Industria del Tractor	35.783
Personal de la Industria de la Alimentación	14.068.146
Personal de Est. De Servicio, Garajes, Playas de Estac. y Lavaderos	1.506.519
Conductores de Taxis de Córdoba	328.633
Personal del Papel, Cartón y Químicos	3.971.437
Asociación de Obras Sociales de Neuquén	5.358.951
Choferes de Camiones	23.630.437
Personal Municipal de Tres de Febrero	645.182
Personal de Entidades Deportivas y Civiles	20.743.841
Personal de Empresas de Limpieza y Maestranza de Mendoza	432.293
Personal de la Actividad Vial	5.630.169
Trabajadores de la Industria del Gas	3.959.162
Asociación Gualeguaychú de Obras Sociales	791.194
Dirección Nacional de Vialidad	2.336.917
Locutores	620.867
Asociación de Obras Sociales de La Rioja	2.800.041
Personal de la Industria Ladrillera a Máquina	347.120
Federación Argentina del Trabajador de Universidades Nacionales	603.612
Personal Mosaista	376.977
Aeronavegantes	1.354.202
Vendedores Ambulantes de la República Argentina	125.351

Personal Administrativo y Técnico de la Construcción y Afines	1.166.173
Federal de la Federación Nac. de Trabajadores de Obras Sanitarias	4.873.313
Asociación de Obras Sociales de San Juan	9.749.498
Personal de la Industria del Fósforo, Encendido y Afines	105.512
Personal del Azúcar del Ingenio Río Grande	326.683
Personal del Azúcar del Ingenio La Esperanza	442.828
Personal de Cementerios	1.330.064
Personal de la Empresa Nacional de Correos y Telégrafos S.A.	17.040.082
Actores	6.043.103
Personal de Prensa de la Provincia de Chaco	155.708
Encargados Apuntadores Marítimos	659.048
Bancaria Argentina	210.654.753
Federación Argentina de Obras Sociales	339.477
Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros	46.095.167
Recibidores de Granos y Anexos	1.129.251
Personal Directivo de la Industria de la Construcción	4.122.244
Personal de Prensa de Mar del Plata	408.793
Capitanes Baqueanos Fluviales de la Marina Mercante	490.716
Músicos	4.574.406
Asociación de Obras Sociales de Mar del Plata	1.085.120
Asociación de Obras Sociales de Rosario	7.276.641

Fuente: El Consultor de Salud

Cuadro 17. Modelos de financiamiento de los sistemas de salud

Sector de la población	Modelo Universalista	Modelo del Seguro Social	Modelo del Seguro Privado	Modelo Asistencialista	Modelo Mixto
Carenciados y desempleados	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y donaciones	Recursos fiscales
Trabajadores formales y clase media	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Pago directo de primas	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios
Grupos de altos ingresos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo por los servicios	Pago directo de primas	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios y/o primas

Fuente: adaptado de Mélici (1995)

GLOSARIO

ANOMIA: ausencia de ley. En Psicología y Sociología: conjunto de situaciones que derivan de la carencia de normas sociales o de su degradación

AUTARQUIA: derecho administrativo que hace referencia a su capacidad de administrarse por sí misma y de dictar normas para reglar su propio funcionamiento, dentro de su respectivo marco legal.

BALANCED SCORECARD: herramienta para medir el desempeño de la empresa a través del análisis de la estrategia utilizada, más allá de los indicadores financieros, creando valor desde cuatro perspectivas diferentes:

Financiera

Del cliente

Proceso interno

Innovación y aprendizaje

BOOMERANG: arma de los aborígenes australianos también utilizada para el deporte. Especie de palos chatos y curvados en madera dura con brazos sesgados formando un ángulo de entre 90 y 160 grados. Se lo utiliza para golpear a las presas. Recorre en círculo una distancia de aproximadamente noventa metros retornando al lugar desde donde se lo arrojó (**boomerang de retorno**).

CACEROLAZO: método de protesta de la población efectivizado mediante el golpe de cacerolas y tapas con la intención de provocar el ruido más potente posible.

CER: (Coeficiente de estabilización de referencia). Se construye en base a la tasa media geométrica calculada sobre la variación del Índice de precios al consumidor (IPC) que elabora el INDEC.

CONVERTIBILIDAD: La ley 23.928 dispuso el 1 de abril de 1991, la libre convertibilidad de la moneda nacional con respecto a cualquier moneda extranjera, y estableció que los contratos deberían ser cumplidos en la moneda que fijaran las partes, creando una paridad de 10.000 australes (signo monetario de la época) por cada dólar estadounidense. Se prohibió la emisión de dinero no respaldada por reservas libres y el Banco Central fue autorizado a cambiar la denominación del signo monetario. A partir del 1 de enero de 1992 se estableció el peso como moneda de curso legal (equivalente a 10.000 australes) y se fijó el tipo de cambio de 1 peso por dólar.

CORRALITO: proceso de restricción a la disposición de fondos por parte de los ahorristas decretada por el gobierno argentino en diciembre de 2001 para

otorgar protección al sistema financiero, gravemente afectado por el retiro en masa de los depósitos.

DELFO: conjunto de técnicas o métodos que tienen en común la consulta a un panel o grupo de expertos sobre un tema de manera sistemática y anónima, pero que al confrontar las diversas opiniones informadas pretende obtener un consenso. Las respuestas son anónimas y se minimiza la influencia social en cada ronda de preguntas. Los resultados se presentan y se organizan en forma estructurada.

FEEDBACK: (retroalimentación) Puede definirse como toda respuesta que el receptor da a la comunicación de un comunicante. Siempre que se dé una comunicación de ida y vuelta, la vuelta, pintorescamente hablando, sería el feedback

FIDEICOMISO: instrumento en virtud del cual una persona denominada "fiduciante" transmite la propiedad fiduciaria de bienes determinados a otra, denominada "fiduciario", quien se obliga a ejercerla en beneficio de quien se designe en el contrato como "beneficiario" y a transmitirla al cumplimiento de un plazo o condición al fiduciante o al beneficiario.

IMPACTO CRUZADO: análisis hecho cruzando en una matriz cuadrada los impactos de un conjunto de eventos sobre el mismo conjunto. El impacto puede ser una probabilidad de ocurrencia o un multiplicador de ocurrencia en el tiempo, etc.

INDEC: (Instituto Nacional de Estadística y Censos) Organismo público, de carácter técnico, que unifica la orientación y ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina.

IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (para la administración de la provincia).

LEVERAGED FINANCIERO: (también denominado *palanca financiera*) es el efecto modificador de la rentabilidad de los capitales del inversor, producida por la financiación parcial de un proyecto de inversión.

OSPLAD: Obra social para la actividad docente.

PAMI: Programa de atención médica integral que administra el INSSJyP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). Cubre las necesidades de servicios de salud para personas que han accedido al beneficio jubilatorio. Creado en 1967 funcionó bajo la intervención del Poder Ejecutivo durante la mayor parte de su historia, y cubre aproximadamente 4 millones de afiliados, constituyéndose en la obra social con mayor cantidad de afiliados del país.

PARTNER: socio

PBI: (producto bruto interno) es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado. Producto se refiere a valor agregado; interno se refiere a que es la producción dentro de las fronteras de una economía; y bruto se refiere a que no se contabilizan la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones de capital.

PLAN BONEX: incautación, por parte del Estado, de los depósitos a plazo fijo que se hallaban en el sistema financiero, siendo restituidos a sus propietarios en títulos de la deuda externa a diez años de plazo. Para tal fin se emitieron los Bonos de Consolidación (BOCON) en moneda nacional o en dólares para cancelar las obligaciones consolidadas. El Plan Bonex provocó una importante caída de la liquidez.

PMO: (programa medico obligatorio) Establece las prestaciones básicas que deberán otorgar los Agentes del Seguro de Salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) a sus beneficiarios.

TABLERO DE CONTROL: conjunto de indicadores cuyo seguimiento continuo permite contar con un mayor grado de conocimiento de la organización. No focaliza la acción directiva ni reemplaza el juicio y la evaluación directiva. No refleja la estrategia ni identifica relaciones de causalidad entre objetivos y acciones.

TÉCNICAS DE ESCENARIOS: imaginar distintas situaciones en distintos momentos y con distintos ambientes. ¿qué pasaría si ocurriera tal cosa? ¿Cómo van a reaccionar la organización, sus empleados y sus clientes? ¿Qué medidas habrá que tomar? La mejor acción es considerar el mejor y el peor de los escenarios posibles.

BIBLIOGRAFIA

Editorial Revista **El prestador** (2000), Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM), Año 9 N° 11, Buenos Aires.

Rapoport, M. (2002) **Tiempos de crisis, vientos de cambio**,. Grupo Editorial Norma, Buenos Aires.

Ficzbein, A.; Giovagnoli, P.I.; Adúriz, I. (2002) **Argentina's crisis and its impact on household welfare** , World Bank, Washington, U.S.A.

Encuesta Permanente de Hogares, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)., Total áreas urbanas, Buenos Aires.

Martínez Coll, J.C. (2001) "La teoría de juegos" en **La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes**. Disponible en: <http://www.eumed.net>

Musgrave, R. y Musgrave, P. (1989) **Public finance in theory and practice**, Mc.Graw Hill Editores, México.

Jarach, D. (1982) **Finanzas Públicas y Derecho Tributario**, Editorial Cangallo, Buenos Aires.

Fischer, S. y Dornbusch, R. (1986) **Economía**, Mc.Graw Hill, Madrid.

Restrepo, J. C. (1997) **Hacienda Pública**, D'Vinni Ed. Ltda., Colombia.

Corona, J. y Díaz A. (2000) **Introducción a la Hacienda Pública**, Editorial Ariel S.A, Barcelona.

Due, J. F. (1969) **Análisis económico de los impuestos**, Eudeba, Buenos Aires.

parcial, progresiva y total de la Clínica, por la imposibilidad material generada por **incremento de la mora e incobrabilidad de las prestaciones brindadas, disminución del trabajo por mutuales cortadas por falta de pago, fuerza mayor**, de acuerdo a los arts. 218, 247 y cons. de la LCT”.

HECHOS

“1.- Que la Clínica, es una empresa de capital privado que está inserta en prestaciones médicas asistenciales dentro del Sistema Nacional de Salud de Obras Sociales y tiene su sede en la calle XX N° xx , lugar donde se desarrolla toda su actividad prestacional”.

“Es una Clínica de vieja data que funciona desde 1950 y atiende todo tipo de prestaciones médicas y salud, tiene emergencia, consultorios, internaciones, aparatología, etc.etc.; cuenta con un numeroso plantel de personal, trabajadores todos propios del área salud, algunos con profesionalidad, enfermeros, médicos, etc”.

“2.- La Clínica mencionada, desde el mes de abril del corriente año se encuentra en un estado de crisis económica – financiera que se torna irritante, insuperable, pese al denodado esfuerzo de sus socios y personal superior por llevar adelante la institución”.

“3.- Desde aproximadamente seis meses a esta parte y por razones ajenas a nuestra voluntad, la actividad de la empresa es inviable económica y financieramente con la estructura de cargos y personal que actualmente detenta”. “Se viene haciendo un esfuerzo humano, personal y de capital con el único objeto de sostener la actividad. Igualmente es de señalar que desde el punto de vista empresarial se han realizado todos los actos y hechos necesarios para revertir la situación actual”.

“Se agrega informe por separado que demuestra el estado actual y evolución de la Clínica. Un estudio actual demuestra que mantener el ritmo de prestación

Isuani, E. et al. (1991) "Bismarck o Keynes: quién es el culpable? (Notas sobre la crisis de acumulación)" en **El Estado de Bienestar: la crisis de un paradigma**. . CIEPP/Miño Dávila editores, Buenos Aires.

Okun, A. (1975) **La distribución de la renta y la lucha contra la pobreza**, BPEA, Washington, USA.

Del Prete, S. (2003) "Módulo II: Introducción a las políticas sociales y sanitarias" en **Maestría en Economía de la Salud y administración de organizaciones de salud**, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

González García, G. y Tobar, F. (1999) **Más salud por el mismo dinero**,. Ediciones ISALUD, Buenos Aires

Katz, J. et al. (1988) **Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino**, OPS Publicación N° 1.

Cimino, E. (2003) **Formación de precios en el Servicio Público de Salud**. Mimeo, Buenos Aires.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997) **Descentralización de los servicios de salud en la Argentina**,. CEPAL: Serie de Reformas de Política Pública, Santiago de Chile

Comisión de Estudios de Auditoría (1999) **Auditoría de entes dedicados a la salud**, Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tobar, F. (2002) **El gasto en Salud en Argentina**, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.

Mango, C. (2003) **Proyecto de Investigación Carrera de Posgrado de Especialización en Administración de Empresas en Crisis**, U.B.A., Buenos Aires.

Torres, R. (2005) en **Audiencia Pública anual Superintendencia de Salud**, Celebrada en Buenos Aires el 18 de marzo 2005.

Paillusseau, J. (1984) "Del derecho de la quiebra al derecho de las empresas en dificultades" en **Revista del derecho comercial y las obligaciones**, Buenos Aires.

D'Agostino, S. (2003) Ponencia en el panel de referencia: "Los prestadores públicos y privados ante las crisis", en **Jornadas 2003 de la Asociación de Economía de la Salud (AES)**, Mendoza

Novick, M. y Galin, P. (2001) **Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Quito.

Tobar, F. et al. (2001) **Endeudamiento sectorial**, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.

Eldin, F. (1998) **El management de la comunicación**, Edicial S.A., Buenos Aires.

Cantera Sojo, J.M. et al. (1988) **Estudio de Empresas en Crisis y Elaboración de Planes Estratégicos. Vol. I y II.**, Consejo General de Colegios de Economistas de España, Madrid.

Cañadas, M. (1994) **Reflotación y reingeniería de Empresas**, Ediciones Gestión 2000 S.A., Barcelona.

Schmitt, G. (1994) **Turn-around**, Editorial Atlántida, Buenos Aires.

Porter, M. (1991) **Estrategia competitiva. Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia**, Compañía Editorial Continental S.A., México.

Abuchaem, J. (1988) **El duelo por la muerte del padre y otros escritos**, Editorial Paidós, Buenos Aires

Médici, A. C. (1995) **Economía e financiamento do Setor Saúde no Brasil**, USP, Sao Paulo.

Lopez Delgado, F. (2001) "La falta de pago : una constante en el sistema", en **Revista Médicos**, N° XVIII, Buenos Aires.

Mitroff, I. y Anagnos, G. (2001) **"Managing crisis before they happen"**, Amacom, Broadway, New York.

de servicios y ocupación de mano de obra es imposible, insostenible, hechos de conocimiento de los trabajadores y la Asociación gremial de la actividad”.

“No obstante el esfuerzo anotado en mantenimiento de inversiones de bienes de capital, bienes de uso y una dedicación empresarial permanente para tratar de salir adelante con el sanatorio arriba indicado, a la fecha la situación se torna difícil e imposible de sostener económicamente”.

“Los quebrantos mensuales acumulados y la falta de pago de los distintos servicios prestados por la Clínica a las Obras Sociales, principalmente al PAMI, Instituto de Obra Social de la Provincia, el Hospital Público por pacientes carenciados, los cuales no demuestran capacidad de pago, todas causas ajenas a la voluntad de la empresa, agravados por el hecho que nuestra actividad, obligadamente genera el gasto sin posibilidades de cobro. Es así por cuanto se debe prestar necesariamente el servicio, produciéndose el gasto, respectivo en medicamentos, profesionales, intervenciones, personal y luego esta erogación no se recupera porque no se cobra el mismo”.

“Esto hace que a la fecha se torne imposible continuar con la ocupación actual del personal en el grado de ocupación temporal y de nivel de remuneración como así categorías y tareas, la excesiva onerosidad sobreviniente, imposibilitan la dación de trabajo , haciendo peligrar de no tomarse medidas urgentes la continuidad misma de la Clínica que está a punto de colapsar”.

“4.- Verbigracia, a la fecha se debe anotar que se tiene un alto nivel de endeudamiento en personal , en cumplimiento de las exigencias del Convenio de Trabajo y en personal con especialización , adicionales que se han otorgado en virtud de la Alta Complejidad que se ha propuesto brindar. Todas situaciones laborales, económicas, financieras que se describen en el ANEXO I que se agrega al presente”.

“El personal debe comprender las medidas a tomar, debe tomar conciencia que el ritmo actual de erogaciones por el costo laboral que es el principal al ser una actividad de servicio, es insostenible y que peligrará ciertamente la continuidad de la empresa”.

“5.- Las medidas que prevemos pasan por reducciones salariales, reducciones de jornadas, reacomodamiento de categorías, funciones, eliminación de adicionales, suspensiones parciales y por último de la totalidad en su caso de ser necesaria, del personal de la empresa, especialmente de los sectores de servicios de la Clínica que admitan ello”.

“Esto es imprescindible para sostener hoy la continuidad de la empresa. Sólo así racionalizando el costo laboral se podrá mantener la actividad de la Clínica sin pérdidas netas mensuales”.

“6.- Es de señalar que resultaría irresponsable de parte de vista empresarial no tomar las medidas necesarias que garanticen la posibilidad de sostener la actividad de la Clínica, los pasos y medidas necesarias, dolorosas para sortear los problemas y llevar adelante la actividad sanatorial”.

“7.- El objeto de la presente es iniciar el procedimiento y viabilizar, dando legitimidad a las medidas de reducción de costos a la brevedad posible, de no alcanzarse acuerdos con el personal y el sector gremial, necesaria se deberá tomar medidas de suspensión de áreas y secciones de la Clínica en forma urgente que permitan mantener el servicio y viabilizar la continuidad de la misma”.

“Para ello se deberá en definitiva racionalizar la planta de personal de ser necesario en su momento, con despidos y reducción de la misma, generando todo ello en las imposibilidades de dar ocupación por falta de cobro del trabajo realizado, fuerza mayor no imputable a la empresa y de público conocimiento”.

TRAMITE

“Por lo expresado solicitamos que tenga por iniciado formal trámite de procedimiento preventivo de crisis de empresa, art. 99 L.E”.

DOCUMENTOS

“Entre otros, se agrega nota de “Fundamentos de la Crisis” que dice:

La actual crisis económico financiera que padece el sector de la salud, es prácticamente terminal, debido fundamentalmente a:

- 1.- La menor población en relación de dependencia o sea menos aportantes a la Seguridad Social.
- 2.- Obras Sociales en crisis como consecuencia de la falta de aportes de las empresas y personal en negro.
- 3.- Inseguridad jurídica.
- 4.- Hospital de autogestión que compite en situaciones de privilegio.
- 5.- Traslado del riesgo de financiar al prestador.
- 6.- Falta de una política de salud que integre al sub-sector público y privado.
- 7.- Ausencia del rol de contralor del Estado a través de la Superintendencia de Servicios de la Salud. Obras Sociales convocadas o en quiebra que dejan abultadas deudas.
- 8.- Alta presión impositiva”.

“Las clínicas registran un alto nivel de endeudamiento, por lo que deben pagar altísimos costos financieros. Las empresas que componen el sector no son calificadas por las entidades financieras, precisamente por pertenecer a ese sector de “alto riesgo” con lo cual no tienen acceso al crédito”.

“Los costos fijos que deben afrontar, son muy altos debido fundamentalmente al grado de ocupación de personal con que deben contar ya que la actividad ocupa mano de obra intensiva, debiendo guardar parámetros mínimos de relación en número de camas y personal según convenio colectivo. Además de ello, se da la relación que a mayor complejidad es mayor el índice de ocupación. También, se tuvo que afrontar el incremento de los costos laborales e impuestos distorsivos como el impuesto al endeudamiento y a la ganancia mínima presunta”.

“Nuestra Clínica no escapa a estas generalidades, por el contrario se agudizan. Además tenemos que sumarles, la mora que se registra en la cobranza de nuestros principales deudores (PAMI; Instituto de Obra Social Provincial y el Estado Provincial) que se mantiene en un alto grado. Especialmente el Instituto de Obra Social Provincial que adeuda cuatro meses de prestación (dos vencidos) y luego las Obras Sociales Nacionales como PAMI, que registra deuda de cinco meses; OSPLAD que tiene un retraso de un año en el pago de prestaciones por depender de las finanzas provinciales y nacionales; Obra Social Bancaria con una abultada deuda vencida, han sumido a la Clínica en la más dramática situación jamás vivida”.

“Estas situaciones, sumadas a los retrasos normales que registran en el pago otras Obras Sociales, nos originan un importante perjuicio económico y financiero ya que a nuestros compromisos debemos afrontarlos a sus vencimientos y en su defecto los mismos generan costos accesorios, más aún si tenemos que los impuestos se calculan por lo devengado y no por lo percibido”.

“Los índices que surgen del Balance, evidencian el nivel de atraso sufrido en las cobranzas. Así podemos observar que el período medio de cobranzas alcanza a 162 días (Junio 2000) y 180 días (proyectado Junio 2001) lo que muestra la gran mora que afecta a las cobranzas”.

“Además debe destacarse que las cobranzas están afectadas por importantes débitos motivados por desfases presupuestarios de los distintos convenios capitados”.

“Si bien nuestra Clínica viene manteniendo su nivel de facturación, los problemas fundamentales radican en el incremento del plazo de las cobranzas y los débitos por desfase sufridos, que gravitan sensiblemente sobre la entidad. Estos débitos, que en el último ejercicio representaron el 22,30% de la facturación, surgen a partir en que las Obras Sociales trasladan el riesgo al

prestador, fijando una retribución por afiliado y por un monto fijo que generalmente no alcanza para cubrir los costos de las prestaciones brindadas”.

“La situación general se agrava por la unilateral medida del Gobierno Provincial que dispuso la derivación de pacientes del Hospital Público hacia un solo prestador privado, restando de participación a las demás entidades entre las que se encuentra la nuestra”.

“En otro orden de cosas también podemos agregar como factor de agravamiento, la medida del Gobierno Nacional consistente en incrementar la carga impositiva, fundamentalmente sobre los movimientos bancarios, que genera una importante pérdida”

2.- Decretos de Emergencia Sanitaria. Leyes. Instructivos de la AFIP

Pero si la lectura del documento anterior, proporciona una introducción bastante clara a la problemática de las deudas de las Obras Sociales y PAMI con los Prestadores Privados de Salud, un complemento que mostrará un panorama más amplio sobre la crisis del Sistema, proviene de los **considerandos** de los Decretos de Emergencia Sanitaria (como complemento de la Ley de Emergencia Económica) dictados por el Poder Ejecutivo desde el 12 de marzo de 2002 , con sucesivas prórrogas y vencimiento el 31 de diciembre de 2005 y sus respectivos articulados.

Resultan también categóricos los instructivos de la Administración Federal de Ingresos Públicos, cuando en consideración del estado crítico del Sistema, impone a sus delegaciones la prohibición de trabar embargos que pongan en peligro la prestación del servicio.

2.1 Decreto 486/2002 del 12 de marzo de 2002

Considerandos

Que la actual situación económica y financiera de la República Argentina, de altísimo contenido crítico, torna institucionalmente obligatorio instrumentar las

herramientas necesarias y adecuadas para enfrentar la difícil situación de excepción.

Que son de público y notorio conocimiento la gravísima coyuntura, los intolerables niveles actuales de pobreza, la crisis que afecta al mercado de la salud, la profunda parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanza a los estados provinciales, en cuanto miembros de la organización nacional.

Que tal cuadro de situación hizo necesario declarar, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 76 de la Constitución Nacional, a través de la Ley N° 25.561, la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

Que distintos centros asistenciales del país han visto afectado el flujo normal de suministro de productos, especialmente los de procedencia extranjera.

Que en tal sentido se encuentra afectado el sistema de provisión de medicamentos para pacientes internados o ambulatorios, ante la imposibilidad de acceder a éstos, así como a insumos esenciales para la salud.

Que también resulta necesario asegurar a los jefes y jefas de hogar que carecen de toda otra cobertura y se encuentran bajo la línea de pobreza, la provisión de medicamentos cuando se trate de enfermos ambulatorios, a través de la implementación de un seguro, que se estima alcanzará a fin de año a cuatro millones (4.000.000) de personas.

Que, como es de dominio público, el Sistema Nacional de Obras Sociales, que cubre a casi once millones (11.000.000) de personas, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados atraviesan una grave crisis económica, financiera e institucional que, en el caso del Instituto, está próxima al quebranto financiero y al colapso institucional.

Que tan aguda situación en el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados ha afectado la prestación de servicios médicos y sociales a aproximadamente tres millones quinientos mil (3.500.000) afiliados, que dicha institución tiene a su cargo.

Que, como resultado de la grave crisis económica que atraviesa nuestro país, se ha registrado una sensible merma en la recaudación del Sistema Nacional

de Obras Sociales, incluyendo al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, lo que dificulta el cumplimiento de la totalidad de las prestaciones comprendidas en la Resolución del Ministerio de salud N° 939/00 (Programa Médico Obligatorio-PMO) y sus modificatorias.

Que resulta procedente facultar al Ministerio de Salud para definir las prestaciones esenciales que, por el lapso que dure la emergencia sanitaria, deberán brindar los Agentes del Seguro de Salud, con arreglo a sus recursos, a fin de no profundizar el actual endeudamiento y el deterioro institucional, con la finalidad de garantizar a sus beneficiarios los servicios esenciales para la vida y la atención de sus enfermedades.

Que, para propender a la recomposición de la crítica situación financiera que atraviesan el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y los Agentes del Seguro de Salud, resulta menester suspender por el lapso que dure la emergencia la ejecución de las sentencias que los condenen al pago de sumas de dinero.

Que con el objeto de precisar el estado de endeudamiento de dicho Instituto, es imperioso realizar un profundo relevamiento y control de las deudas que el mismo mantiene con terceros, en la forma y dentro de los plazos que establezca el Interventor Normalizador.

Que los principios básicos de equidad y justicia social exigen que los sacrificios implícitos en las medidas que se adoptan por el presente Decreto alcancen y sean compartidos adecuadamente por todos los sectores involucrados, adoptando las medidas que tiendan a evitar el detrimento patrimonial de los actores del Sistema de Salud.

Que la crítica situación que atraviesa el sector salud configura una circunstancia excepcional que hace imposible seguir los trámites ordinarios previstos por la Constitución Nacional para la sanción de las leyes, resultando imperioso el dictado de este acto.

2.2 Decreto 2724/2002 del 31 de diciembre de 2002

Considerandos

Que la situación económica y financiera de la República Argentina, del altísimo contenido crítico, tornó institucionalmente obligatorio, instrumentar en su oportunidad las herramientas adecuadas y necesarias para enfrentar la difícil situación de excepción.

Que del análisis de la situación financiera que atraviesa el Sistema de Obras Sociales, se desprende que la mayoría de ellas encuentra serias dificultades para cumplir los compromisos asumidos a causa de la acumulación de sus pasivos producido, en buena medida, por la caída de las recaudaciones originadas por una elevada morosidad de los empleadores cuando no por una evasión lisa y llana. Las dificultades en cobrar las acreencias devengadas a su favor, los efectos de la política cambiaria que aún impacta en la cadena de pagos, la obligación de continuar brindando prestaciones a sus beneficiarios aunque la empresa empleadora respectiva no deposite sus aportes y contribuciones comprometen sensiblemente su funcionamiento y, por ende, también el de sus prestadores.

Que el sector prestador privado de la salud atraviesa una profunda crisis producto de los elevados pasivos prestacionales que presentan las Obras Sociales Nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados los ha convertido en prefinanciadores del sistema y ha consumido su escaso capital de trabajo. Esto sumado al marcado aumento de los insumos descartables, en su mayoría de origen importado que ha generado un profundo desfinanciamiento de las mismas.

Que teniendo en consideración el próximo vencimiento del período tutelado por la Ley N° 25.563 y sus modificatorias y atento a que se mantienen las necesidades de recomposición de la crítica situación financiera que atraviesan los agentes del Seguro Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados corresponde no sólo garantizar a aquellos la inejecutabilidad de las sentencias condenatorias a pagar sumas de dinero prorrogando la vigencia del artículo 24 del Decreto N° 486/02, sino que aparece necesario que cuenten con la garantía de intangibilidad plena de los

bienes afectados al cumplimiento de los servicios y prestaciones a su cargo en forma análoga a lo prescripto por la Ley N° 25.589 en su parte pertinente.

Que asimismo y atento a que constituyen parte esencial del funcionamiento del sistema, resulta necesario extender la prescriptiva del párrafo anterior, a los prestadores médico-asistenciales en servicio de internación públicos o privados.

Que de lo dicho surge que la suspensión de todo inicio, continuación y ejecución de sentencias destinadas al pago de sumas de dinero dictadas contra Agentes del Sistema Nacional Seguro de Salud incluyendo al Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados y los prestadores médico-asistenciales en servicio de internación públicos o privados, así como de medidas cautelares preventivas o ejecutivas que vulneren el principio garantizado deviene correlato necesario de esta normativa de excepción, en tanto recaiga en medidas cautelares que importen el desapoderamiento de bienes afectados a la actividad que éstos desarrollan.

Que, asimismo, la profunda crisis de desfinanciamiento sufrida por los prestadores médico-asistenciales en servicio de internación públicos o privados, requieren la adopción de otras medidas que le permitan continuar brindando las prestaciones a su cargo, tales como el diferimiento de los pagos correspondientes a las contribuciones previsionales de la Seguridad Social, por lo que se hace necesario autorizar a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) a adoptar medidas a ese respecto.

Se puede observar la cantidad de veces que fueron incluidas en ambos decretos palabras como crisis; crítico/a; colapso; endeudamiento y deudas las cuales, con la finalidad de brindar una rápida identificación a los lectores, se han destacado en negrita. Continuando con el tema, también se incluía en el articulado:

Artículo 8º: Suspéndense por el término de ciento ochenta (180) días corridos contados a partir de la entrada en vigencia del presente, las ejecuciones forzadas de los créditos que el Estado Nacional, sus entes centralizados o

descentralizados o autárquicos, las empresas estatales o mixtas, cualquier entidad en la que el Estado Nacional posea el control del capital o de la toma de decisiones y los entes públicos no estatales, posean contra los prestadores médico asistenciales en internación, públicos o privados.

Artículo 9º: Instruyese a la AFIP organismo autárquico del Ministerio de Economía que dentro del plazo indicado en el inciso anterior establezca –en los términos del artículo 32 de la Ley Nº 11683, T.O. 1998 y sus modificaciones- prórrogas y planes especiales de facilidades de pago de los tributos, sus intereses y multas, adeudados por los sujetos indicados en dicho inciso, teniendo especialmente en cuenta al momento de fijar los plazos a acordar así con el interés de financiamiento, la situación de emergencia que por el presente Decreto se prorroga. A tales fines los sujetos que pretendan acogerse a estos beneficios deberán contar con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la Superintendencia de Servicios de Salud dependiente del Ministerio de Salud.

2.3 Decreto 1210/2003 del 10 de diciembre de 2003

Principales modificaciones introducidas

Si bien mantuvo la suspensión de la traba de medidas cautelares preventivas y /o ejecutivas dictadas contra los agentes del sistema nacional del seguro de salud incluyendo al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), no hizo lo mismo con lo que disponía el artículo 8 del decreto 2724/2002 en cuanto a las ejecuciones forzadas de los créditos del Estado Nacional contra los prestadores médico asistenciales en internación, públicos o privados.

Tampoco incluyó la instrucción a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) para que establezca prórrogas y planes especiales de pago para los prestadores de servicios de salud.

Creó una Comisión Asesora en la que participarían representantes de los prestadores para relevar la situación de endeudamiento público y privado, con énfasis en el ámbito prestacional y las alternativas para la regularización de las acreencias de los prestadores del Sistema nacional del seguro de salud.

2.4 Decreto 756/2004 del 17 de junio de 2004.

Artículo 6º: Suspéndese hasta el 31 de diciembre de 2004 las ejecuciones forzadas de los créditos que la AFIP posea contra los prestadores médico-asistenciales en internación, de diagnóstico y tratamiento, en ambos casos públicos o privados. A tales fines los sujetos que pretendan acogerse a estos beneficios deberán contar con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la Superintendencia de Servicios de Salud.

Quedan comprendidos en el alcance de la presente norma los establecimientos geriátricos prestadores del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

2.5 Ley 25.972. Promulgada: Diciembre 15 de 2004

ARTICULO 1º — Prorrógase en los términos de la presente ley, hasta el 31 de diciembre de 2005, el plazo al que refiere el artículo 1º de la Ley N° 25.561 y sus modificatorias. Prorrógase, por igual plazo las disposiciones de la Ley Complementaria N° 25.790 y el estado de emergencia sanitaria nacional dispuesto por el Decreto N° 486/ 02, sus disposiciones complementarias y modificatorias, incluyendo los plazos establecidos por el Decreto N° 756/04.

2.6 Resoluciones e instructivos de la AFIP

Instructivo que el 3 de octubre de 1997 se imparte a la Subdirección General de Operaciones Impositivas Metropolitanas; a la Dirección de Grandes Contribuyentes Nacionales; a todas las Regiones, Agencias y Distritos a fin de evitar la traba de embargos sobre cuentas o bienes de prestadores de salud, entidades de servicios públicos, Obras Sociales y otras actividades de interés público, a efectos de evitar consecuencias sociales no buscadas por ese Organismo, ni por el Poder Ejecutivo, habida cuenta el estado crítico de las mismas y el hecho de que dichas medidas no sólo no cumplen su fin específico, sino que impiden el normal desenvolvimiento de tales instituciones de trascendencia extratributaria.

El 28 de mayo de 2002, es ratificado el instructivo del 3 de octubre de 1997 y, entre otras consideraciones, manifiesta: “caber tener en cuenta el estado crítico de las mismas, agudizado por la difícil situación socio-económica que atraviesa nuestro país, el que se vería agravado con adicciones que interrumpirían la prestación de los citados servicios”. El 19 de julio de 2002, informa que el instructivo “es de aplicación exclusivamente para las entidades de servicios sociales y salud”.

Como puede apreciarse, la situación crítica no ha sido una descripción interesada de algún sector, sino que la misma ha sido suficientemente reconocida por el Estado, a través de la legislación promulgada, de sus actores como el organismo recaudador de impuestos y contribuciones (AFIP) y por los prestadores privados, los cuales aportando una cantidad de camas que llega al 55%; con establecimientos asistenciales que representan el 44% del total y una inversión estimada en 6.051 millones de pesos, constituyen un importante participante dentro del sistema general (**Cuadros 6 y 7**).

3.- Opiniones de titulares de Clínicas, Sanatorios y Asociaciones Empresariales.

11-08-2002 El Presidente de CONFELISA (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales), **Dr. Gustavo Mammoni**, en el marco de la Mesa de Diálogo para el Trabajo Decente manifestó que "La profunda regresión social, sufrida como consecuencia de la tremenda crisis económica, desmembró los objetivos y esfuerzos que cada integrante llevaba adelante con la única finalidad de sobrevivir a la difícil situación que la precedía".

"Todos sabemos que este penoso escenario actual, también proyecta un futuro muy oscuro e incierto a la vez, pero que se puede evitar solamente con la coordinación de los esfuerzos de todos los sectores involucrados, y en ese camino aplicar medidas rápidas y efectivas, de reanimación, antes que sea mas tarde y se torne irreversible".

"La situación sanitaria nacional se encuentra en un colapso del sistema total, y la visión oficial quedo plasmada con la aparición del Decreto 486/02 que declaró la emergencia sanitaria nacional que en sus artículos crea el Comité de Crisis de la Salud".

03/07/2001 El Consultor de Clínicas y Sanatorios, **Dr. Floreal López Delgado** en la Revista Médicos, Año III, Ed. Nº XVIII dice "Dado que el crédito bancario es sumamente caro y su elección lleva a la ruina, las obras sociales han elegido cubrir sus necesidades económicas mediante el recurso del no pago a los sanatorios. Para no pagar se utiliza la rotación de los prestadores: las obras sociales arman una red prestacional con dos o tres sanatorios en Capital Federal, un centro de alta tecnología, una clínica en cada partido del conurbano, y pagan los tres o cuatro primeros meses, luego empiezan los débitos, que son irracionales, llegando al 40/60/70% de la facturación. Así es como el sanatorio se sorprende, comienzan las conversaciones, las facturas siguientes no son pagadas y entonces el establecimiento asistencial advierte que se está usando el mecanismo de los débitos perversamente, para no pagar".

“Cuando el sanatorio interrumpe los servicios porque cree que no va a cobrar, la obra social arma otra red prestacional. Cuando las entidades han realizado esta rueda tres o cuatro veces, ya cuentan con un pasivo respetable y, seguramente, los primeros prestadores ya están llegando a sentencia en los juicios que han iniciado. Por lo tanto, hacen lo que debe hacer todo deudor que no puede hacer frente a sus obligaciones exigibles: recurren al concurso preventivo de acreedores”.

“Otra herramienta utilizada para evitar el pago es a través de las gerencadoras, entidades que pese a que están creadas muy recientemente y a su poca solvencia (tienen el capital mínimo -\$ 12.000 que exige la Inspección General de Justicia para funcionar como sociedad anónima), mágicamente, consiguen unos fantásticos contratos con miles de pacientes a cargo y varios millones de dólares de facturación”.

“Empresarialmente, tal vez se trate de gente muy capaz, que logra convencer a las obras sociales para que les den estos contratos. El problema es que los prestadores siguen contratando a insolventes que no tienen el respaldo de la cuenta recaudadora, no son quienes recaudan los fondos de los aportes de los trabajadores y de los empresarios. ¿Qué sucede cuando estas gerencadoras no pagan? A veces se concursan y a veces piden larguísimas facilidades de pago”.

21-02-2003 El Presidente de CONFECILISA, **Dr. Mammoni**, para Buenafuente.com Salud dijo: “La gran mayoría de los sanatorios, pymes de la salud, están endeudadas a través de créditos hipotecarios. En el año 1996, cuando el INSSJyP (PAMI), una de las obras sociales que mayor impacto tiene en la facturación del sector, entra en una convocatoria unilateral de acreedores (Decr. 925 PE), deja impago 4 meses de prestaciones a los sanatorios”.

“A partir de ese momento, los bancos cambiaron la calificación crediticia de los sanatorios, que para obtener o refinanciar sus créditos tuvieron que hipotecar

las propiedades; no sólo las de las sociedades sino también las personales de los directores, accionistas y dueños”.

“El decreto de emergencia sanitaria 486/02 y la prórroga de dicha emergencia (decreto 2724/02) establece en su artículo 7º: inclúyase dentro de la suspensión prevista en el artículo 24 del decreto n° 486/02 la traba de las medidas cautelares preventivas y/o ejecutivas dictadas contra los agentes del sistema nacional del seguro de salud, incluyendo al instituto nacional de servicios sociales para jubilados y pensionados. Las sentencias que se dicten dentro del plazo establecido en el artículo 2º del presente, no podrán ejecutarse hasta la expiración del mismo, en tanto importen desapoderamiento de los bienes afectados al giro de la actividad que desempeñan y/o traban al normal desempeño de su funcionamiento”.

“Esto marca una injusticia manifiesta: las clínicas pueden ser ejecutadas por créditos hipotecarios, pero éstas no pueden ejecutar sus créditos a la seguridad social (prácticamente representa más del 90% de la facturación de la clínica). Esto dentro de un contexto en que el PAMI le debe al sector 7 meses de prestaciones y las obras sociales adeudan más de 1.300 millones de pesos, deuda que era en dólares y que nos la pesificaron 1 a 1 y no a \$1,40 más el CER, como lo hicieron con lo que debemos. La situación es mucho más grave si se toma en cuenta que el plazo de pago de las obras sociales a los sanatorios se extendió de 45 a 180 días promedio”.

18-03-2005 El Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina), **Francisco Díaz** en entrevista para Buenafuente.com Salud manifestó: “Si uno se remonta 10 años para atrás hay una situación de la salud argentina de las más florecientes de los últimos tiempos. Esa situación se fue deteriorando a partir del 97 – 98 (empieza el déficit económico, porque no era financiero). La demora de pago de las obras sociales, la cantidad de obras sociales que entraron en concurso preventivo o quiebra produjeron un desacomodamiento del sector”.

“Cuando el PBI del país disminuye, se reduce la recaudación de las obras sociales. Entonces se pretende manejar un sistema como el de salud que tiene un gasto constante, por no decir constante creciente, con una recaudación irregular. En el periodo de crisis la recaudación en las obras sociales disminuyó, pero los requerimientos de la gente en salud no disminuyeron. La prestación se brindó de igual forma y hubo algunos que no cobraron”.

”La situación por la que pasaron las entidades que represento, fue un reflejo de la crisis nacional. No pudieron renovar o arreglar equipamiento en la forma que corresponde, ni amortizar sus equipos comprados; no pudieron hacer frente a la deuda de los equipos adquiridos. Han tenido toda la problemática propia del proceso, y en última instancia se fueron endeudando. Y esto provino de no hacer los pagos a sus proveedores de servicios y no cumplir con las obligaciones fiscales. El sector está endeudado fiscalmente en cifras muy importantes”.

“Hay que admitir que las Obras Sociales están pagando mejor en cuanto a los plazos de pago y con mejor frecuencia, pero pagan valores muy bajos. Y eso no soluciona el problema del sector. Hay muchas deudas que están en concurso. Algunos las han negociados pero muchos no”.

“El PAMI debe siete meses, lo que le ha provocado un deterioro importante a las instituciones porque justo fue en el momento crítico del sector. Cuando se devaluó y todos los costos empezaron a crecer: fueron dos quiebres consecutivos”.

4.- Opiniones de funcionarios públicos. Documentos oficiales

15-08-2001 El Ministro de Salud, **Héctor Lombardo**, en reunión de la Mesa Intersectorial de la Salud, prometió que los "ahorros" que impulsa la administración de Fernando de la Rúa para alcanzar el "déficit cero" no incluirán la deuda del PAMI.

El Gobierno nacional se comprometió ante los prestadores de la salud a no aplicar quitas a la deuda superior a los 400 millones de dólares que mantiene el PAMI, y tampoco reducir el monto de las cápitas, al salir al cruce de versiones en ese sentido que habían puesto en estado de alerta al sector empresario.

En total, la deuda que soportan los prestadores de la salud supera los 2.000 millones de dólares. Esa suma incluye bonos por unos 600 millones de pesos que el Estado debía entregar a los prestadores por deudas consolidadas y nunca efectivizó, el atraso en el PAMI superior a los 500 millones y otros 1.000 millones en obligaciones de obras sociales provinciales, como el bonaerense IOMA, y sindicales.

31-10-2003 El Ministro de Salud, **Ginés González García** durante la segunda jornada del IX Congreso Internacional de Salud, anunció la decisión del gobierno de Néstor Kirchner de avanzar rápido en una "solución" para la deuda que se mantiene con los prestadores del sistema sanitario, y anticipó que se buscarían alternativas por el lado impositivo, al pronunciar la conferencia central del Congreso.

Agregó el ministro que acordó con su par de Economía, **Roberto Lavagna** y el titular de la AFIP **Alberto Abad**, mantener la semana próxima un encuentro con la CONFELISA (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales) con el fin de acelerar una solución a los reclamos, que tendría que ver con lo impositivo.

Además, González García consideró que el sector de la salud también debe tener un aporte adicional del Estado por fuera de lo que aportan los trabajadores, como existe en el caso de la jubilación.

En la apertura oficial del congreso, el Secretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Alfredo Stern, dijo que "es imprescindible apoyar un plan de

salud con características integrales y federales que supere los errores cometidos y tenga en cuenta las asimetrías en el acceso al sistema que tienen millones de compatriotas. Los avances de los programas nacionales de salud han permitido sobrellevar la crisis a millones de argentinos, aunque alertó que aún no se logró integrar a todos los sectores de la salud”.

13-09-2002 El Ministro de Salud, **Ginés González García**, anunció hoy que el gobierno busca “desactivar la bomba de la deuda” que el PAMI mantiene con los prestadores privados, al hablar en el VIII Congreso Internacional de Salud.

Dijo “No soy ingenuo. Tenemos una bomba en el sector que ha ido creciendo, y que es la deuda con el sector prestador que se ha convertido en un círculo perverso de endeudamiento colectivo que está amenazando la caída completa del edificio”.

Continuó González García diciendo que “desde hace meses estamos trabajando en la búsqueda de una solución global de todas las deudas del PAMI” y prometió que “desde el Estado se buscará aplicar una compensación con la deuda impositiva, y encarar una ingeniería financiera para hacer una operación global sobre el sistema que nos dé certidumbre para volver a empezar”.

Finalmente González García destacó la “extraordinaria labor que llevan adelante los dirigentes sectoriales de la salud en la búsqueda de soluciones en medio de la crisis”.

15-04-2005 El Superintendente de Salud, **Rubén Torres**, en Revista Competencia (edición especial Salud), manifestó: “Todas las obras sociales tienen deuda acumulada, y si bien ha mejorado el flujo de caja de las entidades, todavía no se ha superado el escalón del paso de la convertibilidad y de la devaluación. Los costos han crecido en una gran cantidad de insumos que se utilizan en el cuidado de la salud porque están dolarizados y el impacto

de la caída del valor del peso con relación al dólar no se ha superado. El sistema tiene que actualizar honorarios y aranceles”.

“Los pasivos se pueden agrupar en tres clases. El primero resulta de los juicios de mala praxis. Hay un promedio de 10 juicios de mala praxis por cada obra social, con un monto demandado de 5 millones de pesos por cada una”.

“Otro pasivo está representado por las deudas de aportes y tributos. Es un tema preocupante porque si bien hoy estamos bajo la ley de emergencia sanitaria que cubre la posibilidad de embargar las cuentas, si se levantara esa medida sería un riesgo”.

Continuó diciendo el Superintendente Torres “El tercer grupo de pasivos es el de la deuda entre las obras sociales y los prestadores privados. Hay que hacer una distinción entre los dos grandes deudores: el PAMI y las obras sociales nacionales. “Las entidades prestadoras reclamaban públicamente por la prensa 2.000 millones de pesos, y en los registros que teníamos existía un monto de 800 millones, que de todas maneras es mucha plata. En ese registro se anotaron cerca de 700 prestadores de la seguridad social, y después de hacer un análisis de las presentaciones se llegó a un monto de 81 millones de pesos como deuda realmente acreditada. Nosotros le dijimos a las obras sociales que antes de fin de año tiene que aparecer alguna forma de pago y creo que en este equilibrio inestable vamos a llegar a un pacto social con los prestadores. Las obras sociales tienen un flujo de caja muy importante y estimo que el 70 por ciento está en condiciones de repagar su deuda antes de los 90 días. En algunos casos pagan poco, pero pagan”.

30-05-2004 Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación – **Ministerio de Salud de la Nación – Consejo Federal de Salud**. En su capítulo dedicado al Sector Privado dice: “el sector privado, compuesto por múltiples instituciones y servicios, numerosos puestos de trabajo, e importantes inversiones, se maneja al compás de los aciertos y deficiencias de

todo el sector salud, especialmente por su fuerte dependencia del financiamiento de las obras sociales, incluido el instituto de jubilados y pensionados. El mercado no actuó como ordenador y el Estado no asumió este rol con las previsibles consecuencias. Hoy el sector financiador provincial, el de obras sociales nacionales y el PAMI tienen importantes deudas con los prestadores privados. Este sector ha sufrido la caída del 25% de su oferta en los últimos años y el sistema público de atención no resistiría una mayor demanda provocada por más cierres de efectores del sector privado”.

5.- Opinión de organismos internacionales

30-11-2002 El Documento 02/02 emitido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, producido por Juan Pablo Uribe y Nicole Schwab y denominado “El sector salud argentino en medio de la crisis”, ha manifestado –entre otras cosas- que “el impacto de la actual crisis sobre el sector salud puede explicarse por cuatro factores principales:

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas.
- Aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación.
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria, consecuencia de la reducción en la extensión de la cobertura de seguros de salud y la menor capacidad de gasto de los ciudadanos.
- Mayor riesgo epidemiológico por el deterioro de las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población.

Los dos primeros factores afectan la oferta de servicios y los dos últimos la demanda.

Las obras sociales nacionales arrastran de tiempo atrás una considerable deuda acumulada, reflejo de los desequilibrios estructurales del sector y de sus propios modelos de gestión.

Como resultado de los muy altos niveles de endeudamiento que han acumulado los diferentes subsectores aseguradores para con los prestadores y ambos con los proveedores de insumos médico-quirúrgicos, se ha quebrado la cadena de pagos y de provisión de insumos y servicios. Los prestadores privados sufren las consecuencias de esta ruptura. Sus cuentas por cobrar superaban los U\$S 2.000 millones previa la caída de la convertibilidad, especialmente con el PAMI y las obras sociales nacionales”.

6.- Conclusión

El problema es advertido por todos pero nadie le da una solución. Según se ha desarrollado hasta aquí, desde todos los participantes, sean éstos funcionarios oficiales, representantes de los prestadores privados o simplemente consultores o formadores de opinión independientes, hay una visión compartida en determinar que hay un sistema de salud en crisis y que algunos aspectos de esa crisis se han ido trasladando a los prestadores privados de salud, quienes han absorbido ese impacto corriendo distintas clases de suertes. La minoría, han internalizado el concepto que debían producir un cambio estratégico y es así que fusiones o transformaciones mediante, pudieron acceder a efectivos procesos de reconversiones. Algunos han quedado en el camino sean concursados, quebrados, cerrando o suicidándose (Dr. René Favalaro). Otros sobreviven en un estado desesperante y próximos al cierre.

En cuanto se hace referencia a la falta de pago de las Obras sociales, nacionales y provinciales y, fundamentalmente, el INSSJyP (PAMI) o a la distorsión producida por algunos impuestos o a la falta de reconocimiento de los mayores costos incurridos al momento de fijar el valor de las prestaciones,

surge que todos los Sectores participantes han documentado su opinión y todos están de acuerdo en que hay que buscar soluciones y en forma urgente.

Pero cuando se inicia el momento de la acción, cada uno de los sectores efectúa una introspección y trasladan el privilegio de ser el primero que acciona, al sector vecino. Este, a la vez, produce el mismo procedimiento y concluye endosando el privilegio al sector que le sigue, con lo cual se habrá instalado un círculo vicioso en el que siempre el que padece es el mismo, el sector de prestadores privados y, a través de él, finalmente el que siempre paga y no recibe el servicio por el que paga: el paciente.

De allí que a la fecha de elaboración de este trabajo –mayo de 2005- se continúa hablando de compensación de deudas del PAMI con deudas de los prestadores con la AFIP; de la entrega de Bonos para cancelar las deudas atrasadas de PAMI y otra Obras sociales y otros tipos de propuestas muy alejadas del curso de la acción.

7.- El dilema del prisionero. ¿Una aproximación a la solución?

Al igual que en los juegos, en la vida real son habituales las situaciones en las que el resultado depende de un conjunto de decisiones de diferentes participantes o jugadores. Puede afirmarse que un comportamiento es estratégico cuando las decisiones se toman teniendo en cuenta la influencia conjunta sobre el resultado propio y ajeno de las decisiones propias y ajenas. La técnica para el análisis de estas situaciones fue puesta a punto por el matemático, John von Neumann junto al economista Oskar Morgenstern quienes a comienzos de 1940, trabajaron en las aplicaciones económicas de esa teoría.

El dilema del prisionero es un juego de suma no nula, bipersonal, biestratégico y simétrico. Fue formalizado y analizado por primera vez por A. W. Tucker en 1950. Es posiblemente el juego más conocido y estudiado en la teoría de

juegos. En base a él se han elaborado multitud de variaciones, muchas de ellas basadas en la repetición del juego y en el diseño de estrategias reactivas.

John Forbes Nash, economista estadounidense obtuvo el Premio Nobel de Economía en 1994, compartido con John C. Harsanyi y Reinhard Selten, por sus análisis del equilibrio en la teoría de los juegos no cooperativos. El punto de equilibrio de Nash es una situación en la que ninguno de los participantes siente la tentación de cambiar de estrategia ya que cualquier cambio implicaría una disminución en sus premios o beneficios. **Juan Carlos Martínez Coll** (2001).

Si.....		...entonces	
el prisionero 1...	y el prisionero 2...	El prisionero 1 recibe	y el prisionero 2 recibe
Coopera	Coopera	3	3
Coopera	Defrauda	0	5
Defrauda	Coopera	5	0
Defrauda	Defrauda	0	0

Dos prisioneros se encuentran encerrados en celdas separadas acusados de algún delito. Ambos van a ser interrogados por separado por sus carceleros. Cada uno va a ser preguntado por la culpabilidad del otro. Cada preso puede optar por “colaborar” con el otro, asegurando que el compañero se encuentra en la cárcel injustificadamente, o bien “defraudar” acusándole.

Existen por lo tanto cuatro posibilidades:

- que ninguno defraude;
- que lo hagan los dos;

- que lo haga el primero; ó
- que lo haga el segundo.

Cada prisionero recibe un premio en función de esta tabla, mayor cuanto mayor es el número que aparece a la derecha. El 0 puede significar una pena de cárcel, el 3 la libertad y el 5 la libertad y una indemnización. Suponiendo que se considera al prisionero 2. Si el prisionero 1 defrauda, es indiferente lo que haga el 2, ya que recibirá el castigo. Pero si el prisionero 1 coopera con el 2, el premio recibido es mayor si el 2 a su vez lo defrauda a él. En resumen, haga lo que haga el prisionero 1, para el prisionero 2 lo mejor es defraudar. Y lo mismo ocurre para el prisionero 1: haga lo que haga el prisionero 2, lo mejor es defraudar. Ya que las decisiones son independientes, y dado que el objetivo de cada uno es lograr el máximo beneficio personal, lo racional es defraudar. Pero si los dos se comportan racionalmente, ambos recibirán el castigo.

Suponiendo ahora que los prisioneros son el Ministro de Salud y el titular de la AFIP y las opciones sobre las que tienen que decidir son: la compensación de las deudas del PAMI por prestaciones con las deudas de los prestadores por contribuciones sociales. Si ambos cooperan, en el primer caso significa que llegan a una solución de equilibrio que consiste en negar todo o brindar todo.

La segunda opción donde el titular de la AFIP defrauda y el Ministro coopera, da como resultado que el titular de la AFIP se lleva todo el mérito pues los prestadores se quedarán contentos con él, sin importarles demasiado las condiciones y las posibilidades bajo las cuales se le cumplirá ese "derecho".

En la otra opción el titular de la AFIP coopera y el Ministro defrauda. En ese caso el titular de la AFIP falla en contra del derecho de los prestadores por entender que no están aseguradas las condiciones para que el mismo pueda ser cumplido sin afectar otros derechos y el Ministro, pudiendo dar algún servicio, se ahorra el mismo obteniendo por ello un beneficio.

Finalmente considerando el caso donde ambos defraudan, el titular de la AFIP falla a favor de que se le de todo lo que piden los prestadores y el Ministro no les brinda nada. En ese caso, donde ambos defraudan, los resultados son negativos para ambos.

¿Qué hubiera tenido que suceder, para lograr coordinar las acciones de uno y de otro?. Ambos deberían haber dialogado, discutido y consensuado criterios comunes bajo los cuales actuar en cada caso. El Ministro debe profundizar su conocimiento sobre la legislación y el problema en cuestión y el titular de la AFIP debe conocer y estudiar los sistemas de salud, la economía y condiciones del sector sobre el cual tiene que operar, dado que no puede ignorar el sistema; el entorno y los antecedentes y accionar sólo mirando el caso que tiene ante sus ojos.

La cooperación y el diálogo contribuyen a que los “dos prisioneros” tengan la menor cantidad de años de prisión, es decir el resultado más positivo. En caso contrario siempre uno se va a perjudicar y detrás de todo esto esta la vida de un sector importante de la salud. Esto constituye algo que no deberían olvidar ninguno de los participantes del sistema (funcionarios, prestadores) y tender de esta manera a buscar –sin dilaciones- espacios comunes de intercambio y cooperación.

CAPITULO 3: El sistema de salud en Argentina

Un bien llamado salud

Para entender algunas particularidades del sistema de salud, se citará inicialmente a **Richard Musgrave y Peggy Musgrave** (1989): cuando se satisfacen determinadas condiciones, la economía de mercado sirve para asegurar un uso eficiente de los recursos a la hora de proporcionar los fines privados. Ello se efectúa a través de la conocida relación oferta-demanda, aunque no debe suponerse que el mercado pueda resolver todo el problema económico, ya que el mismo funciona eficientemente cuando se aplica el principio de exclusión (el consumo de A depende de que A pague el precio, en tanto que si B no paga, queda automáticamente excluido. Se plantea una posición de rivalidad entre A y B ya que solamente A disfrutará beneficios por el bien comprado. Pero cuando los beneficios del bien consumido por A se extienden al resto de la comunidad, el principio de exclusión queda desacreditado por lo cual se produce un "fallo de mercado". Entonces es necesaria la intervención del Estado mediante una provisión presupuestaria.

Aquí comienza a tener importancia el concepto de finanzas públicas que, siguiendo a **Dino Jarach** (1982) podría definirse como la actividad económica del sector público que con su particular estructura convive con la economía de mercado mediante una especie de asociación biológica o simbiosis. Esta simbiosis puede registrarse como la imposibilidad de que subsista una economía de mercado sin que exista una sociedad que cuente con bienes y servicios básicos asegurados por el Estado y viceversa. Esto remarca el rol irrenunciable que tiene el Estado en la provisión de los bienes sanitarios. Si bien el financiamiento y provisión del servicio de salud pueden ser de origen público, privado o mixto, hay que determinar que la obligación de asistir sanitariamente al público, es siempre del Estado, quien puede delegar a los particulares la prestación pero no puede desentenderse de la mencionada obligación.

Stanley Fisher y Rudiger Dornbush (1986), han efectuado una clara definición de la salud como un bien preferente tal como la educación, los alimentos o el alojamiento (los individuos deben consumirlos o recibirlos sea cual fuere su renta). Coincidentemente con **Musgrave y Musgrave** (1989) en su conceptualización de los bienes meritorios (su satisfacción se hace a través del presupuesto público, en adición a lo que se suministra del mismo bien a través del mercado y es pagado por los compradores privados), se acerca la opinión de **Juan Restrepo** (1997) en el sentido que un ejemplo de bien meritorio es el del subsidio que el Estado otorga a cierto tipo de educación.

A la vez resulta de utilidad considerar que la preferencia o postergación de la prestación de esos servicios, debe tenerse en cuenta las externalidades causadas, entendiéndose como tal a las utilidades no compensadas o sacrificios no indemnizados, en función de los fines perseguidos por el Estado. Tal efecto puede definirse como el efecto de la producción o consumo de un bien o servicio sobre aquellos que no son productores o consumidores del mismo -**Juan Corona y Amelia Díaz**- (2000).

Se puede concluir que siendo la salud un bien público-meritorio, que satisface una necesidad pública, debe ser provisto –directa o indirectamente – por el Estado, quien debe favorecer la atención sanitaria de las personas que carecen de recursos suficientes para afrontar el pago del servicio que proviene de prestadores privados, mediante subsidios o promociones.

Elementos de los sistemas económicos

Básicamente, según **John Due** (1969), cualquier sistema económico tiene por función el ofrecimiento de incentivos a quienes dirigen la producción, a quienes están dispuestos a arriesgar en la prestación de los servicios, para luego

recuperar el capital y obtener algún margen de beneficio (distribución primaria del ingreso constituida por la remuneración de los factores de la producción).

La siguiente función está dada por la provisión de un método de coordinación y control sobre la actividad económica es decir, definir cuales bienes y servicios han de ser producidos y cuales no como así también determinar el método de distribución del producido a cada individuo para favorecer el nivel de vida de la comunidad.

Siguiendo a **Ernesto Isuani** (1991) puede deducirse que esto se corresponde con la distribución secundaria del ingreso, donde el Estado mediante distintos mecanismos y organizaciones, procede a la redistribución de los ingresos primarios, valiéndose de transferencias monetarias directas (pensiones, planes de desempleo, etc.) o indirectas (subsidios a productos de consumos básicos); provisión de bienes de manera directa y prestación de servicios (educación, salud, etc.).

Según los primeros economistas clásicos, la distribución de la renta no podía alterarse. Pero a fines del siglo XIX, nació en Europa el nuevo concepto de responsabilidad estatal de bienestar, el que luego fue extendido a América y sostenía que el Estado debe intervenir en el mercado para proteger a los individuos de las contingencias y garantizar un nivel mínimo de vida a la población.

Es así que surgen el seguro de accidente y enfermedad, el seguro médico, las pensiones públicas y otras disposiciones similares. Esa época estuvo marcada por la maduración de los procesos industriales y el desarrollo de la urbanización, donde los asalariados surgieron como fuerza social. **Artur Okun** (1975).

En la actualidad todas las políticas sociales deben confrontarse con el desafío de la eficiencia, calidad, eficacia y equidad. De acuerdo con **Sergio Del Prete**

(2003), es necesario que, como una forma de garantizar las políticas públicas, se alcancen niveles de participación exigibles de los beneficiarios en igualdad de medida que los insumos de planificación y producción.

Los modelos

Como paso previo a la consideración del el análisis de antecedentes del sistema de salud en Argentina, corresponde efectuar una revisión de los modelos que se aplican en todo el mundo con una breve descripción de sus características (**Cuadro 18**). Siguiendo a **Gines González García y Federico Tobar** (1999) se pueden definir:

- **1.- Modelo universalista**

Caracterizado por tener financiación pública y acceso universal a los servicios los que son suministrados por proveedores públicos. El Estado tiene la responsabilidad de la conducción y gestión, con lo cual se transforma en el principal proveedor.

Aplicado –aunque con algunas características diferenciales- en Dinamarca, España, Grecia, Inglaterra, Irlanda, Noruega, Portugal, Suecia, los países del antiguo bloque soviético y en algunos del Caribe.

- **2.- Modelo del seguro social**

La financiación está basada en aportes y contribuciones –generalmente obligatorios- de los empleadores y de los empleados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades no gubernamentales que contratan servicios con proveedores públicos o privados. El Estado permanece como financiador y regulador.

Este modelo –desarrollado en Alemania- es aplicado en Bélgica, Francia, Japón, Suiza y, obviamente en el país de origen. En Argentina, todas las Obras Sociales son una muestra de este modelo.

- **3.- Modelo de Seguros Privados**

Reúne la característica de que el Sector Público permanece totalmente ausente. No tiene funciones ni de financiador ni de prestador. El mismo está aplicado en los Estados Unidos, país en el que conviven cerca de 1.700 seguros privados, situación que traduce a la fragmentación como la principal modalidad organizacional.

- **4.- Modelo Asistencialista**

Este modelo, identificado con el concepto liberal propone a la salud, como un tema de interés individual. Por tal razón coloca al Estado a un costado, y solamente con la obligación de brindar asistencia a las personas que no son capaces de asumir su propio cuidado.

Antecedentes

Antes de 1946, el Sistema de Salud funcionó con características dependientes de la clase social que acudía al mismo para atenderse. Mientras la clase menos pudiente concurría al hospital público financiado y administrado por la Nación o por la Sociedad de Beneficencia (asociación civil sin fines de lucro integrada por personas de las clases más altas que financiaban la actividad por motivos altruistas), los trabajadores extranjeros se atendían en las mutuales y asociaciones de socorros mutuos, entidades promovidas por los países respectivos y las clases media y alta acudían al médico privado a quien le pagaban con fondos propios.

Después de 1946 y ya con el peronismo en el poder, comenzaron a producirse cambios importantes en las áreas de la atención pública y de la seguridad social. Se dio prioridad al hospital público, con importantes inversiones en edificios y equipamiento en todo el país. La Fundación Eva Perón (vicepresidente del país) reemplazó a la Sociedad de Beneficencia. En 1943

se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en reemplazo del Departamento de Higiene del Ministerio de Interior, que hasta ese momento tenía la competencia de la salud. En 1949 la Dirección se transformó en Ministerio.

Si bien desde el punto estructural y de inversión, el avance y la transformación fueron notables, los mismos se hicieron con una mezcla de política partidista y en condiciones de baja capacidad técnica y organizativa.

En el terreno de la organización social puede afirmarse, que tras el auge de los sindicatos, desde el mismo gobierno se alentó la creación de las Obras Sociales, organizaciones encargadas de atender la salud de sus afiliados y el respectivo grupo familiar.

En el año 1970, la Ley 18.610 pasó a regularizar la situación convalidando a las Obras Sociales y ejerciendo la mayor influencia en el sistema. Mediante esta ley, todas las personas que trabajan en la Argentina, ya sea en forma independiente o en relación de dependencia, contribuyen a un plan de prestaciones mediante un aporte de sus ingresos o una cuota fija.

La financiación del sistema quedó a cargo de los empleados –mediante sus aportes- y de los empleadores –mediante sus contribuciones-, mientras la administración quedó en manos de los dirigentes sindicales. Muy pocas Obras Sociales se dedicaron a la prestación directa del servicio, el cual quedó en manos del sector privado.

Se creó un Fondo de Redistribución manejado por el Instituto Nacional de Obras Sociales -antecesor de la Administración Nacional del Seguro de Salud- con la finalidad de equiparar a las Obras Sociales de menores con las de mayores ingresos.

Durante toda la vida de la seguridad social, resultaron una constante la inequidad, la heterogeneidad prestacional, la diferenciación en las coberturas médicas, la falta de funcionamiento del Fondo de Redistribución, la ausencia de programación y normatización y la debilidad en las registraciones contables y financieras. El financiamiento tenía más que ver con los sindicatos que con la regulación del sistema.

La incorporación del sistema del "tercer pagador", tal como afirma **Jorge Katz, et al.** (1988), indujo a la aparición de los Colegios de Profesionales y Cámaras de Clínicas y Sanatorios, asociaciones empresariales que negocian, precios, condiciones de acreditación, conformando grupos de oligopolios por el lado de la oferta de servicios que se enfrenta con el oligopsonio por el lado de la demanda.

El sistema sanitario, presenta la particularidad que cada comprador tiene una influencia significativa o directa sobre los precios y es consciente que su acción afecta el valor de las prestaciones y prácticas que paga provocando, lo que la ciencia económica ha denominado **oligopsonio**.

El mercado **oligopsónico** de salud puede resumirse como un grupo reducido de compradores (Obras Sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y las Empresas de Medicina Prepaga) que demandan la contratación de servicios de sanatorios y clínicas de distintas complejidades, sobre un enorme grupo de prestadores pero que se encuentran atomizados en sus necesidades y percepciones.

Si se tiene en cuenta que el mayor comprador (o demandante) es el Estado - tanto Nacional como Provincial, en forma directa o indirecta- y que debido a su carácter y nivel de respuesta se torna imposible la obtención de una reducción en los plazos de pago o el mejoramiento de los valores contractuales de prestación, se puede concluir que ésto contribuye a la formación de un grupo de compradores que fijan el precio a través de los contratos que celebran

con los establecimientos privados a valores inferiores a los recomendados o no compatibles con el mantenimiento de la estructura de atención. **Enrique Cimino** (2003).

A partir de 1955 comenzó un importante desfinanciamiento de la salud pública, lo que originó falta de mantenimiento hospitalario y limitación de los servicios. Al mismo tiempo se comenzó a transferir los servicios a las provincias, acción que demoró cuatro décadas en consolidarse. A fines de los sesenta, se retomó y profundizó la formación de los recursos humanos y se fortalecieron las delegaciones sanitarias federales.

Durante largos períodos, la calidad de la atención de la salud pública, fue en promedio superior al sector privado, especialmente en lo concerniente a quemados, pediatría, cirugía pediátrica, neurocirugía e inmunología. En capitales de provincia (**Cuadro 5**) y en la mayoría de las grandes ciudades estos establecimientos constituía la mejor alternativa **World Bank** (1987).

Previo al desarrollo del sistema de seguridad social, el sector privado sufría el encarecimiento acelerado de los costos y comenzaba a marginar de hecho a crecientes estratos sociales de la utilización de estos servicios, que sumado a la presión generada por la gran cantidad de médicos llevaba al sector a una seria crisis, que fue atenuada por el sostenido crecimiento de las Obras Sociales, que se desarrolló a través de los efectores privados y no de los públicos **MSAS-OPS** (1985).

La normativa de las Obras Sociales desalentó explícitamente la creación de la capacidad instalada propia y la utilización de la pública, dirigiendo la contratación de las prestaciones a través del sector privado, que creció financiado por este sistema.

En síntesis, se llega a casi a fines de siglo con un sistema de salud no integrado, conformado por tres subsectores: el público, la seguridad social

(Obras Sociales), y el privado, identificados por su organización, financiamiento, coberturas y beneficiarios, que interactúan con distinta intensidad, resultando las vinculaciones más fuertes las del sistema de la seguridad social con el subsector privado.

El rol que cumple el sistema de la seguridad social es el que principalmente moviliza al sistema en su conjunto, ya que del mismo depende el funcionamiento de gran parte de los efectores privados y últimamente de los hospitales públicos como efectores de los beneficiarios del INSSJP.

No hay que perder de vista que inmediatamente que se aborda el tema de la salud, surge la característica heterogénea de su ámbito, debido a que el sector se distingue por la fragmentación de las instituciones. A la vez la falta de coordinación y articulación impide la conformación de un sistema formal de salud y atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura **Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo** (1997).

La coordinación es función del Ministerio de Salud, a quien apuntan generalmente las críticas que se efectúan al considerar la ausencia de articulación.

Modalidades de contratación

Los distintos actores del sistema de salud, se relacionan y interactúan a través de diferentes formas de contratación de los servicios asistenciales. La siguiente es una síntesis de esas formas con sus principales características **CPCE;CABA** (1999).

- **a.- Prestación**

Se establece un arancel que tiene como referencia las unidades de servicio que se brinda al paciente las cuales fueron definidas , clasificadas y agrupadas en un nomenclador médico asistencial.

- **b.- Pago globalizado**

El prestatario abona una suma fija por la cantidad de unidades de servicio que se brinda a un paciente la que se pacta de antemano e incluye los honorarios profesionales, gastos de medicamentos, material descartable de internación y quirúrgico.

- **c.- Cápita**

El prestatario abona una cuota fija mensual al prestador para la atención médica de un número determinado de personas, sin tener incidencia la utilización o no de los servicios.

- **d.- Cartera Fija**

Consiste en la contratación directa de un tercero que financia las prestaciones a una población cautiva, abonándose una suma fija mensual. La base es similar a la de cápita. El ajuste de la cartera se lleva a cabo normalmente de acuerdo a la utilización registrada. Este sistema es utilizado cuando se carece de padrones de beneficiarios.

- **e.- Convenio entre Prepaga y Obra Social**

El prestatario abona una suma adicional para complementar los aportes y retenciones de ley a efectos de alcanzar el plan elegido, sin tener incidencia la utilización o no, de los servicios. El complemento se paga mediante débito automático en tarjeta de crédito o en cuenta corriente, o la empresa empleadora ingresa la diferencia.

- **f.- Afiliación directa**

La contratación la realiza individualmente el asociado, quien puede seleccionar entre una serie de planes de acuerdo a su conveniencia y/o

nivel de recursos. El pago lo realiza directamente el asociado de acuerdo con las distintas modalidades en vigencia.

Esquema de funcionamiento del sistema de salud argentino

El sistema de salud, compuesto por los agentes de atención pública, representado por hospitales y centros de atención de atención gratuita, y por los agentes privados conformados por las clínicas y sanatorios que atienden a los pacientes que asisten en forma particular y los afiliados a los distintas obras sociales y empresas de medicina prepaga.

Las Obras Sociales, sindicalizadas por actividad laboral, y un organismo específico para atención de jubilados y pensionados (INSSJP), son los responsables de afrontar el pago de los cargos de cada afiliado, originados en ocasión de la prestación médica (**Cuadros 9 y 11**).

Las organizaciones pueden clasificarse de la siguiente manera:

- **1.- Para trabajadores en relación de dependencia.**
 - Obras Sociales Sindicales
 - Obras Sociales para Personal de Dirección

La legislación vigente del Sistema de Obras Sociales determina que trabajadores (3%) y empleadores (5%) deben aportar en conjunto el 8 % de las remuneraciones brutas para el financiamiento de las prestaciones. Este aporte conjunto tiene como destino final: el 90% a la Obra Social que corresponde la laboral y el 10% a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). En el caso del Personal de Dirección, el aporte se distribuye 85% para la Obra Social y 15% para la ANSSAL. Por cada beneficiario adherente a cargo, el titular –en ambos esquemas- aportará el 1.5% de su remuneración (**Cuadro 3**).

- **2.- Para trabajadores autónomos o sin relación de dependencia.**

- Obras Sociales para Personal de Dirección
- Empresas de Medicina Prepaga
- Institutos provinciales

En estos casos el 100% de los aportes tienen destino a quienes son los financiadores del servicio, entidades que fijan también los valores del aporte.

- **3.- Para Jubilados y Pensionados Autónomos**

INSSJyP (PAMI)

Los trabajadores activos realizan aportes del 3% con destino a la Obra Social para Jubilados y Pensionados. Los autónomos el 5% y los jubilados el 3%. Los jubilados provinciales dependen de los Institutos correspondientes a cada provincia (**Cuadro 10**).

Para prestar los servicios, cada clínica o sanatorio privado interesado, debe suscribir con la Obra Social o INSSJP un contrato de atención de sus afiliados el que contemplará los respectivos valores de cobertura y otros aspectos que reglamentarán la relación contractual.

Debido a estos contratos, no resulta posible la modificación unilateral del valor de las prestaciones. En los casos de haber sufrido incremento de insumos o tenido que soportar mayores costos de estructura, la adaptación a los valores de mercado han resultado casi imposibles de efectuar en un tiempo prudente, situación que reiteradamente ha generado resultados económicos adversos para los prestadores, en comparación con los valores facturados ya convenidos.

También existe un reducido sistema, desarrollado por empresas de atención médica de manera prepaga. Son entidades privadas que cuentan con una cartera de afiliados, y mediante el cobro mensual de una cuota directa, basadas en la composición del grupo familiar (o plan asistencial contratado) permiten la asistencia médica en distintas instituciones con variados niveles de complejidad y cobertura.

Análisis de la oferta

Característica / Subsistema	Seguridad social	Sector público	Sector privado
Población elegible	Trabajadores en relación de dependencia Monotributistas PAMI	Toda la población sin restricciones	Afiliados a planes médicos de Administradoras de Prestaciones o Empresas de Medicina Prepagas (EMP)
Prestadores de servicios médicos	Contratan la prestación de servicios con Administradoras de Prestaciones - Profesionales Independientes o Integran sus propios Servicios verticalmente	Hospitales públicos con y sin internación. Otros establecimientos como dispensarios.	Profesionales independientes. Administradoras de Prestaciones que contratan con las Obras Sociales (OS). Las EMP utilizan sus propios servicios y prestadores.
Financiamiento a cargo de:	Aportes y contribuciones de asalariados activos y pasivos, aportes extraordinarios, coseguros y otros ingresos	Rentas generales.	Cuotas de afiliados a planes médicos y pagos directos de pacientes particulares
Administración y gerenciamiento a cargo de:	Obras sociales.	Autoridades de salud de los tres niveles de gobierno	Titulares de Administradoras de Prestaciones y EMP

Fuente: Fundación Mediterránea. 2001

Catorce millones de personas sin obra social ni prepaga

Hacia el primer semestre de 2003, se estimaba que unas catorce millones de personas, carecían en la República Argentina de alguna cobertura médica.

Luego de la crisis desatada al final de 2001, se verificaron condiciones tales como la disminución de la cantidad de aportantes a las Obras Sociales por el aumento de la desocupación; incrementos en las cuotas de las empresas de medicina prepaga y suba de precios en los medicamentos. Esta situación obligó a las personas a gastar unos 650 millones de pesos más de lo habitual para poder permanecer dentro del paraguas de la atención médica. A pesar de esta inversión, no obtuvieron servicios de mejor calidad, según lo expresado en el VI Congreso Argentino de Salud organizado por Asociación Civil de Actividades Médicas (ACAMI) y llevado a cabo en la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Agosto 2003

Durante 2002 los precios de los servicios de salud y de los medicamentos se incrementaron en un 28 por ciento. El gasto en salud en Argentina ha sido de los más altos ubicándose en el año 2000 en tercer lugar en toda América (solamente superado por Estados Unidos y Canadá) lo cual, no siempre ha asegurado que contara con la mejor asignación (**Cuadro 4**).

La crisis del país y, fundamentalmente la devaluación, afectó gravemente todos los componentes y de ser uno de los que tuvieron mayor gasto per cápita a ser uno de los últimos. Dice **Federico Tobar** (2002), que para el año 2000, previa la caída de la convertibilidad, el gasto en salud en Argentina representaba aproximadamente el 8.5% del PIB (**Cuadros 1 y 2**) y equivalía a U\$S 658 per cápita.

Datos oficiales han reconocido la existencia de un 35 por ciento de trabajadores en relación de dependencia contratados informalmente (en negro).

La población cubierta por obras sociales nacionales, provinciales y PAMI, se redujo del 50 al 46 por ciento **(Cuadro 15)**.

Los aumentos de las cuotas de las empresas de medicina prepaga **(Cuadro 12)** fueron acompañados por la reducción de los descuentos sobre los medicamentos, lo que incrementó notablemente el gasto de los asociados. Los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires atendieron 2.000 consultas diarias más que el año anterior, situación similar a la ocurrida en la mayoría de las provincias.

Con todos estos antecedentes se arribó a los comienzos de 2003 con una población de cerca de 14 millones de personas que no tenían cobertura médica ni de Obra Social ni empresa de medicina prepaga alguna, por lo que su asistencia era prestada por hospitales públicos, situación que los obligaba a pagar los medicamentos al precio completo, es decir sin descuento alguno **(Cuadro 8)**.

La falta de pago: una constante del sistema

La red de clínicas y sanatorios privados conjuntamente con otros establecimientos de servicios privados de salud, conforma la red de prestadores, es decir los encargados de atender a los pacientes que concurren a esos servicios en forma privada (pagan la prestación); por ser adherentes a una empresa de medicina prepaga (la entidad paga la prestación) o por ser afiliados a alguna obra social (ésta paga la prestación mediante alguno de los sistemas descriptos anteriormente)

La mora y en muchos casos la falta de pago de los servicios a los prestadores privados de salud por parte de las Obras Sociales (nacionales, provinciales, INSSJP) y eventualmente de alguna empresa de medicina prepaga, ha conseguido, de hecho, que se produjera una situación que solamente sería posible mediante una modificación a los estatutos sociales de los establecimientos: de prestadores de servicios del servicio público de salud, se han transformado en financiadores del sistema. **Carlos Mango** (2003).

Es decir que han tenido que continuar prestando los servicios de salud aunque las entidades obligadas a pagar dichos servicios, los pagan con mucho atrasos, o directamente no los pagan, o si lo hacen es con importantes descuentos (débitos) que no son reconocidos pese a los innumerables reclamos que reciben de los prestadores.

Por la vigencia de la ley de emergencia sanitaria, prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2005, las Obras Sociales que se encuentran concursadas, no pueden quebrar. En el **Cuadro 16** puede verse un detalle de algunas Obras Sociales concursadas o en proceso de quiebra con indicación del juzgado y secretaría que tramita el expediente.

Adicionalmente, dentro de los ámbitos cercanos o relacionados con el Sector Salud y la Seguridad Social, circulan informes extraoficiales que contienen algunas Obras Sociales y con el grado de endeudamiento total de cada una de ellas (**Cuadro 17**). En muchas de ellas el monto del endeudamiento supera con creces el monto de ingresos y su respectivo capital. Es por ello que, pese a que la recaudación ha mejorado últimamente, como afirma **Ruben Torres** (2005), el endeudamiento pone en duda que puedan brindar los servicios para los que fueron creadas.

Siguiendo a **Jean Paillusseau** (1984) la decisión de mantener en actividad a empresas no rentables, es muy peligroso si se prolonga en el tiempo. Solamente se puede lograr el equilibrio financiero en perjuicio de la comunidad, o sea, en perjuicio de los acreedores y los contribuyentes. Solamente puede justificar la continuación un interés general. Pero entonces hay que admitir que no es función de los acreedores financiar las actividades deficitarias. Por otro lado es lamentable liquidar empresas que todavía pueden ser recuperadas. Pero debe tratarse de empresas viables, pues es solamente bajo esta condición que se puede pagar el precio de su recuperación. Por eso es que sobre estas concepciones tiene que ser construido el nuevo derecho de las empresas en dificultades. El centro está ocupado por la empresa y el nuevo derecho se organiza en torno a dos funciones distintas: la prevención de las dificultades y el tratamiento de las empresas en dificultades.

Efectos producidos por la falta de pago del PAMI a un prestador

En el siguiente trabajo, **Silvia D'Agostino** (2003), trató de demostrar la incidencia que produce en una empresa de salud el atraso o falta de pago de algunos períodos por parte del INSSJyP-PAMI.

Los supuestos fueron determinados a valor único de \$100.-, para lograr una mejor comprensión.

1.- Primera hipótesis

Se basa en la situación que se genera en un prestador privado quien, por no poder cobrar oportunamente su acreencia con PAMI del Año 1996, deja de pagar a la AFIP. Si se observa el Estado de situación patrimonial del prestador al cierre del Año 1996, figuraba en su Activo una Cuenta a Cobrar al PAMI por \$ 100.- y en el Pasivo una Deuda por Impuestos por también \$ 100.-

Esta relación, balanceada en el Año 1996, se distorsiona con el paso del tiempo. Si se efectúa la comparación a Febrero del 2003, surge la siguiente posición:

En el Activo – Cuenta a Cobrar al PAMI por \$ 100.- . En el Pasivo - Deuda por Impuestos por \$ 324,69. Es decir, que el prestador privado tiene que absorber una pérdida de \$ 224,69 por los intereses resarcitorios y punitivos con que la AFIP castiga la mora.

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de lo enunciado anteriormente:

DEUDA DEL PAMI - Dto.925/96

ANEXO I - Deuda de PAMI se les aplica los intereses cobrados por la DGI

Desde el 01/12/91 y hasta el 30/11/96: 3%	0,001000
Desde el 01/12/96 y hasta el 30/09/98: 2%	0,000667
Desde el 01/10/98 y hasta el 30/06/02: 3%	0,001000
Desde el 01/07/02 y hasta el 31/01/03: 4%	0,001333
Desde el 01/02/03: 3%	0,001000

Calculo de los Intereses Resarcitorios:

Periodos (Consolidados S/Dto. 925/96)	Fecha de consolidación Deuda PAMI	Actualizados al	Crédito Total (Capital)	Cantidad de días	Coef. Interés Diario	Intereses Devengados	TOTAL (Cap. + Int.)
	01/08/1996	30/11/1996	\$ 100,00	121	0,001000	\$ 12,10	
	01/12/1996	30/09/1998	\$ 100,00	668	0,000667	\$ 44,56	
	01/10/1998	30/06/2002	\$ 100,00	1368	0,001000	\$ 136,80	
	01/07/2002	31/01/2003	\$ 100,00	214	0,001333	\$ 28,53	
	01/02/2003	28/02/2003	\$ 100,00	27	0,001000	\$ 2,70	
TOTALES			\$ 100,00	2398		\$ 224,69	\$ 324,69

Aproxim
80 meses
(6,7 años)

Tasa promedio mensual
aprox. 2,81%

2.- Segunda hipótesis

En este supuesto, el prestador, al no poder disponer de los fondos adeudados por el PAMI desde el Año 1996, recurre a un Banco Oficial (Nación) para cubrir el "bache financiero", con el propósito de continuar prestando servicios.

Como ya se aclaró al inicio, la base de los supuestos se fijó en \$ 100.-, y no se incluyeron los costos administrativos y fiscales que demandan la obtención de un crédito.

Continuando con el Estado de situación patrimonial del prestador, para el cierre de 1996, en su Activo figuraba la Cuenta a Cobrar PAMI por \$ 100.- y en el Pasivo la Deuda Bancaria (Banco Nación) también por \$ 100.- Se puede observar los distintos comportamientos (criterios) que aplica el Estado, de acuerdo a si su repartición o ente dependiente asume la postura de "acreedor" o asume la de "deudor". El equilibrio reflejado en el Año 1996, se distorsiona

debido a que una entidad –el PAMI- mantiene sus valores históricos y en cambio, la otra entidad –el Banco de la Nación Argentina- aplica intereses reales.

La situación del prestador privado, considerada a Febrero del 2003, mostraba la siguiente posición: En el Activo, Cuenta a Cobrar PAMI por \$ 100.- y en el Pasivo, Deuda Bancaria Banco Nación por \$ 416,70. En síntesis, el

ANEXO II - Deuda de PAMI se les aplica los intereses de Banco Nación (T.N.A. Vencida 30 días)							
Detalle de los intereses:		Desde el 10/05/96 y hasta el 31/10/96: 17,03%	0,000473				
		Desde el 01/11/96 y hasta el 17/09/98: 14,11%	0,000392				
		Desde el 18/09/98 y hasta el 21/01/99: 16,18%	0,000449				
		Desde el 22/01/99 y hasta el 15/02/01: 17,15%	0,000476				
		Desde el 18/02/01 y hasta el 29/07/01: 15,70%	0,000436				
		Desde el 30/07/01 y hasta el 28/02/02: 17,78%	0,000493				
		Desde el 01/03/02 y hasta el 26/03/02: 42,58%	0,001183				
		Desde el 27/03/02 y hasta el 18/07/02: 54,75%	0,001521				
		Desde el 19/07/02 y hasta el 31/10/02: 60,83%	0,001890				
		Desde el 01/11/02 y hasta el 10/11/02: 54,75%	0,001521				
		Desde el 11/11/02: 48,66%	0,001352				
Periodos (Consolidados S/Dto. 925/96)	Fecha de consolidación Deuda PAMI	Actualizados al	Crédito Total (Capital)	Cantidad de días	Coef. Interés Diarlo	Intereses Devengados	TOTAL (Capital + Int.)
	01/08/1996	31/10/1996	\$ 100,00	94	0,000473	\$ 4,30	
	01/11/1996	17/09/1998	\$ 100,00	685	0,000392	\$ 26,85	
	18/09/1998	21/01/1999	\$ 100,00	125	0,000449	\$ 5,62	
	22/01/1999	15/02/2001	\$ 100,00	755	0,000476	\$ 35,97	
	18/02/2001	29/07/2001	\$ 100,00	163	0,000436	\$ 7,11	
	30/07/2001	28/02/2002	\$ 100,00	213	0,000493	\$ 10,51	
	01/03/2002	26/03/2002	\$ 100,00	25	0,001183	\$ 2,96	
	27/03/2002	18/07/2002	\$ 100,00	113	0,001521	\$ 17,19	
	19/07/2002	31/10/2002	\$ 100,00	104	0,001890	\$ 17,57	
	01/11/2002	10/11/2002	\$ 100,00	9	0,001521	\$ 1,37	
	11/11/2002	28/02/2003	\$ 100,00	109	0,001352	\$ 14,73	
TOTALES			\$ 100,00	2392		\$ 144,17	\$ 244,17

prestador privado, sin haber efectuado una operación de riesgo ni haber suscripto contrato alguno para tomar a su cargo la financiación de sus servicios, tiene que absorber una pérdida de \$ 316,70 en concepto de intereses.

La antigüedad de la deuda proviene de cerca de 80 meses (6/7 años). Calculando una tasa promedio mensual de aproximadamente 1,80% y con el sistema de capitalización de intereses (método bancario), resultaría:

$$\$ 100.- \times (1 + 0,016)^{80} = \$ 416.70$$

3.- Tercera hipótesis

Esta tercera hipótesis, que no escapa a operatorias realmente efectuadas, está basada en el siguiente supuesto: el prestador privado brindó servicios a pacientes del PAMI, aplicando equipamientos ó insumos importados, por los cuales recurre a endeudamiento en el exterior, en dólares, a una tasa anual del 6 %. Hay que tener en cuenta que la paridad existente en la época de la prestación fue de U\$\$ 1 = \$ 1.- y la pretensión de poder hacer efectiva la prestación en un lapso normal.

En el Estado de situación patrimonial del prestador teníamos entonces que para 1996, en el Activo figuraba Cuenta a Cobrar PAMI por \$ 100.- y en el Pasivo, Proveedor del Exterior por \$ 100.- también. A febrero de 2003 la deuda asciende a U\$\$ 146,81 o su equivalente en pesos de \$469,79.

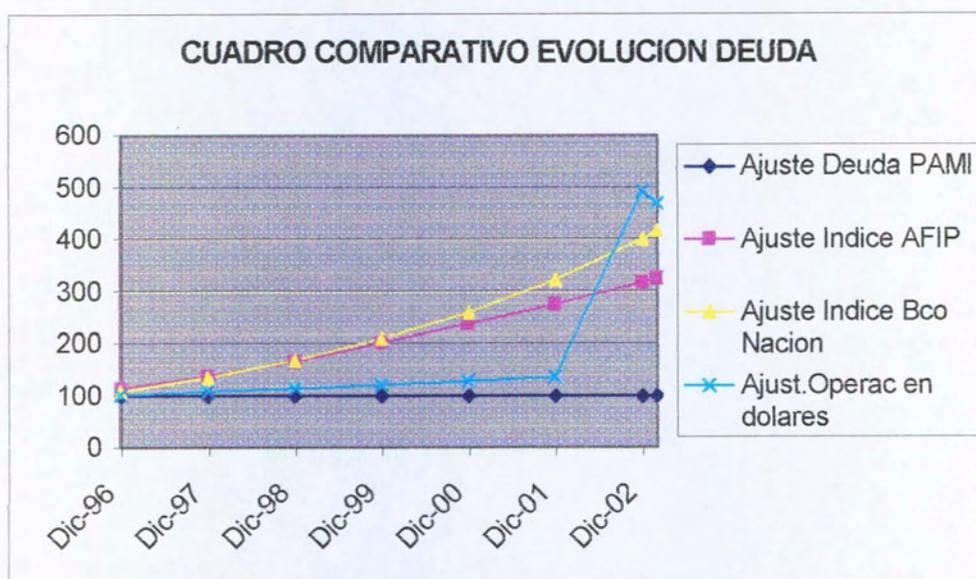
Con esta hipótesis la pérdida que tiene que soportar la Institución en concepto de actualización monetaria es de \$ 369,79. En el siguiente cuadro se muestra lo enunciado anteriormente.

ANEXO III - Deuda de PAMI por Insumos importados en dólares						Tasa Anual	6
Períodos (Consolidados S/Dto. 925/96)	Fecha de consolidación Deuda PAMI	Actualizados al	Crédito Total	Cantidad de días	Coef. Interés Diario	Intereses Devengados	TOTAL (Cap. + Int.)
	01/08/1996	31/12/1996	\$ 100,00	152	0,000164	\$ 2,50	\$ 102,50
	01/01/1997	31/12/1997	\$ 102,50	365	0,000164	\$ 6,15	\$ 108,65
	01/01/1998	31/12/1998	\$ 108,65	365	0,000164	\$ 6,52	\$ 115,17
	01/01/1999	31/12/1999	\$ 115,17	365	0,000164	\$ 6,91	\$ 122,08
	01/01/2000	31/12/2000	\$ 122,08	365	0,000164	\$ 7,32	\$ 129,40
	01/01/2001	31/12/2001	\$ 129,40	365	0,000164	\$ 7,76	\$ 137,17
	01/01/2002	31/12/2002	\$ 137,17	365	0,000164	\$ 8,23	\$ 145,40
	01/01/2003	28/02/2003	\$ 145,40	59	0,000164	\$ 1,41	\$ 146,81
TOTALES			\$ 100,00	2401		\$ 46,81	\$ 146,81

DEUDA BASE: **US\$ 100.-** AJUSTADA AL 28/02/2003 (Cap. + Int.) **US\$ 146,81** En pesos **US\$ 469,79**

4.- Cuadro comparativo

Para unificar lo expresado en las tres hipótesis, reflejando los variaciones de las deudas en el tiempo, se elaboró el siguiente gráfico:

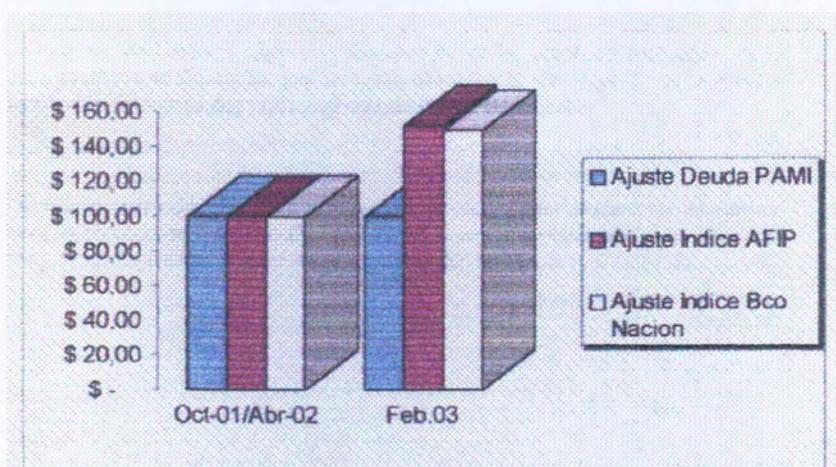


Se debe tener en cuenta que estas cuatro hipótesis tratadas en este trabajo en forma independiente, han ocurrido en la mayoría de las Clínicas y Sanatorios privados en forma conjunta, potenciando de esta forma el perjuicio económico de las Instituciones.

Además de la deuda del año 1996, consolidada mediante el Decreto 925/96 y por el cual se efectuó el presente análisis, el Sector de Prestadores Privados, privado sanatorial por el período Oct.01 - Abr.02 volvió a sufrir la falta de pago por parte del INSSJyP - PAMI.

En el Cuadro y Gráfico siguientes, se sintetiza el efecto que esta causando al 28.02.2003, la citada mora.

CUADRO COMPARATIVO DEUDA PAMI OCT-01 / ABR-02			
DEUDA al	Ajuste Deuda PAMI	Ajuste índice AFIP	Ajuste índice BANCO NACION
OCT-01 / ABR-02	\$ 100	\$ 100	\$ 100
FEB - 03	\$ 100	\$ 151.80	\$ 149.74



Además de los perjuicios económicos demostrados en las hipótesis desarrolladas precedentemente, en el cuadro siguiente se analizará el importe que tuvo que desembolsar una Clínica o Sanatorio Privado por una prestación que el INSSJyP PAMI no pagó.

Incidencia económica del costo impositivo por la deuda del PAMI por el año 1996

CALCULO DE LOS COSTOS QUE GENERO (POR CADA \$ 100,00) LA DEUDA PAMI - DTO. 925/96	
DEUDA DEL PAMI CON BASE 100	\$ 100,00
IMPUESTOS PAGADOS:	
a) Ingresos Brutos (sobre el devengamiento de la facturación)	\$ 2,50
b) Tasa Higiene Profilaxis y Seguridad - Municipalidad	\$ 1,44
c) Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta	\$ 6,00 (1% por ejerc. 1996 a 2001= 6)
d) Impuesto a los Bienes Personales (lo pagan los socios al computar las acciones, cuotas, etc. A partir del 2002, lo pagará la sociedad)	\$ 3,00 (0,50% por año)
Sub-total	\$ 12,94
e) En el año 1996 la situación de la salud era diferente a la actual. Es posible que en ese momento muchas empresas (al computar lo devengado, hayan tenido ganancias. En caso de ser así habría que contemplar cada caso en particular a fin de cuantificar que porcentaje de este importe formaría parte de esa ganancia. A esa fecha la tasa era del 33%. Estimando que un 50% del monto constituía ganancia =>	
Sub-total	\$ 16,50 (\$100/2x33%)
Sub-total	\$ 29,44
f) Si además a estos conceptos, que debieron ser pagados, no con dinero de la cobranzas de la deuda Pami, sino con fondos extras lo que generó un costo financiero adicional por endeudamiento	
\$ 20,44 por 2%, por 72 meses	64,48 (aplicando capitaliz. Mensual y un 2% de interés)
\$ 9,00 por 2%, por 36 meses (promedio)	9,40 (aplicando capitaliz. Mensual y un 2% de interés)
	73,88 \$ 73,88
TOTAL	\$ 103,32

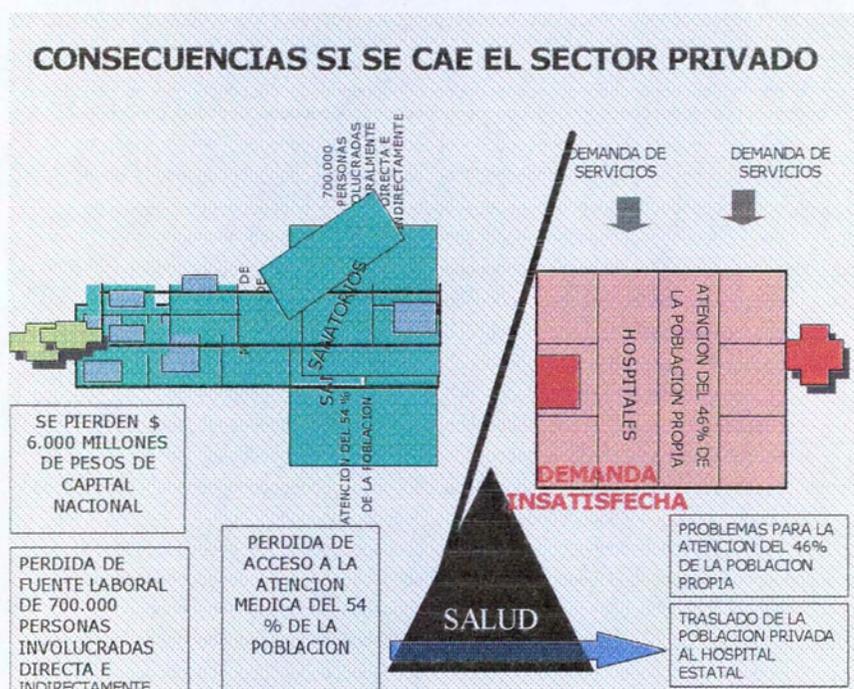
5.- Conclusión

Si la Institución tuvo que recurrir a la asistencia financiera para afrontar el pago de los impuestos, el capital se habrá perdido por completo (\$ 103,32). En el mejor de los casos, si no tuvo que acudir, habrá perdido un 30% del capital.

Claves de análisis de la situación del Sector Privado

1.- A mediados de 2002, los responsables de las Clínicas y Sanatorios Privados, afirmaban que la crisis del sector podría hacer eclosión en pocos meses más, con un cierre masivo de instituciones.

La caída del subsector privado no podría sino causar estruendo ya que según las estadísticas elaboradas por las asociaciones y confederaciones, las internaciones anuales en establecimientos privados del país está en el orden de los 2.592.018; las consultas son 71.400.000 y las prácticas anuales son 107.100.000.



2.- El agravamiento de la situación se fue manifestando por la falta de respuesta frente a la enorme deuda que con los prestadores privados

mantenían las Obras Sociales (nacionales y provinciales) y el INSSJyP-PAMI. Los continuos reclamos efectuados por los prestadores en forma individual y a través de sus cámaras, asociaciones y federaciones, han caído –en forma sistemática- en saco roto.

El problema está totalmente definido en cuanto se conoce cual es el origen y como afecta a los prestadores. Lo que no se aportan son acciones integrales que contribuyan gradualmente a encontrar un camino conducente a la superación definitiva del problema. Estos sucesivos fracasos en las gestiones, produjeron que los honorarios médicos, tradicional variable de ajuste para los desequilibrios económicos y financieros utilizada históricamente por los prestadores privados, haya sido dejado de utilizarse para comenzar a refugiarse dentro de la morosidad de las deudas de los impuestos y aportes administrados por la AFIP.

En múltiples oportunidades esa conducta de los prestadores privados ha sido calificada desde el mismo gobierno, como de evasora, ante lo cual ellos han rectificado el juicio afirmando que si llegaron a esos índices de morosidad, es por el empuje producido por la acción de las Obras Sociales, muchas de ellas a cargo del mismo gobierno nacional o provincial que no honraron sus pagos.

A pesar de que los decretos de emergencia sanitaria establecieron una adecuación de la política tributaria a fin de no obstruir el acceso de la población a los servicios de salud, las clínicas y sanatorios continúan pagando impuestos que, en algunos casos, resultan “distorsivos” y “confiscatorios”, a decir de los empresarios.

Además continúa sin certificarse una deuda importante que mantiene el PAMI y tampoco se constituyó todavía la Comisión Permanente de Concertación Arancelaria, por lo que no se fijaron los valores retributivos que prevén los artículos 34 y 35 de la vigente Ley 23.661 del Seguro Nacional de Salud, manteniéndose aranceles que no compensan ni siquiera los costos.

3.- En una actividad dependiente del dólar por las características de sus bienes de capital e insumos, la salida de la paridad disparó los costos un 64% , incluido el efecto de medidas como la suba salarial de \$ 224, importe que deberá quedar incorporada a los sueldos de convenio antes de Febrero de 2004.

A las causas de preocupación, el sector suma una nueva producida por el aumento generalizado de salarios para los trabajadores del sector privado decretado por el gobierno, al que los prestadores definen como sumamente justo pero imposible de afrontar y en el que hallan un potencial foco de conflicto con el personal que cumple funciones en los establecimientos.

Cabe mencionar que -según datos que revela un estudio de **Novick y Galin-OPS** (2001) la Población Económicamente Activa que ocupa el sector privado de la salud asciende a las 614,000 personas.

4.- Las acreencias de las Clínicas con las Obras Sociales nacionales suman \$1053 millones y el PAMI les debe \$972 millones. Si bien la intervención de la Obra Social de los Jubilados está pagando las actuales prestaciones , no hay respuesta sobre la falta total de pagos del período que va de octubre 2001 a abril 2002 , por casi \$500 millones. Las obras sociales provinciales y empresas de medicina prepaga deben unos \$360 millones en cada caso.

• **4.a Deuda Prestacional Total**

Al mes de abril de 2000, la deuda prestacional total de las obras sociales y prepagas con prestadores privados, ascendía a los 2.167,5 millones de pesos.

El INSSJP (PAMI), era la entidad con mayor participación en el total con el 23,85% de los pasivos mientras que las Obras Sociales Nacionales en su conjunto adeudaban el 39,65%. Como ambas entidades pertenecen al ámbito de regulación de la Superintendencia de Servicios

de Salud, se puede afirmar que las instituciones bajo su esfera, en conjunto, son responsables del 63,5% de la deuda prestacional sectorial.

Deudas de las Entidades Financiadoras con
los Prestadores Privados a Abril 2000

(millones de pesos)

Entidad Financiadora	Deuda con Prestadores Privados	%
Obras Sociales Nacionales	859,5	39,65
INSSJyP	517,0	23,85
Obras Sociales Provinciales	360,0	16,61
Medicina Prepaga	361,0	16,66
Obra Social Ciudad Bs.As.	70,0	3,23
Total por prestaciones médicas privadas	2.167,5	100,00

Le siguen en importancia las deudas contraídas por las Obras sociales provinciales y las Empresas de medicina prepaga. Cada uno de esos grupos participaba en cerca del 16% de la deuda prestacional total.

Las demás Obras sociales (no incluidas en la ley 23.660) no registraban deudas significativas, ya que su nivel de endeudamiento solo llegaba al 3% del total.

En un relevamiento primario de información se registró que las obras sociales universitarias no mantenían atrasos de más de noventa días en sus pagos y que sus reservas técnicas les permitirían dar cuenta de los mismos. Idéntica situación se registraba con las tres entidades asistenciales de las Fuerzas Armadas. Sin embargo, merece destacarse la situación que presentada el Instituto de Obra Social de la Municipalidad de Buenos Aires (IMOS), que tenía un pasivo corriente de

\$ 170 millones del cual, más del 40% había sido contraída con prestadores privados de servicios médicos. **Federico Tobar** (2001).

- **4.b Deudas de Las Obras Sociales Nacionales**

Un dato importante a considerar es que si se toman los pasivos prestacionales (860 millones) y se relacionan con los pasivos totales del sistema (1.870 millones), para el caso de las Obras Sociales Nacionales se puede comprobar que los compromisos de carácter prestacional ocupan solamente el 50% de estos últimos,

El sistema cuenta con 290 entidades, por lo tanto la deuda de cada Obra Social se ubica cerca de \$ 3 millones. Debe tenerse en cuenta que existe una gran diferencia en los tamaños de cada una de ellas pero una pauta de comparación más cierta se puede definir si se considera el endeudamiento por beneficiario, el cual, si consideramos que este sistema cubre a 11,6 millones de personas, se ubica en \$ 74 per cápita.

Las deudas están altamente concentradas en pocas obras sociales. De hecho las diez más endeudadas son responsables por el 54,3% de la deuda. La demora en los pagos es, a nivel general, de casi tres meses; aunque algunas entidades pagan prácticamente a treinta días mientras otras llevan varios meses de atraso en los pagos estando muchas, concursadas y algunas en proceso de quiebra.

Hay un grupo de Obras sociales que no cuentan ni siquiera con el patrimonio necesario para respaldar sus deudas, por lo que se ha estimado que al menos un 30% de lo adeudado por el sector, resultaría incobrable.

- **4.c Deudas del INSSJyP (PAMI)**

En Junio del 2000, el PAMI debía a sus prestadores \$517 millones lo que representaba el 43% de sus deudas totales. Es la entidad que

mantiene las mayores deudas con los prestadores, a pesar que han sido reducidas (en la contabilidad del PAMI), pues a través de los decretos 925/95 y 197/97 se dispuso el relevamiento de las deudas contraídas por la entidad y su transferencia a la Tesorería General de la Nación. En este proceso, la Sindicatura General de la Nación (SIGEN) actuó como auditor de dicha deuda y la misma, previamente fue reconocida por el PAMI. Estas deudas, sujetas a subrogación, están siendo aún verificadas y puede haber cambios recientes debido a que no toda la deuda será reconocida por la Entidad o bien, en última instancia, deberá superar el filtro de la SIGEN. La consolidación de deuda contempla la revisión de unos 5.200 expedientes de obligaciones del PAMI. Cabe aclarar, que si bien esta deuda fue generada por el INSSJP, con los decretos mencionados, la misma se traslada al Tesoro. Ha resultado como un Concurso Preventivo, sin declaración, ni homologación, ni propuesta de pago (**Cuadro 14**).

En la actualidad, el PAMI paga las prestaciones con un atraso de noventa días.

Es interés de la intervención ordenar el pago de las facturas dentro de los sesenta días de recibidas, lo que ocurre entre el día primero y quinto de cada mes posterior al mes de efectuada la prestación.

- **4.d Deudas de las Obras Sociales Provinciales**

Este tipo de endeudamiento está altamente concentrado. Para la fecha de este análisis, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires, registraba una deuda de \$98 millones con una antigüedad de tres meses, mientras que el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) de Córdoba, tenía una deuda de \$88,4 millones. Como puede observarse, estas dos Obras sociales juntas, reunían aproximadamente al 62% de la deuda total.

Todas las demás Obras sociales provinciales, de menor porte , involucran volúmenes menores de pasivos. El instituto de Misiones tenía una deuda de \$18 millones con una antigüedad de cuatro meses. En Mendoza el déficit de arrastre era de unos \$14 millones, más un desfinanciamiento mensual de alrededor de 800 mil pesos (con posibilidades de incrementarse). En el caso de la provincia de Tucumán, su obra social tenía una deuda de \$8 millones con una antigüedad de cuatro meses, mientras que Salta registraba deuda por un monto de unos \$13 millones con una antigüedad de tres meses. Las provincias de Jujuy, La Rioja, Catamarca y San Juan están casi en cesación de pagos, con una deuda conjunta de más o menos \$20 millones. Por su parte, Chaco adeudaba \$5,7 millones con una antigüedad de dos meses, mientras que Formosa y Corrientes tienen deudas similares a las del Chaco. Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego también registraban deudas muy importantes (el gobierno no hace los aportes) con un atraso de seis meses, debido a lo cual, estimativamente, las deudas prestacionales estaba rondando los 25 millones de pesos. El caso extremo es la provincia de La Pampa, que no registraba pasivo en mora alguno.

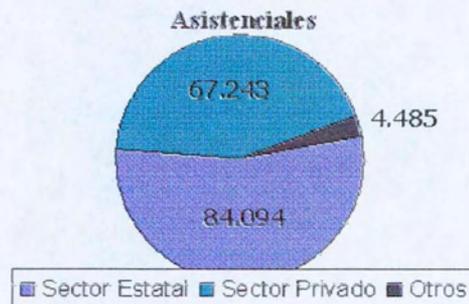
Si la dimensión óptima de cápitas se sitúa en torno a los 500.000 afiliados beneficiarios, no debería descartarse el colapso de muchas obras sociales provinciales, o por lo menos su integración en redes de alcance regional.

5.- El sector público no está en condiciones de reemplazar las 67.000 camas que tiene el sector privado, si este colapsa.

Los directivos de clínicas, sanatorios y hospitales privados, manifiestan que la crisis por la que atraviesan, puede compararse con una herida que tarda mucho en cicatrizar y, ahora, tiene señales de ser mortal.

Por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires, durante los últimos años, se ha registrado el cierre de 164 establecimientos, lo cual representa una pérdida de cerca de 4.500 camas, casi el 7% del total de camas con que, los prestadores privados aportan al sistema.

Cantidad de Camas en Establecimientos



Fuente: FECLIBA

Según manifestó el Presidente de la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), Dr. Héctor Vazzano, “tanto la provincia de Buenos Aires como el resto del país podrían quedar desvalidos sanitariamente, por un vacío asistencial que -tal como se manifestó en el Plan Federal de Salud- no podrían llenar los Hospitales y otros efectores de Estado”.

Tal como se refirió al inicio, la realidad a la que están expuestos los establecimientos privados de la Salud, ha sido reconocida por el gobierno a través de la emisión de varios documentos. Los considerandos de los decretos de Emergencia Sanitaria -el 486/02, el 2724/02, el 1210/03, el 756/04 y la reciente Ley 25.972- reconocen el cuadro de situación, aunque no contienen las medidas o acciones tendientes a la solución que necesita el sector prestador.

6.- La presión impositiva también influye negativamente sobre los resultados del sector de actividad. Si se suman las contribuciones patronales por los 500.000 trabajadores de sector, 23 de cada 100 pesos del costo total son impuestos.

6.a Impacto de la carga tributaria

La presión impositiva sobre el sector de prestadores privados, alcanza a cifras cercanas al 21% sobre la facturación. En algunos casos los impuestos son distorsivos como el IVA que genera créditos fiscales imposibles de deducir de los débitos fiscales que origina la actividad por lo que directamente se transforman en incremento del costo. O el impuesto a la ganancia mínima presunta que al calcularse sobre el activo de las instituciones, no permite la deducción de las importantes deudas que mantienen las Obras sociales y el PAMI, algunos de dudosa cobrabilidad. Al encontrarse el sector en serias dificultades y no generar utilidades, la utilización de este impuesto como pago a cuenta del impuesto a las ganancias, resulta imposible por lo que también contribuye al engrosamiento del costo.

A pesar del perjuicio que la carga impositiva genera a las entidades prestadoras de servicios salud, la incidencia que los tributos abonados por ellos al Fisco, representan solamente el 1,09 de la recaudación total

Año 2002	Recaudación Total	Pagos del Sector Salud	%
Gan.Mínima Presunta	534.620	30.666	5.74
Ganancia Sociedades	8.919.339	52.825	0.59
IVA	18.152.316	163.000	0.90

Año 2003

Jubilación, Asig. Fliares, Fondo Empleo y PAMI	12.325.921	445.036	3.61
Obra Social	3.129.450	143.868	4.60
ART	875.687	27.972	3.19
Total de la recaudación	79.319.000	864.167	1.09

Fuente: AFIP (Miles de \$)

6.b Tributos nacionales

6.b.1.- Impuesto al valor agregado (IVA)

Las prestaciones que se brindan a las Obras sociales nacionales o provinciales, las Cajas de previsión social para profesionales y los Consejos y colegios profesionales, están exentas del IVA, al igual que los pagos directos como coseguro o por falta de servicios que hacen los beneficiarios. Esta exención no corresponde si los beneficiarios no son matriculados o afiliados directos o integrantes de grupos familiares o que sean adherentes voluntarios de las Obras sociales o asociados a una empresa de medicina prepaga, en cuyo caso se aplica el sistema de alícuota reducida que se describirá más adelante.

Gozan de la misma exención las prestaciones que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando corresponda a servicios derivados por las Obras sociales, y los importes que abonan las aseguradoras de riesgos de trabajo en prestaciones derivadas de su marco contractual.

Los servicios que brindan o contratan las cooperativas, las mutuales y los sistemas de medicina prepaga, que no resulten exentos, están alcanzados por una alícuota reducida del 10,5%. Los servicios prestados a pacientes en forma particular, están alcanzados por la alícuota general del 21%.

El sector privado prestador del servicio público de salud, ha sido afectado notablemente por el IVA. De acuerdo a la ley (Arts. 12 y 13), corresponde efectuar un prorateo al realizar ventas a sujetos exentos. Esto lleva a la imposibilidad de cómputo de parte del Crédito Fiscal, así como la no traslación al Consumidor Final del Impuesto. Si bien en otras actividades, el porcentaje de ventas exentas es insignificante, en la actividad en cuestión alcanza un 75,46 %, totalizando el IVA Crédito Fiscal no computable un 2,61 % de lo facturado y

un 3,30 % sobre los costos devengados. La imposibilidad de apropiarse el total del crédito fiscal de las compras, lo convierte en una carga tributaria más.

Algunos análisis estadísticos realizados han dado de resultado que la posibilidad de tomar el crédito fiscal mensual, nunca supera al 25% del total, lo que automáticamente está produciendo un aumento de los costos de las Instituciones ya que no son factibles de traslado a los consumidores.

6.b.2.- Impuesto a las ganancias

Aunque la crisis que afecta a todos los sectores de la economía, ha dejado sus huellas sobre el subsector de los prestadores privados de salud y, en consecuencia produjo la inexistencia de utilidades, es necesaria la constante inversión en actualización de equipos de alta y media tecnología para prestar servicios útiles para la comunidad. La política tributaria puede estar orientada al incentivo de la inversión y, como tal, el impuesto a las ganancias debiera ser considerado con un mecanismo para esa finalidad.

El impuesto a las ganancias tiene una tasa de imposición del 35% sobre las utilidades netas. Puede afirmarse que trasladado a incidencia sobre ventas, está cerca del 1 % al 1,5% sobre dicho monto (como si fuera un Impuesto directo). Esto es así si la Institución llegara a tener resultados positivos, ya que de otra manera pasa considerarse la ganancia mínima presunta.

6.b.3.- Impuesto a la ganancia mínima presunta

Con una conexión muy grande con el Impuesto a las Ganancias, estudios realizados indican que éste tributo equivale entre el 1,% y el 1.50 % de las ventas. Este impuesto, constituye un flagelo para las entidades privadas prestadoras del servicio de salud, ya que grava los activos sin considerar la calidad y antigüedad de los mismos ni la deducción de los pasivos y provisiones destinadas a exponer el valor real de ciertos activos. Con sólo hacer referencia a la deuda que mantienen las Obras sociales y el Pami con los

prestadores desde el año 1996, como los créditos a cobrar de las Obras Sociales concursadas con posterioridad al pago del impuesto, que conforman la base imponible del tributo en cuestión, ya se puede advertir como se está gravando de distinta forma iguales capacidades contributivas. Este impuesto constituye un obstáculo en la subsistencia de los prestadores que ven diezmados sus recursos, y no lo pueden compensar contra el Impuesto a las Ganancias ya que, como se ha hecho referencia anteriormente las entidades no generan utilidades susceptibles de ser gravadas con este impuesto.

6.b.4.- Las contribuciones patronales

La actividad de los prestadores privados de salud está caracterizada por un alto nivel de ocupación de personal. El servicio es brindado en el momento en que es requerido y eso puede ocurrir durante las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año.

A pesar que las contribuciones patronales mediante reformas de incentivo al empleo han mejorado en parte la situación de la carga fiscal, igualmente mantienen un nivel que influye en forma importante en los costos (aproximadamente 10% de la facturación), por la alta incidencia del componente salarios según se ha señalado en el párrafo anterior.

6.b.5.- Impuesto sobre los créditos y débitos en cuentas bancarias

Creado para gravar las transacciones financieras a fin de lograr la transparencia y copiando legislación de Brasil, este impuesto al principio podía tomarse como pago a cuenta de las contribuciones sociales. Con posterioridad, dado la facilidad de recaudación a través del sistema bancario, se anuló aquella posibilidad a partir del 18/02/02 con lo que quedó íntegramente como componente del costo. Se trata de un impuesto absolutamente regresivo que llega a valores estimados en el 0,80% sobre el monto de ventas.

6.c Tributos provinciales y municipales

A nivel provincial existen tributos que gravan la actividad, más precisamente las ventas, como es el Impuesto sobre los Ingresos Brutos, que durante la vigencia de la emergencia sanitaria tiene una alícuota del 1,5%. Se tributa por lo percibido, pero condicionado a que el contribuyente se encuentre con los pagos y las obligaciones formales al día.

Otro tributo provincial que grava la actividad es el Impuesto a los sellos con una tasa del 10 por mil. Incide en los contratos que las Instituciones tienen con las Obras Sociales, o entidades que agrupan empresarios o demás (EJ. OSDE). A pesar de ser muy difícil cuantificar, algunos estudios realizados infieren un costo del 0.35% del monto de ventas.

El Impuesto Inmobiliario grava la posesión de inmuebles afectados a la explotación. Si bien varía de acuerdo a la envergadura y ubicación del edificio su incidencia en las ventas es de aproximadamente el 0.1%.

Los impuestos municipales, varían de acuerdo a cada jurisdicción. Por ejemplo la Tasa de Seguridad e Higiene que aplicada para velar por el control de las habilitaciones y la seguridad industrial, tiene una alícuota que estimada sobre la facturación, puede variar entre el 0.355 al 1.00% de las ventas. Las tasas territoriales municipales como ser Alumbrado, Barrido y Limpieza y Obras Sanitarias, tienen una incidencia sobre el total de ventas de de 0.20%

CAPITULO 4: Análisis de casos. La tarea profesional

A continuación se incluye el análisis de dos casos reales en los cuales ha actuado profesionalmente el autor de este trabajo. En ambos casos se han omitido los datos identificatorios de las entidades, por expresa decisión de los responsables de las entidades y en cumplimiento de normas de confidencialidad contratadas oportunamente.

Caso 1.- Determinación de la carga tributaria en un sanatorio

Se considera una empresa con una facturación promedio mensual de \$ 300.000.- La incidencia sobre Ventas, es un dato estimado propio del establecimiento analizado. La misma no tiene que ser necesariamente coincidente para todas las entidades ni todas las regiones del país.

Incidencia de Impuestos Provinciales sobre Monto de Ventas

Total de ingresos considerados	300.000	100,0%
RENTAS - Ingresos Brutos (*)	4.492	1,50%
RENTAS - Impuesto a los Sellos	1.050	0,35%
RENTAS - Inmobiliario	300	0,10%
TOTAL RENTAS	5.842	1,95%

Incidencia de Impuestos Nacionales sobre Monto de Ventas

Total de ingresos considerados	300.000	100,0%
AFIP Seguridad Social	21.530	7,18%
AFIP Obra Social	7.286	2,43%
AFIP ART	1.315	0,44%
AFIP IVA (No es costo)		
AFIP ITF	2.450	0,82%
AFIP Ganancia	4.500	1,50%
AFIP Ganancia Mínima Presunta	3.013	1,00%
AFIP IVA Crédito no Recuperado	7.834	2,61%
TOTAL AFIP	47.929	15,98%

Incidencia de Tasas Municipales sobre Ventas

Total de ingresos considerados	300.000	100,0%
MUNICIPALIDAD - Tasa Seguridad e Higiene	3.000	1,00%
MUNICIPALIDAD - Tasa Alumbrado, Barrido	590	0,20%
TOTAL MUNICIPALIDAD	3.590	1,20%

Incidencia de Impuestos Nacionales sobre Ventas	15,98%	83,53%
Incidencia de Impuestos Provinciales sobre Ventas	1,95%	10,19%
Incidencia de Tasas Municipales sobre Ventas	1,20%	6,27%

TOTAL INCIDENCIA CARGA IMPOSITIVA S/VENTAS	19,13%	100,0%
---	---------------	---------------

Caso 2.- Diagnóstico preliminar en una clínica del interior del país

El posicionamiento inicial de la labor profesional consistió en la realización de entrevistas a todo el nivel directivo (directores, director médico, administrador general, contador interno, contadores asesores externos, algunos jefes de sectores). La técnica consistió en reuniones individuales con una duración de treinta minutos cada una, reservando otros quince para tomar las notas y confeccionar el resumen de contenidos.

Las mismas fueron realizadas en los lugares de trabajo de cada uno de los actores y todas incluyeron una ligera descripción física del área en el cual se desempeñaban y la correspondiente visualización. Finalmente se realizó una recorrida integral al edificio en compañía del presidente del directorio quien, de esta manera, completó la agenda de entrevistas desarrollada durante el día.

Con posterioridad y luego del análisis de la información obtenida, se realizó una planificación de tareas cuyo comienzo consistía en el Diagnóstico Preliminar, de tipo rápido o "Express", cuyo contenido y desarrollo integral se incluye a continuación. Para tal fin se formalizó la relación mediante una propuesta de actuación profesional la que detallaba todas la etapas de la actividad profesional, estimando los tiempos probables, el valor de los honorarios, la

forma de pago y un compromiso de confidencialidad en el manejo de los datos. La propuesta fue aceptada por lo que se conformó los contenidos mediante firma de dos ejemplares por lo que se dio inicio a la tarea.

Desarrollo de la actividad profesional. Informe al establecimiento

1.- La Empresa

Clínica del interior

2.- Identificación de la situación

Una importante disminución de los importes de los ingresos producida por un continuo incremento de los débitos por desfase efectuados por la Asociación de Clínicas de la Provincia (ACLIPRO), administradora de los convenios con PAMI y el Instituto Provincial de Obra Social (IPOS); la inexistencia de resultados positivos; un alto endeudamiento (AFIP; RENTAS; Banco de la Provincia (BAPRO); proveedores; personal) debido fundamentalmente a la política de crecimiento diseñada algunos años atrás mediante financiamiento externo; la ausencia de liquidez; altos índices de incobrabilidad; un gran atraso en las cobranzas de los créditos; la devaluación del signo monetario con su consecuencia de incremento en los costos que no es posible trasladarlos a los precios de las prestaciones y algunas otras variables, han colocado a la Empresa en las puertas del año 2004 acompañando al proceso de crisis económica; política; social y cultural instalada en el país a partir de diciembre de 2001.

Dentro de ese esquema de entorno y considerando la restante documentación e información interna que ha sido puesta a disposición por el Directorio de la sociedad, los análisis posteriores que hemos realizado y las conclusiones del

relevamiento "express" de algunos circuitos y procesos que efectuamos, estamos en condiciones de determinar, por medio de este Diagnóstico Preliminar, la existencia de una crisis con las siguientes características:

2.1 Elementos constitutivos

- **Amenaza grave de daño**

Varios años continuados de pérdidas.

Imposibilidad de pagar las deudas.

Posibilidad de quiebra.

- **Ingobernabilidad**

Algunos síntomas.

Pérdida de liderazgo.

Parálisis en la toma de decisiones.

- **Inercia**

En algunos puestos claves.

Creencia que cuando mejore la situación nacional, volverán los beneficios.

Convicción que el prestigio de años anteriores se mantiene inalterable.

- **Falta de comunicación**

Incremento de rumor que invade el ámbito de la empresa.

El personal indica algunos signos de ingobernabilidad.

Insuficiente información a los recursos humanos.

- **Anomia**

Falta de pago de las Obras Sociales. Deudas atrasadas.

No se reconocen los mayores costos (oligopsonio).

Inexistencia de una política tributaria adecuada.

- **Visión limitada del entorno**

El “único problema” que reconoce, es la situación originada por los débitos de desfase y la falta de pago de los créditos.

Observación parcial de los problemas de la organización y conducción.

2.2 Causas

- **Inexistencia de un sistema de gestión e información adecuado.**

Se carece de la información necesaria para gestionar la empresa en tiempo y forma.

- **Ausencia de un Organigrama funcional**

Se obtuvo uno informal con una base plana o achatada.

- **Ausencia de mandos medios.**

Administración inadecuada

Personal sin capacitar.

- **Ausencia de normas y procedimientos**

Escasez de medios técnicos (PC; e-mail; acceso a Internet).

Espacios físicos insuficientes.

- **Ausencia de políticas de marketing y gestión de nuevos negocios**

Débil presencia exterior. No incursiona en algunos rubros (Plan de salud propio; consultorios externos)

- **Fuerte reducción de la relación ingresos/gastos**

El total de los ingresos iguala al total de los gastos (información sin auditar).

- **Dispersión de la función gerencial**

Los gerentes no toman decisiones.

Ausencia de delegación.

- **Insuficiente manejo de las relaciones externas**

Elección de posiciones de conflicto antes que negociadoras.

2.3 Efectos

- **Clima laboral enrarecido**

Protestas y descontento manifestadas y a nivel rumor.

- **Ausencia de financiamiento**

Compras a proveedores únicamente con entrega de cheques de pago diferido contra recepción de mercaderías.

No hay acceso al crédito bancario.

- **Parálisis**

Ausencia de decisiones.

Varias auditorías operativas sin cambios posteriores.

- **Falta de equilibrio presupuestario**

Altos costos fijos.

Incremento de los costos por devaluación.

Importantes deducciones por débitos.

- **Desmotivación y resistencia al cambio**

El personal –en general- está desmotivado. Afectado por la situación económica y la conducción.

La mayor parte con mucha antigüedad en el empleo. Consideran que todo lo hacen bien y solamente está mal lo que hacen los otros.

Oponen resistencia a cambiar las rutinas.

- **Rentabilidad negativa**

Valores de facturación que no otorgan márgenes adecuados.

Ausencia de servicios que generen una contribución marginal interesante.

3.- Variables Organizacionales

- **Poder**

Cinco grupos de accionistas. Uno de ellos suma el 49,93% de los votos. De los integrantes del grupo dominante, tres de ellos integran el Directorio.

Poder formal: cargos de Presidente; Secretario y Director Suplente.

El Presidente ejerce la Dirección Ejecutiva y el Director Suplente un cargo de Médico . El Secretario no cumple tareas ejecutivas. El Tesorero integra otro de los grupos de accionistas y ocupa la Dirección Médica.

La Presidencia mantiene la decisión en la sociedad desde hace varios años y ejerce el liderazgo ejecutivo.

- **Conflicto**

Del análisis de los conceptos vertidos por cada entrevistado, se deduce una situación de conflicto entre algunos accionistas, por distintas opiniones acerca del origen y causas de la crisis.

Se advierte además, una absolución de posiciones de los responsables de cada área en defensa de su propio sector, lo que determina un desinterés por adicionar valor a la cadena general.

- **Liderazgo**

El Presidente se manifiesta superado por la situación. Por momentos se hace cargo de la misma y visualiza un futuro con proyectos y desarrollo de nuevas instalaciones y servicios. En otros se muestra desbordado por la emergencia y transmite señales de alguna intención de bajar los brazos.

Ejerce un tipo de liderazgo no participativo, con un comportamiento que, en algunos casos, se torna invasivo y obsesivo. No ejerce delegación efectiva e incursiona en todas las áreas, haciéndose cargo de tareas para las cuales hay designado personal el que, por esa razón, queda desactivado.

Su accionar dota a la organización de un carácter netamente personalista y generalmente esa caracterización transfiere a la empresa una posición que, observando los resultados, no resulta beneficiosa.

- **Cultura**

Obsolescencia de conceptos (“los clientes –médicos- se equivocan”; “la culpa está en el exterior”; “el problema son los débitos”; “los competidores están mejor porque no tienen deudas”; “en este sector controlamos pero nadie lo hace”). Resistencia a reconocer los errores.

Todas las acciones tienen que pasar –antes de transformarse en decisión- por la Dirección.

Imposibilidad de penetrar el mercado con nuevos servicios. Las dificultades financieras perjudican el desarrollo de proyectos.

Actitud pasiva, producto de los años de bonanza. La Empresa tuvo prestigio; una gran clientela; muchas cuentas para cobrar; inversión en equipamiento. Hoy todas estas características atraviesan un proceso de adaptación hacia el mínimo.

- **Clima laboral**

Enrarecido. Protestas y desconcierto.

Desmotivación. Temores a la pérdida del trabajo y cierre.

Desaliento, desmoralización.

Ausencia de creatividad.

Despreocupación por hacer más de la cuenta.

- **Contexto**

Confusión. Inseguridad jurídica.

Inacción de las autoridades del gobierno para cancelar las deudas.

Acciones débiles de las Cámaras y Asociaciones Empresarias.

Aumento máximo de incertidumbre.

Presunción de inequidad de trato.

- **Comunicación**

Inexistencia de una política definida.

No hay unificación de criterios.

Cada Responsable permanece en su sector con discurso propio.

No se comunica el acontecer de la Empresa.

Se edita un Newsletter con información sólo para médicos.

4.- Identificación actual de la Empresa

4.1.- Análisis del Entorno

4.1.1 La Empresa

- **Obligaciones**

Asegurar calidad y seguridad de las prestaciones.

Disponer tecnología de punta.

Ofrecer categoría de alta complejidad.

Mantener el prestigio a través de los años.

Permanecer en el mercado.

- **Expectativas**

Lealtad de los clientes (médicos).
Calidad de atención a los pacientes.
Excelencia de servicio.
Contribuir a la formación (ateneos).

- **Restricciones**

Económicas.
Financieras.
Jurídicas.
Culturales.
Cambio de reglas de juego.

- **Grupo de Interés Externo**

BAPRO (deuda hipotecaria).
Clientes (se orientan hacia la competencia).
Proveedores (brindan algún apoyo)
AFIP y RENTAS (riesgos de ejecución fiscal)

4.1.2 La Competencia

- **Mercado**

Se achicó por incidencia del desempleo con la consiguiente disminución de aportes y la ausencia de generación de nuevos afiliados.

Derivación de los pacientes del Hospital Público a otra clínica competidora

- **Clientes (médicos)**

Eligen otro proveedor (competidor de la misma zona)

Triangulación con otros establecimientos.

Presunto aprovechamiento de debilidades de control interno.

- **Barreras de entrada**

No se avisan inminentes ingresos de nuevos competidores.

- **Competidores Locales**

Son tres y tienen algunas ventajas competitivas (ausencia de endeudamiento; concepción edilicia más moderna).

Mucha oferta de servicios de menor jerarquía que, de a poco, se van quedando con algunas prestaciones a las que la Empresa no otorga importancia o desprecia.

4.2.- Análisis interno

4.2.1 Los Medios

- **Marketing**

Inacción

Prestaciones

- **Altos costos.**

Valores impuestos por terceros en forma unilateral.

Insuficiente efecto de la auditoría médica.

No existe una planificación estratégica.

Ausencia de inversión.

Insuficiente administración.

Falta de información para gestionar.

Alto endeudamiento.

Capital de trabajo negativo.

Rentabilidad negativa.

- **Recursos Humanos**

Ausencia de responsable de gestión.

Incomunicación.

Deficiente administración del personal

Manifiesta falta de capacitación del responsable.

Inexistencia de control interno.

- **Investigación y Desarrollo**

Sin presencia visible de actividad.

4.2.2 Los grupos de interés clave

- **Propiedad**

Participación accionaria con un grupo que ejerce la mayoría (49.93%).

Grupos dispersos y con muchos integrantes (37.56%)

Dos familias de médicos tradicionales (6.89%)

Otros médicos de la Empresa (5.63%)

No se advierte ningún convenio de sindicación de acciones.

- **Coalición dominante**

El Presidente en soledad

- **Otros grupos de interés interno**

Directores Médicos.

Los Responsables de sector.

Profesionales Médicos y otros.

Personal en general.

4.3.- Análisis F.O.D.A.

4.3.1 Fortalezas

Alta complejidad.

Calidad de los servicios y prestaciones.

Tecnología.

Trayectoria.

Permanencia.

Personal médico capacitado.

4.3.2 Oportunidades

Incrementar la variedad de servicios.

Diseñar un Plan de salud propio.

Posibilidad de suscribir nuevos convenios.

Desarrollo de una estrategia de alianzas.

Ofrecer la venta del negocio.

4.3.3 Debilidades

Baja calidad de la atención al público.

Personal administrativo no capacitado.

Política de cobranzas y refacturaciones insuficiente.
Inadecuado o inexistente control interno.
Alto endeudamiento.
Capital de Trabajo negativo.
Desmotivación.
Ausencia de política de Recursos Humanos
Liderazgo no participativo.
Ausencia de delegación.
Dirección Médica sin perfil gerencial.
Inercia del Administrador General.
Ausencia de mandos medios decisorios.
Resistencia al cambio.
Conflictos internos.
Inexistencia de comunicación.
Hipótesis de conflicto entre accionistas.

4.3.4 Amenazas

Inseguridad política, jurídica y económica.
Ejecuciones AFIP; RENTAS; BAPRO
Embargos de las cuentas y fondos.
Robos o sabotajes por remuneraciones insatisfechas.
Incremento de juicios de mala praxis.
Juicios laborales de beneficiarios de honorarios.
Los residuos patológicos, salen por la misma puerta y recorrido
que ingresan los alimentos.
Infidelidad profesional.
Posibilidad de pedidos de quiebra.

5.- Relevamiento de procesos administrativos.

5.1 Sistema de Facturación y Cobranzas

La Empresa cuenta con 5 departamentos de facturación y cobranzas como unidades independientes según la actividad para realizar.

- Internación
- Ambulatorio
- Art
- Tomografía
- Admisión

5.1.1 Internación

Encargada de Administración: Sra. G.A.

5.1.1.a Admisión: Le otorga el ingreso al paciente, solicitándole Orden de Internación y toda su documentación personal. Da de alta tanto en el Libro de internación como así también en el sistema interno. Emite ficha del paciente (Impresión) y la envía a Facturación.

5.1.1.b Facturación: Agrega a la ficha del paciente los distintos comprobantes de estudios (Documento). Carga los mismos al Sistema Interno. Esta carga es efectuada algunas veces por las secretarias de los distintos sectores de Estudios y en otros se entrega directamente un disquete para la carga a Facturación.

Debe evaluar la modalidad de facturación por Módulo o Prestación, junto con los auditores interno y/o externo. En algunos casos la Encargada de Facturación efectúa esa asignación sin consultar con los profesionales.

Genera una pre facturación por paciente y envía la documentación al Departamento de Cobranzas junto con la pre-factura con los distintos comprobantes de los estudios a los que fue sometido el paciente. En caso de alta de un paciente, se debe proceder a comunicar esa situación a los distintos sectores con fines de revisión ya que cabe la posibilidad de que queden estudios sin facturar.

Se emiten informes estadísticos mensuales. Los principales Institutos a los cuales se factura son:

- ACLIPRO (PAMI – IPOS)
- Obras Sociales con convenios directos.

Debilidades

- Los legajos de los pacientes no son revisados en su totalidad por un Medico Auditor.
- Posibilidad de que existan estudios sin facturar.
- Ausencia de análisis de información.
- Personal sin capacitación en el uso de los sistemas.
- Falta de comunicación.
- Falta de independencia en la carga de los maestros de convenios

5.1.1.c Cobranzas

Responsables: Sr. E. M. y Sra. S. V.

Recibe la documentación de Facturación. Emite una factura mensual en caso de que los clientes sean las Obras Sociales con convenio directo o la ACLIPRO., las que son enviadas por medio de correo o entregadas por cadetes.

Gestiona el cobro vía telefónica después de los 60 días de facturación. En casos de débitos realizados por las Obras Sociales, emite una Nota de Crédito y deriva la responsabilidad de dictaminar acerca de la correspondencia o no de lo facturado adicionalmente a los Auditores Internos.

Ingresa los cheques recibidos al sistema de cobranzas, los cuales al final del día son entregados a Caja.

Liquidan los Honorarios de los médicos, que ya están establecidos por el Modulo o la Prestación.

En el caso de clientes particulares emite la factura en el momento del alta del mismo.

Genera una planilla de cálculo adicionalmente para el seguimiento de las cobranzas.

Debilidades

- Desorden, por falta de espacio.
- Demora en la facturación.
- Sistema de cobranzas inapropiado.
- Falta de comunicación .
- Ausencia en la emisión de informes gerenciales.
- Demora en la carga de los cheques al sistema de cobranzas.

5.1.1.d Estudios

Ingresan al Sistema interno los distintos estudios realizados a los pacientes. Envían al Departamento de Facturación los comprobantes de para adjuntar a la ficha del paciente.

5.1.2 Ambulatorio

Responsable: Sra. M. C.

Las actividades son:

- Consulta Externa práctica.
- Exámenes preocupacionales.
- Post ocupacional.
- Exámenes periódicos.

- Convenio directo ambulatorio.

Da ingreso a cada paciente en forma individual al sistema interno con la emisión de una "ficha de paciente". Deriva a los sectores intervinientes de estudio. Adjunta a cada ficha los comprobantes de los distintos estudios realizados.

Mensualmente emite las facturas a las Obras Sociales y a las empresas que hayan contratado los servicios. Las envía a los destinatarios por correo o por cadete.

La gestión de las cobranzas es realizada a partir de los 45 días de la fecha de cada y es llevada a cabo por la misma persona que interviene desde el ingreso del paciente hasta la facturación final.

Los cheques son cargados al sistema interno y se entregan diariamente en Tesorería.

Liquidan los honorarios médicos de acuerdo a lo establecido en el Módulo.

En caso de débitos el procedimiento consiste en revisar si corresponde o no y emitir la nota de crédito y/o la nueva factura.

El seguimiento de las cobranzas se efectúa mediante una planilla confeccionada en Excel que se carga al final de cada día.

Debilidades

- Manejo de documentación desordenado.
- Los cheques (todos los recibidos por correo en la Empresa) son agrupados en esta área y luego los distribuye a cada uno de los demás sectores de cobranzas. Se advirtieron valores encima del escritorio a la vista y alcance de los pacientes.
- Demoras en la carga de los cheques al sistema de cobranzas
- Duplicación de información con la emisión de un informe en planilla de Excel para el seguimiento de cobranzas.
- Posibilidad de que existan estudios sin facturar.

- Ausencia de control de los honorarios.
- Manejo y disposición de fondos.
- Reproceso de débitos sin intervención de la Auditoría Médica.

5.1.3 ART – Medicina Laboral

Responsable: Sr. E.G.

5.1.3.1 Medicina Laboral

Le da ingreso al paciente, al que se le solicita la documentación correspondiente para comprobar que la patología corresponda tratarse bajo esta modalidad.

Emite una ficha de paciente que se ingresa en un sistema, con la finalidad de informar a la ART en forma inmediata y lograr la autorización para la atención del paciente. Diariamente se informa a las ART sobre la evolución de los pacientes.

Envía al sector Ambulatorio cada legajo en forma mensual, previo a la facturación.

Emite una factura mensual para cada ART con autorización previa de un médico especialista, el que verifica el correcto tratamiento al paciente, en cuanto se deba facturar como módulo o prestación.

Es el único sector de la Empresa que emite e imprime la factura en forma automática, y posee la única terminal que emite las facturas de tal forma.

Envía la factura por correo o por cadetes a sus destinatarios.

Los cobros son gestionados por vía telefónica una vez transcurridos 45 días desde la fecha de la factura.

Ingresa los cheques al sistema de cobranzas, y al final del día son entregados en la Tesorería.

Efectúa la liquidación de honorarios médicos en el momento de la cobranza y posterior rendición.