

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN
GESTIÓN PÚBLICA**

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN

***“Obras Sociales Nacionales -
Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis”***

AUTOR: GRACIELA M. TEJEDOR

DOCENTE DEL TALLER: RICARDO SCHMUKLER

JULIO 2017

RESUMEN

Las Obras Sociales Nacionales fueron creadas para brindar prestaciones médico asistenciales a aquellas personas que se encuentran en relación de dependencia, descontándose de sus recibos de sueldos, entre otros conceptos, los aportes y contribuciones patronales para financiar dichas prestaciones.

La crisis social y económica emergente a fines del siglo XX, que afectó, entre otros al sistema de salud y en este caso en particular a las Obras Sociales Nacionales.

Por ello, las autoridades de esta época decidieron establecer por decreto de necesidad y urgencia, pautas y procedimientos que permitieran, entre otros temas, determinar el nivel de criticidad de los Agentes del Seguro de Salud; con el objetivo de proteger los derechos de su población beneficiaria.

El Decreto 1400/01 PEN, por medio de una matriz de cuatro indicadores principales y la estandarización de un valor denominado “*Factor de Criticidad*”, establecieron la metodología a aplicar para establecer si una Obra Social Nacional se encontraba en **situación de crisis** o no. Dicha normativa se encuentra vigente, por lo cual se siguen aplicando los mismos procedimientos.

Por otra parte cabe destacar que, cuando una entidad presenta un **Patrimonio Neto Negativo**, su situación económico financiera muestra un desequilibrio perjudicial para la continuidad operativa.

Asimismo, el Patrimonio Neto de los Agentes del Seguro de Salud (Obras Sociales Nacionales) se encuentra reflejado en el indicador denominado “*Criterio 2*” sub-indicador “*Requisito 4*”. El cual conjuntamente con 11 sub-indicadores más (de igual valor intrínseco), conforman el mencionado “*Criterio 2*”.

Cabe acotar que la obra social que se encuentre en *situación de crisis*, y así lo establece el decreto, deberá revertir dicha situación. Si así no lo hiciera o no cumpliera las pautas establecidas, solicitará la baja del Registro Nacional de Obras Sociales.

Es por ello, que el objetivo de la presente exposición es mostrar que la significatividad del Patrimonio Neto de una entidad es de una relevancia tal que su valor agregado es altamente significativo. Tanto así, que debería ser calificado como un indicador principal y no secundario.

Palabras clave: obras sociales, factor de criticidad, situación de crisis, indicadores, matriz, patrimonio neto negativo, gestión, beneficiarios.

INDICE

Capítulo 1 - Introducción	5
1.1-Fundamentación y planteamiento del problema	5
1.2-Objetivos	6
1.3-Aspectos Metodológicos	7
Capítulo 2 - Marco Teórico	8
2.1-Conceptos de las teorías vinculantes	8
2.2-Contextualización	11
2.3-Emergencia Pública y Sanitaria	14
2.4-Patrimonio Neto	16
2.5-La Seguridad Social	18
2.6-Las Obras Sociales Nacionales	18
2.7-El Organismo de regulación y control	19
Capítulo 3 - Diagnóstico	21
3.1-Introducción	21
3.2-Metodología aplicada	22
a. Estudio Comparativo	22
b. Unidad de análisis	23
c. Indicadores principales y secundarios	23
d. Recolección de datos	23
3.3-Situación de Crisis	23
3.4-El Factor de Criticidad	24
a) Definición	24
b) Valoración	24
c) Indicadores o Criterios	25
c).1-Criterio 1 Cumplimientos Formales Normados	26
c).2-Criterio 2 Indicadores Económico Financieros	30
c).3-Criterio 3 Capacidad de Repago	34
c).4-Criterio 4 Dependencia de subsidios financieros	35
3.5-Procedimientos de Crisis	35
3.6-Obras Sociales Calificables y No Calificables	36
3.7-Normativa vinculada a los Criterios y Requisitos	36
3.8-Síntesis del análisis	38
Capítulo 4 - Propuesta de Intervención	40
Capítulo 5 - Conclusiones	43
Anexos	45
• Anexo I - Criterio 2 y sus Requisitos	45
• Anexo II - Matriz de relación “Factor de Criticidad y Patrimonio Neto negativo”	46
Referencias Bibliográficas	47

Capítulo 1 - Introducción

1.1 - Fundamentación y planteamiento del problema

En el año 2001, el Poder Ejecutivo emite el Decreto N° 1400/01 PEN por el cual, entre otros temas, se estipulan las pautas y procedimientos que permiten determinar si un Agente del Seguro de Salud se encuentra en **Situación de Crisis**, fijando la metodología de determinación y los parámetros de medición.

Sin embargo, la normativa mencionada no se puso en aplicación hasta el año 2010, ya que faltaba definir los componentes del “*Criterio 1*”. Es por ello, que a través de la Resolución N° 501/10 SSSalud, se establecen los parámetros que conformarían el criterio aludido.

Si se observan los sub-indicadores que componen el Criterio 2, de un total de 12 Requisitos, figura el Patrimonio Neto.

En el caso de que el *Patrimonio Neto* fuese *negativo*, se deberá tener en cuenta ya que la organización se encontraría en estado de cesación de pagos. Es decir que con lo que posee no podría cancelar lo que debe.

Sin embargo, en la metodología que surge del Decreto 1400/01, siempre hablando del Criterio 2, con Seis (6) sub-indicadores fuera de rango no se considera con “*Incumplimiento*”, aunque dentro de esos 6 se encuentre el Patrimonio Neto Negativo.

Por ello, el interrogante que surge, como tema o problema, es si la metodología aplicada, la normativa relacionada y/o los criterios considerados son suficientes para establecer si un Agente del Seguro de Salud se encuentra en Situación de Crisis

Establecer un diagnóstico de *Situación de Crisis* apropiado por el Organismo de Control implicaría aplicar procedimientos de verificación y seguimiento que permitan cumplir con su misión y función, tal como lo especifica la ley.

Los principios fundantes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, según su ley de creación son “ *la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna clase y, ...la provisión de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al*

mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones”.

Para alcanzar este objetivo del derecho a la salud, es imprescindible garantizar la continuidad de la cobertura para todos los beneficiarios de aquellos Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en situación de crisis (Decreto 1400/01 PEN).

El *Programa Médico Obligatorio* es la mínima de las prestaciones previstas en condiciones de igualdad efectiva, desde una perspectiva institucional, prestacional y económico financiera.

Estos objetivos estatutarios de los Agentes del Seguro de Salud radican en prestaciones medico asistenciales para la población beneficiaria alcanzada, tal como se especifica en la Ley 23.660 art. 3°.

El “*Capítulo IV*” (del Decreto 1400/01 PEN) “*Obras Sociales en Crisis: garantía de continuidad de la cobertura*”, establece los derechos inalienables de los beneficiarios. Se entiende que una vez que una obra social se encuentra en **situación de crisis** se “...*considerarán siempre como prioridad la tutela de los derechos de los beneficiarios, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud y a recibir la provisión de prestaciones de salud de manera igualitaria e integral...*”

La norma entiende como *Situación de Crisis* a aquellas obras sociales que superen el valor del *Factor de Criticidad* establecido en la misma normativa.

1.2 - Objetivos

Por lo expuesto en el apartado precedente y atento al tiempo transcurrido desde la creación del mencionado decreto, se hace menester su revisión. Por un lado, determinando si los parámetros que determinan la situación de crisis son suficientes y, por otro, establecer si es necesario rever el Decreto N° 1400/01 PEN y las normativas vinculadas para la determinación de la Situación de Crisis

En el caso específico del presente trabajo y según lo mencionado precedentemente cabría definir los siguientes objetivos:

- a. **Objetivo General:** Determinar el *Factor de Criticidad* para que sirva como herramienta de gestión para el Organismo de Control y Regulación así como

también para los Agentes del Seguro de Salud, a fin de evitar que las Obras Sociales Nacionales se encuentren en “*Situación de Crisis*”.

b. Objetivos específicos

1º) Admitir que los parámetros que surgen del Decreto 1400/01 respecto del “*Criterio 2*” y el “*Patrimonio Neto*”, a través del “*Requisito 4*”, no son suficientes para la determinación de la *Situación de Crisis*.

2º) Analizar cómo impacta el *Patrimonio Neto Negativo*, en la determinación del *Factor de Criticidad* y la *Situación de Crisis*.

1.3 - Aspectos Metodológicos

A fin de alcanzar los objetivos planteados, se procedió a realizar un análisis comparativo en la determinación del *Factor de Criticidad* y *Situación de Crisis* en los Agentes del Seguro de Salud calificables de un periodo. Se observaron y analizaron como unidad de análisis cada una de las obras sociales; de ese cien por ciento, se tuvieron en cuenta veintitrés instituciones que en el período comprendido entre el 31 de octubre de 2016 y 31 de marzo de 2017 se encontraban con “*Patrimonio Neto Negativo*”, teniendo en cuenta los casos 10 y 14 del Anexo 2 que dan Patrimonio Neto Negativo aunque al 31 de octubre de 2016 no se percibía situación de riesgo alguna, según el decreto

El estudio se realizó teniendo en cuenta los resultados de indicadores de matrices elaboradas para tal fin.

Capítulo 2- Marco Teórico

Aportar, en un espacio de reflexión, el pensar y la experiencia ejecutiva; a la construcción de un Estado saludable, es un deseo y una responsabilidad para con las generaciones futuras.

Ya lo expreso Humberto Maturana en “La Democracia es una Obra de Arte”: *“El vivir democrático es una obra de arte, no tiene que ver con eficiencia, tiene que ver con el deseo de una convivencia en la fraternidad. La democracia es un proyecto común, por eso es una obra de arte, porque tiene que configurarse momento a momento en la convivencia”*. (1996)

2.1 - Conceptos de las teorías vinculantes

La Emergencia Pública Nacional se estableció el 30/11/2000 a través de la Ley 25.344 y la Emergencia Sanitaria por el Decreto 486/2002 PEN el 12/03/2002, plasmadas en un contexto económico – social específico. Estas relaciones contextuales se vieron reflejadas en el nacimiento del Decreto 1400/01 PEN para el sector de la Seguridad Social, Obras Sociales Nacionales.

Paul Ricoeur (Sobre la Traducción, El Paradigma de la traducción, 2008) lo ha expresado claramente, *“...Siempre es el contexto el que, como suele decirse, decide el sentido que ha tomado la palabra en determinada circunstancia del discurso...”*

También dentro del marco referencial, habría que observar a la organización encargada del control y la regulación, sus circunstancias actuales; las normativas emanadas y los impactos económicos y financieros resultantes, hoy respecto de ayer.

Así también lo enuncian Michel Harmon y Richard Mayer (Teoría de la Organización para la Administración Pública, 2000), cuando dicen que una decisión organizacional es *“...una conclusión sacada de una serie de premisas valorativas y factuales”*. Se entiende en este caso que la autoridad de aplicación como organización, a través de sus funcionarios y administradores, deberá tomar decisiones que impliquen establecer la situación de crisis de un Agente del Seguro de Salud y la probabilidad de su baja del Registro Nacional de Obras Sociales. Se hace necesaria, entonces, la consideración de su viabilidad actual.

El equilibrio de la organización es una prioridad en tanto y en cuanto sus propósitos y metas organizacionales prevalezcan como guías de su acción.

Ahora bien, a fin de establecer el método a aplicar en el asunto de análisis, surge el interrogante de cuál será la metodología más adecuada para ello. ¿Es el método comparatista el apropiado respecto del ideográfico o empírico?

Por un lado la metodología que se aplica en el “experimental” establece una actividad descriptiva – interpretativa de fenómenos delimitados en el espacio y en el tiempo. Una de las limitaciones que se presenta al respecto, es que la aplicación de la Matriz de determinación del “Factor de Criticidad” recién se empezó a aplicar a las casi 300 obras sociales que conforman el universo total, a partir del 2010, habiendo variado el contexto.

El punto tal como lo expresa Sartori, es comprender los cambios y transformaciones. En este caso en particular los datos y series estadísticas de los resultados de las matrices de los años 2011 a 2016 no se pueden comparar con datos del 2001, ya que no existieron a esa fecha.

El interés, además, es construir un cuerpo teórico y que no solo sea un desarrollo descriptivo – interpretativo. Este modelo, tal como lo formula Marradi (Marradi, Archenti y Piovani - Metodología de las Ciencias Sociales, 2007), es más procedente para investigar relaciones monocausales, típicamente diacrónicas.

Por ello, en este caso, en que existe un sistema complejo con relaciones causales, fijar la influencia de la función matemática, no reflejando las variaciones de las otras, daría resultados artificiales.

Tal como lo expresara Bailyn (1977) la investigación debe ser “...*un proceso cognitivo más que un simple proceso de validación de ideas formuladas*”.

Escribe Ragin (La construcción de la investigación social, 2007) que el saber comparado nos da la clave para comprender, explicar e interpretar la realidad. Entender los contextos es la base para establecer similitudes y contrastes; para así asimilar y diferenciar los límites.

Por otra parte, la aplicación de “El Estudio de Caso” manifiesta la disyuntiva de si es un método o una estrategia de investigación.

La complejidad de los componentes a ser investigados, en una primera fase, abriría la posibilidad de que la unidad de análisis seleccionada pueda convertirse

posteriormente en el caso, ya que permitiría la posibilidad de analizar varios casos en forma comparada.

Los factores que predominan para su aplicación dependen de si se trata de una o pocas unidades, el enfoque predominante es el análisis en profundidad: la búsqueda no se orienta hacia el establecimiento de regularidades empíricas sino hacia la comprensión del caso en su unicidad.

Resulta difícil realizar inferencias generalizadas a partir de una sola (o de muy pocas) unidades.

Los estudios se llevan a cabo, en la mayoría de los casos, en el escenario natural donde los actores se relacionan dando lugar a los fenómenos que se intenta estudiar.

Tampoco implica que exista alguna forma específica de recolección de datos. Los Estudios de Casos, general y metodológicamente, son multimétodo permitiendo la aproximación al caso desde distintos métodos de investigación.

La Escuela de Chicago, en autores de algunos trabajos, presenta antecedentes de Estudios de Casos más sistemáticos. La Inducción Analítica (Propuesta Metodológica de Znaniecki - 1934), podría influir en aspectos de la teoría general, en oposición a la inducción enumerativa.

Según las características descritas por Marradi (Metodología de las Ciencias Sociales, (2007 - capítulo 14) para establecer cuándo hacer un estudio de caso se deberán considerar algunas de las situaciones en su diseño, que se enumeran:

- La aparición de un fenómeno nuevo que excede a la teoría existente.
- La percepción de un caso, tradicionalmente enmarcado en alguna teoría existente, que presenta especificidades que ésta no alcanza a explicar.

A partir del interés por estudiar un fenómeno general, se selecciona un caso de observación por sus características paradigmáticas o ejemplificadoras, es por ello que se enfoca a desarrollar un estudio crítico tendiente a su reformulación.

Las dificultades (económicas o de accesibilidad) para llevar a cabo un estudio amplio algunas veces desembocan en la elección de uno o algunos casos como una etapa previa a futuras investigaciones más abarcativas.

Es por ello que se aplicó una metodología comparativa desde los resultados obtenidos en un periodo establecido, las normativas vinculadas con el Patrimonio Neto (estén o no vigentes) y la situación crítica en una obra social.

Teniendo en cuenta lo expresado por Galileo y el método experimental (Marradi – Metodología de las Ciencias Sociales, 2007) y la matriz de datos y el supuesto atomista y el método de la asociación, al cuantificar la potencia de las relaciones y la observación de las derivaciones de las matrices se alcanzaron corolarios significativos.

2.2 - Contextualización

La crisis económica y financiera afectó severamente a la Argentina durante fines de los años noventa y principios de los 2000. Macroeconómicamente hablando, el período crítico se inició con la disminución del PBI (producto bruto interno) real en 1999 y terminó en 2002 con el final de la convertibilidad y el regreso al crecimiento del PBI.

Desde el ámbito de la salud y en particular para las Obras Sociales Nacionales se consideró la necesidad establecer medios que permitan, tal como se expresa en los vistos y considerandos del Decreto N° 1400/01 PEN: “...*hacer efectivo el derecho a la procuración de la salud y a su provisión igualitaria de prestaciones, es menester garantizar la continuidad de la cobertura para todos los beneficiarios de aquellos Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en situación de crisis.*

Que a los fines de determinar de manera objetiva qué se entenderá por situación de crisis, deben establecerse pautas técnicas imparciales, vinculadas a la capacidad del Agente de brindar, como mínimo, el normal suministro de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio, en condiciones de igualdad efectiva.

Que estas pautas deben estar referidas a los aspectos centrales que razonablemente posibiliten, desde el punto de vista institucional prestacional y económico financiero, la continuidad referida en los considerandos precedentes”.

El diario La Nación, en un artículo del 05 de agosto del 2000, manifiesta que las obras sociales deben más de \$2.600 millones. El sistema de salud de la Argentina pasaba por una de las peores crisis de su historia. Algunos números expresaban que de un total de 292 obras sociales nacionales activas, el 51% tenía problemas económicos y

el 14% se encontraba en situación crítica. El consumo de medicamentos había disminuido un 20% respecto del año 1995.

El Sistema de la Seguridad Social, según datos de esa época, atendía a casi el 50% de los argentinos; entre el 8 al 10% de la población tenía algún tipo de prepaga. Alrededor de once millones se atendían en hospitales públicos.

Un porcentaje significativo de ellas habían entrado en estado de cesación de pagos, habiendo tenido que presentarse en Concurso de Acreedores y una cantidad menor en quiebra.

El 19 de octubre del 2000 se sanciona la Ley 25.344 que declara a la Argentina en Emergencia en cuanto a la situación económico-financiera del Estado Nacional, el cual fuera promulgado un mes después.

La Argentina sucumbió a una gran debacle. Entre los años 1996 y 2001 se presentaron en Concurso Preventivo de Acreedores 37 obras sociales nacionales y quebraron 6, por un monto estimado de 500.000 millones de pesos.

Por ello, a fin de preservar los "...principios fundantes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en primer lugar, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna clase y, en segundo término, la provisión de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones" y "Que estos principios constituyen derechos inalienables de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, siendo bienes jurídicamente superiores, a cuya preservación y desarrollo deben servir el resto del articulado de la citada norma y las reglamentaciones del Poder Ejecutivo", es que el Poder Ejecutivo de ese entonces, emite el Decreto N° 1400/2001 PEN.

El 5 de noviembre de 2001 se publica en el boletín oficial el Decreto 1400/01 PEN, que dentro de los diferentes temas abordados, hacía hincapié en las Obras Sociales en Crisis: Garantía de Continuidad de la Cobertura. Limitación para el Otorgamiento de Subsidios Financieros.

Específicamente, esta normativa en su “Capítulo IV, Obras Sociales en Crisis, Garantía de continuidad de la cobertura” establece mecanismos de seguimiento, control y prevención respecto de una situación crítica para los Agentes del Seguro de Salud.

Los procedimientos explicitados en la normativa mencionada tienen como cimiento lo que se expone en los vistos y considerandos del decreto cuando dice que “...hace efectivo el derecho a la procuración de la salud y a su provisión igualitaria de prestaciones”, garantizando así “...la continuidad de la cobertura para todos los beneficiarios de aquellos Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en situación de crisis”.

La Superintendencia de Servicios de Salud es el organismo que regula y controla las Obras Sociales Nacionales, por tal razón es quien debe llevar a cabo lo establecido en el mencionado decreto.

Cabe destacar que, desde la entrada en vigencia del Decreto N° 1400/01 a su puesta en marcha pasaron 10 diez años, ya que fue necesario el dictado de la Resolución 501/10 SSSalud para la puesta en marcha.

Con el objetivo de instrumentar los procedimientos necesarios y apropiadas para enfrentar la “...difícil situación de excepción”, las nuevas autoridades nacionales declaran la Emergencia Sanitaria Nacional hasta el 31 de diciembre de 2002.

Tal como surge de los considerandos de la normativa, se establece como prioridad el aprovisionamiento de medicamentos al tratarse de enfermos ambulatorios para la población sin cobertura por debajo de la línea de pobreza, implementando un seguro que abarcaría alrededor de cuatro millones (4.000.000) de personas.

Las Obras Sociales Nacionales, cubrían alrededor de once millones (11.000.000) de beneficiarios y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJyP, alrededor de tres millones quinientos mil (3.500.000) afiliados.

A fin de preservar la salud de la población, se hizo imperante adoptar medidas sanitarias extremas que garantizaran las prestaciones médicas esenciales y al mismo tiempo optimizaran la aplicación de los recursos, debido a la disminución en la recaudación del Sistema Nacional de Obras Sociales, incluyendo también al INSSJyP.

Tal es la situación por la que se transita, que, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, se crea el Comité Nacional de Crisis del Sector, el cual tiene como

funciones la “...organización y coordinación de la utilización de los recursos disponibles en esa Jurisdicción, destinados a la atención de la emergencia sanitaria declarada...”.

También cabe destacar la relevancia de la participación del Consejo Federal de Salud -COFESA- , entre otros temas, instituyendo los criterios de uso racional y asignación de los medicamentos e insumos y de la evaluación y control durante la emergencia declarada.

Ante la dificultad del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio – PMO - , se hace necesario determinar las prestaciones médico-asistenciales básicas esenciales a las que alcanza la emergencia sanitaria. Estas prestaciones básicas esenciales quedan definidas como aquellas “...necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades...”, garantizadas por el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el INSSyP, resultando así el PMOE, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

Cabe destacar que la Emergencia Sanitaria Nacional se encuentra en vigencia, con las excepciones previstas en la Ley 26.077, hasta el 31/12/2017.

2.3 - Emergencia Pública y Sanitaria

En noviembre del 2000 se estableció la Emergencia Económico–Financiera del Estado Nacional, y en la actualidad se encuentra vigente la Emergencia Pública en materia social, económica, financiera y cambiaria, como así también la Emergencia Sanitaria Nacional.

Es por ello que es procedente desarrollar sintéticamente el proceso evolutivo de la Emergencia Pública y Sanitaria para comprender el contexto. La Emergencia Pública y Sanitaria está amparada en el artículo 76 de la Constitución Nacional.

El **artículo 76** de la **CN** establece que “...*Se prohíbe la delegación legislativa en el Poder Ejecutivo, salvo en materias determinadas de administración o de **emergencia pública, con plazo fijado para su ejercicio** y dentro de las bases de la delegación que el Congreso establezca.*”

La caducidad resultante del transcurso del plazo previsto en el párrafo anterior no importará revisión de las relaciones jurídicas nacidas al amparo de las normas dictadas en consecuencia de la delegación legislativa”.

Por ello, y atento a la situación que atravesaba nuestro país en el año 2000, el 14/11/2000 se promulga la Ley 25.344 de Emergencia Económico–Financiera del Estado Nacional, los contratos del sector público, el empleo público, los juicios contra el Estado Nacional, la consolidación de deudas y el saneamiento económico financiero entre el Estado Nacional, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con vigencia de un (1) año a partir de su promulgación. El Poder Ejecutivo nacional podrá prorrogarlo por una sola vez y por igual término.

Como consecuencia de la Emergencia Pública se establecen por el Decreto 1400/01 los procedimientos que garanticen la continuidad de la cobertura a los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales, contemplándose diversos temas:

- a. Registro de Datos
- b. Fondo Solidario de Redistribución
- c. Derecho de Opción del Beneficiario
- d. Obras Sociales en Crisis: Garantía de Continuidad de la Cobertura**
- e. Limitación para el otorgamiento de Subsidios Financieros

Por el Decreto 1602/2001 P.E.N. se prorroga por un nuevo periodo anual la “*Emergencia Económico–Financiera del Estado Nacional*”, hasta el 14/11/2002.

A partir del año 2002 y sucesivos se establece por ley la Emergencia Pública. La Ley 25.561 establece la “...*Emergencia Pública Social, Económica, Administrativa, Financiera, y Cambiaria*” con vigencia hasta el 10/12/2003, que se encuentra vigente a la fecha del presente trabajo.

En el estado de situación del contexto nacional, y ante la crítica situación que atravesaba el sector salud, con el objetivo de mantener los principios básicos de equidad y justicia social, el Poder Ejecutivo dicta el Decreto 486/2002 de ***Emergencia Sanitaria Nacional***. El mismo se encuentra vigente hasta el 31/12/2017.

Por ultimo cabe destacar que el Organismo de Control y Regulación crea el “*Programa de Recuperación de Obras Sociales en Crisis*” (Resolución 559/2002 Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 06/01/2003), con el objetivo de suministrar la reconversión y optimización de las Obras Sociales Nacionales y por ello se les otorga préstamos cuya “...*finalidad última y única...*” es cumplir con las

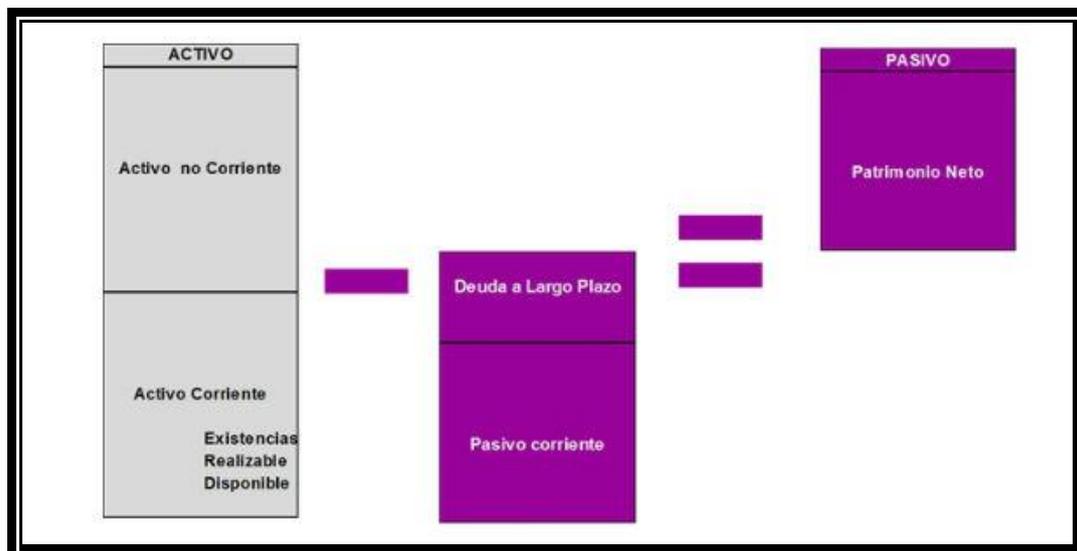
“...prestaciones médico asistenciales integrales y suficientes para el mejoramiento de la salud...”

2.4 - Patrimonio Neto

El **Patrimonio Neto** de una organización representa la diferencia entre el **Activo** (conjunto de bienes y derechos de la organización) y el **Pasivo** (las deudas y obligaciones a pagar).

Es decir, una Organización en funcionamiento, de existencia temporal, en plena vigencia y proyección futura, sea ésta con o sin fines de lucro.

El “*Capital Social*” y los “*Resultados Acumulados*” conforman el Patrimonio Neto de las Organizaciones



Cuadro 1 “Composición del Patrimonio Neto”

Según la Ley de Sociedades en su artículo 94, inciso 5° la.”...*pérdida de Capital Social*” es causal de disolución de sociedades. Esto implica que el Pasivo es igual al Activo o mayor.

El grado de “incertidumbre” que se plantee en una empresa en marcha está directamente relacionado con el nivel de riesgo de la misma, para que se pueda revertir la situación crítica. Por otra parte, cabe expresar que el Patrimonio Neto Negativo puede revertirse en el mediano y/o largo plazo.

Ahora bien, los mismos conceptos se aplican a los Agentes del Seguro de Salud. Las obras sociales son entidades sin fines de lucro, es decir que todos sus ingresos vuelven a reinvertirse en ella y no existe la distribución de las ganancias entre los miembros de la Comisión Directiva.

La existencia de su Patrimonio Neto Negativo nos dice que la entidad presenta un déficit operativo crónico. Tal como lo menciona el Decreto N° 1400/01 PEN en su artículo 28, se considera que un Agente del Seguro de Salud se encuentra en ese escenario cuando:

- a. Está en **Concurso de Acreedores** en los términos de la Ley N° 24.522.
- b. Ha iniciado los **procedimientos de crisis** en los términos del **Anexo III** del Decreto.

Como antecedente normativo de carácter significativo puede citarse a la Resolución N° 109/2000 SSSalud (B.O. 10/05/2000). El objetivo de la misma consistía en establecer parámetros de medición económica y financiera que los Agentes del Seguro de Salud deberían cumplimentar, a fin de establecer desde el Organismo de Contralor un “*modelo analítico de diagnóstico permanente de la situación particular de cada entidad y general del conjunto del sistema*”.

A fin de complementar los resultados obtenidos del diagnóstico resultante de lo dispuesto en la Resolución N° 109/2000 SSSalud y para establecer los cursos y acciones a seguir la Resolución N° 117/2000 SSSalud (B.O. 10/05/2000), en su artículo 2° se establecen “...4 escalas graduales para la evaluación del resultado medido, y los consecuentes cursos de acción a seguir ...”.

En el apartado II) del artículo antes mencionado “*Desvíos en 4 a 6 Índices Principales*”, en el inciso F) “*Si de la constatación surge que el indicador de Patrimonio Neto es negativo, se aplicará automáticamente lo dispuesto en el apartado III), exigiéndose un Plan de Ajuste con el mecanismo de aprobación y monitoreo que se establece*”

Cabe destacar que lo expresado precedentemente y atento a lo resuelto por los Decretos 1400/01 respecto de la determinación de la Situación de Crisis de las Obras Sociales y el Decreto 486/2002 de Emergencia Sanitaria y por medio de la Resolución 559/2002 SSSalud (Creación del Programa de Recuperación de Obras Sociales en Crisis B.O. 10/05/2000), se deroga por el artículo 7° el Anexo II de la Resolución N° 109/00 y

las Resoluciones N°. 117/00 y 232/01 del registro de la Superintendencia de Servicios de Salud.

2.5 - La Seguridad Social

En nuestro país, la seguridad social tiene sus comienzos después de las primeras décadas del siglo XX, siendo los prestadores los hospitales públicos y entidades de beneficencia.

El surgimiento de entidades civiles sin fines de lucro, como las mutuales y otras, resultaron recipiendarias de una demanda creciente insatisfecha, siendo las asociaciones de inmigrantes y gremiales de trabajadores las que conformaron este modelo.

La Seguridad Social está compuesta no solo por las Obras Sociales Nacionales sino también por las Obras Sociales Provinciales (una por cada provincia) y el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados (PAMI).

2.6 - Obras Sociales Nacionales

Las Obras Sociales Nacionales surgen de la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661 B.O. 20/01/89).

En el artículo 1° se especifica que este sistema tiene “...*los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica*”.

La intención de los legisladores fue establecer un seguro de concepción integradora para el sector salud donde la autoridad pública ejerza un gobierno total del sistema nacional con participación de los distintos actores en una democracia social moderna.

El objetivo de este seguro se define en el artículo 2: “...*proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva*”.

Asimismo establece como agentes del seguro a las obras sociales nacionales, de otras jurisdicciones y entidades que se adhieran al sistema, apropiando sus prestaciones de salud a la normativa vigente.

La Ley 23.660 (B.O. 20/01/1989) funda el nuevo régimen para las obras sociales, derogando las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

En su artículo primero y según su naturaleza jurídica estas entidades pueden clasificarse, entre otras, en:

- a) Obras Sociales sindicales
- b) Institutos de administración mixta
- c) Obras Sociales de la administración central del Estado Nacional
- d) Obras Sociales de empresas y sociedades del estado
- e) Obras Sociales de dirección asociaciones profesionales de empresarios
- f) Obras Sociales por convenio
- g) Obras Sociales del personal civil

Asimismo y tal como surge de la normativa de creación (artículo 12) respecto de su administración, las obras sociales sindicales son patrimonio de los trabajadores conducidas por un consejo elegido por la asociación sindical.

2.7 - Organismo de regulación y control

El Ente encargado de la fiscalización y control de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud es la Superintendencia de Servicios de Salud, “...*con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación*”.

Sus objetivos son establecer las normativas que permitan regular y controlar los servicios de salud. Esto incluye el funcionamiento de las obras sociales y de otros agentes del seguro de salud, observar los procedimientos de opción de cambio de los beneficiarios, de los prestadores o financiadores de las prestaciones médico asistenciales, verificar y controlar el mecanismo de débito automático hacia los

Hospitales Públicos de Gestión descentralizada y los presupuestos de gastos y recursos para su ejecución. Asimismo la aprobación del ingreso de nuevas entidades al Sistema, el Programa Médico Asistencial,

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional que depende del Ministerio de Salud.

El 5 de noviembre de 2001 se publica en el boletín oficial el Decreto 1400/01 PEN, que dentro de los diferentes temas abordados, hacía hincapié a las obras sociales en Crisis: Garantía de Continuidad de la Cobertura y limitación para el Otorgamiento de Subsidios Financieros.

Es la Superintendencia de Servicios de Salud, tal como está establecido en sus misiones y funciones, la responsable de aplicar los procedimientos previstos en el artículo 18 del Decreto 1400/01 PEN, teniendo como prioridad “...*la tutela de los derechos de los beneficiarios...*”, tal como se especifica.

Este organismo de regulación y control fue designado para la implementación y desarrollo de la normativa complementaria que hiciera efectiva la aplicación de los procedimientos explicitados en el decreto mencionado. Para ello crea un área definida que desarrolle esa tarea.

La Administración de Programas Especiales - APE estaba encargada de la administración de fondos destinados a tratamientos de patologías de alta complejidad y/o de alto costo y baja incidencia brindadas por las obras sociales nacionales y en particular por las sindicales.

Cabe destacar que a partir de julio de 2012, las funciones y atribuciones de la APE, fueron absorbidas por la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto 1198/2013 PEN).

La financiación de estas prestaciones se hace a través de los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución, cuyos orígenes son los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia.

Capítulo 3 - Diagnóstico

3.1 - Introducción

A fin comprender la determinación del estado de situación de las obras sociales, en el desarrollo de su gestión de administración y satisfacción de los beneficiarios respecto de las prestaciones médico asistenciales brindadas, corresponde distinguir qué se entiende por crisis.

Tal como surge del diccionario de la Real Academia Española, el término “CRISIS”¹ (Del lat. *crisis*, y éste del gr. κρίσις) representa varias acepciones, de las cuales hemos seleccionado algunas:

- Situación de un asunto o proceso cuando está en duda la continuación, modificación o cese.
- Momento decisivo de un negocio grave y de consecuencias importantes.
- Juicio que se hace de algo después de haberlo examinado cuidadosamente.
- Escasez, carestía.
- Situación dificultosa o complicada.

Cada una de ellas se refiere a un cambio o modificación significativa en el desarrollo de los sucesos, implicando una situación complicada o de escasez.

La situación de crisis en la organización desde una perspectiva sociológica, es consecuencia de la discapacidad de adaptación de ésta a los cambios contextuales de incertidumbre, inestabilidad y desorden.

Es por ello que, en nuestro caso, se podría interpretar como *situación de crisis* a aquellos Agentes del Seguro de Salud, que no pueden cumplir total o parcialmente de manera eficiente la gestión de las prestaciones médico asistenciales para con sus beneficiarios.

Esta definición teórica quedaría plasmada en la realidad cuando la entidad:

- Presenta un Patrimonio Neto Negativo.

¹ <http://lema.rae.es/drae/?val=crisis>

- Los ingresos provenientes de los aportes y contribuciones y/o cuotas y subsidios prestacionales y automáticos están por debajo del punto de equilibrio de manera reiterada en relación a las prestaciones médico-asistenciales que está obligada a brindar.

3.2 - Metodología aplicada

La habilidad metodológica “...*implica la utilización de ciertas técnicas de recolección y de interpretación de la información*” (Adriana Fassio, Liliana Pascual y Francisco M. Suarez “Introducción a la Metodología de la investigación aplicada al Saber Administrativo” Capítulos VI, VII y VIII”, (2004). Habiéndose definido el universo con el que se trabaja, son los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, especificados en el artículo 1º de la Ley 23.660, es decir que incluye las obras sociales nacionales tanto sindicales como de dirección y otras.

3.2.a - La metodología aplicada consiste en un **estudio comparativo matricial**, de forma sistémica para los casos de análisis, desde una generalización empírica. Se observaron los resultados obtenidos en la determinación del Factor de Criticidad, análisis matricial, de forma comparativa por un periodo dado.

El análisis efectuado abarca trece (13) trimestres desde febrero de 2014 a febrero de 2017, sobre un total de 293 obras sociales calificables (lo que representan el 100% de las mismas).

Separadamente, se procedió a determinar cuáles obras sociales resultaban con Patrimonio Neto Negativo. Para ello se observaron dos periodos: octubre 2016 y marzo 2017.

Por último, se comparó a las obras sociales con su Patrimonio Neto negativo con el valor del Factor de Criticidad (de cálculo trimestral) desde febrero 2014 a febrero 2017. Del total de las obras sociales calificables, solo el 8% tenían Patrimonio Negativo. **Ver Anexo II**

Para completar el investigación, se procedió a comparar las obras sociales con Patrimonio Neto Negativo con el resultado de la matriz del Criterio 2.

3.2.b - La **unidad de análisis** son los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (obras sociales nacionales), en particular las Obras Sociales Calificables que representan el 97% del total de las mismas.

3.2.c - Los **indicadores** principales (variables principales) son los *Criterios 1, 2, 3 y 4* determinados en el Decreto N° 1400/01 P.E.N. Los indicadores o variables secundarias y dependientes son los *Requisitos* que conforman los Criterios mencionados, también explicitados en la normativa.

3.2.d - El enfoque preponderante será cuantitativo. Está dada en un aplicativo de matrices configuradas, en las cuales las gerencias y áreas involucradas establecen la valoración entre “0” (cumple) o “1” (no cumple). La **recolección de datos** respecto del cumplimiento de las normativas vigentes, que son controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, implica que cada área en observancia de normas específicas y obligatorias de su incumbencia, analiza la documentación aportada por las obras sociales nacionales.

La recolección de datos resulta de diversas matrices por cada uno de los criterios. Por ejemplo la matriz del Criterio 2 resulta del análisis de los Estados Contables (Balances anuales de cada obra social) midiéndose 12 sub-indicadores.

3.3 - Situación de Crisis – Decreto N° 1400/01 P.E.N.

El contexto socio económico del país en los años 2000 y 2001 influyó en la crisis de las obras sociales, que contribuyó en la solicitud de concursos de acreedores de esa época.

También cabe agregar que, en algunos casos, la ineficiente gestión en la administración de los recursos, es otro factor relevante.

En este sentido, y tal como surge de la normativa, se entiende como **Situación de Crisis** cuando el **Factor de Criticidad** es superior al **valor límite** (Decreto 1400/01 PEN Anexo II Sistema de diagnóstico de situación de crisis, ítem II).

De la misma forma, en el Anexo III del decreto se establecen los procedimientos de crisis a aplicar una vez que se hubiere determinado que un Agente del Seguro de Salud se encuentra en **Situación de Crisis**.

Para esta determinación se aplican las cinco (5) matrices antes mencionadas, una matriz por cada criterio y la **Matriz de Resultados**.

La **Matriz de Resultados** totaliza los cuatro (4) criterios, a través de los cuales se establece el Factor de Criticidad y, como consecuencia de ello, en función de su resultado, se determina si una obra social se encuentra en **Situación de Crisis**. (ver **Cuadro N° 1**)

La conformación de los cuatro (4) criterios con sus respectivos sub-indicadores se detallan en el **punto 4 Factor de Criticidad**.

PERIODO: 3º.TRIMESTRE 2011								
CIERRE:31/08/2011								
RNOS	DENOMINACION	CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4	RESULTADO	FACTOR DE CRITICIDAD	SITUACION DE CRISIS
0-0000-0	AAAAA	0	0	0	0	0	0	
0-1000-1	BBBBB	1	0	0	0	1	0,3125	
0-2000-2	CCCCC	1	1	0	0	2	0,625	
0-3000-3	DDDDD	1	1	1	0	3	0,9375	CRISIS

Cuadro N° 1 Matriz de Resultado del Trimestre

Como puede observarse en el Cuadro N° 1, del total Agentes del Seguro de Salud tomados como ejemplo, se verifica que la “obra social DDDDD” se encuentra en **Situación de Crisis**, ya que el valor del Factor de Criticidad supera el valor estándar establecido de 0,65.

3.4 – Factor de Criticidad – Decreto N° 1400/01 P.E.N.

a. Definición

Se entiende como **Factor de Criticidad** al indicador principal obtenido como resultado final de la valoración de otros indicadores, denominados “**Criterios**”.

b. Valoración

La determinación del Factor de Criticidad se realiza por medio de una matriz denominada “Matriz de Resultado”, donde el cociente entre la sumatoria de la valorización de los Criterios N° 1, 2, 3 y 4, y el número “Tres coma dos” (3,2) multiplicado por el número “Cien” (100) da un valor X.

El *valor límite* establecido de X, es “Sesenta y cinco (65), estando la Superintendencia de Servicios de Salud autorizada normativamente para modificar dicho *valor límite*.”

Del mismo modo, deben considerarse por separado los aspectos de la valoración de cada uno de los criterios, a fin de establecer si el rango de estos indicadores se encuentra dentro o fuera de los estándares establecidos.

Para el Criterio N° 1, se consideran las especificaciones establecidas en el artículo N° 1 de la Resolución N° 501/10 SSSalud:

“...Existirá un inadecuado nivel de cumplimiento cuando el valor resultante sea igual o superior a ocho (8) puntos, en cuyo caso se valorizará a los Agentes con UNO (1)” en este supuesto de valoración si se contemplan 14 Requisitos.

En el caso de que la cantidad de Requisitos fueran doce (12), se considerará un inadecuado nivel de cumplimiento cuando el valor resultante sea igual o superior a siete (7) puntos, en cuyo caso se valorizará a los Agentes con UNO (1)”.

Cabe aclarar el porqué de la diferencia entre 14 o 12 requisitos de este criterio. Las Obras Sociales pueden elegir tener “Planes Superadores” y/o “Beneficiarios Adherentes”, pero no son obligatorios. Por otra parte, en la Ley 26.682 de Medicina Prepaga se establece en su artículo primero que tiene como objeto regular “...los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes N° 23.660 y 23.661” (B.O. 17/05/2011).

Como consecuencia de lo establecido en la Ley de Medicina Prepaga, surge constituir que estos dos requisitos no deberían ser razonados en la Matriz de valoración del Criterio N° 1.

c. Criterios – Indicadores Principales y Secundarios

Los indicadores que se aplican en la determinación del Factor de Criticidad o indicador principal, se denominan **Criterios**.

Estos **Criterios** en su mayoría están constituidos por **Requisitos**, como otros indicadores secundarios y dependientes en cada criterio, donde la suma algebraica de los mismos establece el valor de resultado del indicador.

Los **Criterios** que conforman la Matriz de Resultado, son cuatro (4) y se conforman según las propiedades que se explicitan a continuación.

c.1 Criterio N° 1:

Tiene como objetivo medir el *nivel de cumplimiento formal* de requerimientos de carácter obligatorio y de presentación periódica. Esta medición de cumplimiento se expresa con indicadores secundarios dependientes y específicos relacionados con una normativa en particular. Estos catorce (14) **Requisitos** conforman una matriz que los totaliza, dando como resultado el indicador de este Criterio.

Se relaciona con el grado de observancia de “...Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales, contables y de atención al beneficiario, evaluados objetivamente de acuerdo con una metodología y calificados según un escala...”

El adecuado cumplimiento del **Requisito** se valora con “0” (cero) y con “uno” (1) el inadecuado cumplimiento.

Tal como fue mencionado en el Marco Teórico en el apartado “Contextualización”, pasaron diez (10) años, hasta que se logró aplicar en la práctica la determinación del Factor de Criticidad y la Situación de Crisis. Las supuestas razones para ello, estaban vinculadas con los parámetros que conforman este criterio.

Por ello, el Ente de Regulación y Control, emite la Resolución N 501/10 (B.O. 17/05/2010), en la cual se establece cuáles son los requisitos formales a ser considerados, los que se exponen en el *Cuadro N° 2*.

REQUISITO	R5	R6	R7	R1	R2	R3	R13	R14	R8	R9	R10	R11	R4	R12
GERENCIA / AREA														
CONCEPTO	Balances	Presupuesto	Estado de Origen y Aplicación de Fondos	PMA	Cartilla	Contratos	Planes Superadores	Planes Adherentes	Estatutos	Autoridades	Reclamos de Beneficiarios	Exhibición Afiches	R 650 Est. Prestac.	Padron

Cuadro N° 2 “Matriz Criterio 1”

La selección de estos parámetros desde su relevancia conceptual se manifiesta en que corresponden a normativas con obligatoriedad en su cumplimiento y las mismas dependen en su seguimiento, control y análisis a distintas áreas gerenciales del Organismo de regulación y control. Es por esta razón que su medición en la presentación de forma conjunta muestra relevancia.

El **“Requisito 1” Programa Médico Asistencial – PMO** corresponde a las prestaciones médico asistencial que brinda a sus beneficiarios un Agente del Seguro de Salud. El mismo debe incluir como piso las prestaciones establecidas en el PMO. La Resolución N° 83/2007 SSSalud es la normativa que lo rige.

El **“Requisito 2” Cartilla de Prestadores**, con el propósito de establecer mecanismos que tiendan a la igualdad informativa y nivelar así la relación entre las partes (beneficiarios y obras sociales), es que se establecen pautas básicas que deberá contener la cartilla de prestadores médico asistenciales. También por ello, se creó el Registro de Prestadores dentro del Ente de regulación y control.

El **“Requisito 3” Contratos** con prestadores, se enfoca en los actos contractuales entre las obras sociales con los prestadores y redes de prestadores. Establece una guía de información a la que deberán ajustarse los contratos celebrados con obras sociales. Se instituyen como datos relevantes las características del prestador y de las prestaciones incluidas y excluidas.

El **“Requisito 4” Estadísticas de Prestaciones Médicas**. Se enfoca en los aspectos epidemiológicos de la población beneficiaria para un Agente del Seguro de Salud, que presentados periódicamente y vistos desde un enfoque macro sanitario, permite obtener información respecto de que se enferma la mayoría de la población beneficiaria de la Seguridad Social.

En este punto cabe destacar la definición de epidemiología, como la disciplina que estudia los problemas de salud en un conjunto de individuos que comparten características comunes con el objetivo determinar las causas y lograr su prevención y/o control (Alarcón Jorge Revista peruana de epidemiología Volumen 13 N° 1 abril 2009). La normativa solicita, de forma trimestral, estadísticas demográficas y catastrales, separados en prestaciones médico asistenciales con servicios propios por un lado y contratados por el otro. Las estadísticas se

conforman de consultas médicas ambulatorias, registro de prácticas especializadas y egresos hospitalarios y sanatoriales.

Los **Estados Contables “Requisito 5”** (Balances Anuales) muestran la fotografía histórica económica de la obra social de un periodo dado.

Los **Presupuestos Projectados “Requisito 6”** de ingresos y egresos para un ejercicio anual, expresan como se pretenden gestionar los fondos en el próximo ejercicio, especialmente en lo referente al Plan Médico Asistencial.

Los **Estados de Origen y Aplicaciones de Fondos “Requisito 7”**, de obligatoriedad mensual, exponen cómo se aplican los ingresos financieramente.

El **Estatuto “Requisito 8”** de los Agentes del Seguro de Salud debe cumplir requisitos básicos según sus características jurídicas. Al entender que son entidades sin fines de lucro, por ejemplo ante la baja y liquidación de la misma, los fondos remanentes luego de la cancelación de las deudas se transferirán al Fondo Solidario de Redistribución o entidad pública sanitaria específica.

El **“Requisito 9” Autoridades**, observa que las autoridades que dirigen y administran a las obras sociales nacionales se encuentren vigentes. Para ello, deberán presentar al organismo de control, además del acta de asamblea de elección de autoridades, la siguiente información (artículo 13 del Decreto 576/93):

- Acreditación de domicilio real
- Certificado negativo de inhabilitación de bienes expedido por el Registro de la Propiedad
- Certificado negativo del Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal
- Declaración Jurada detallando los bienes que componen su patrimonio

El **“Requisito 10”**, es un indicador que observa la presentación de **Reclamo de Beneficiarios**, en la obra social y/o ante el organismo de regulación y control, por hechos que afecten a las prestaciones médico asistenciales. Para ello se aplican los procedimientos administrativos establecidos en la Resolución N° 75/98 SSSalud.

El propósito del **“Requisito 11” Exhibición de Afiches** (Resolución Nº 457/2000 SSSalud), en los centros de atención, es informar a los beneficiarios que tienen el derecho de reclamar respecto de hechos que perturben las prestaciones normales médico asistenciales, dónde y cómo hacerlo.

“Requisito 12” Padrón de Beneficiarios. En el Capítulo I – Registro de Datos del Decreto Nº 1400/01 PEN se instauran “...*los mecanismos de recopilación y uso de la información relativa a los beneficiarios de la seguridad social...*”. Se crea el Registro de Personas y la Base de Vínculos Familiares, siendo los responsables de la gestión los siguientes organismos:

- a) Administración Nacional de la Seguridad Social – ANSES
- b) Administración Federal de Ingresos Públicos – AFIP
- c) Registro Nacional de la Personas
- d) Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones - SAFJP. Al eliminarse la jubilación privada, la información de este organismo la nuclea la ANSES.
- e) Superintendencia de Riesgos del Trabajo – SRT
- f) Superintendencia de Servicios de Salud – SSS
- g) Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones – AFJP.
- h) Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, incluido el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- i) Aseguradoras de Riesgo del Trabajo – ART
- j) Entidades Bancarias

El objetivo del cruce de datos de los beneficiarios se relaciona con la interrelación de las prestaciones médico asistenciales entre el sistema público, privado y de la seguridad social, la opción de cambio y unificación de aportes entre beneficiarios de un mismo grupo familiar.

El **“Requisito 13” Planes Superadores** se refiere a la implementación de distintas canastas prestacionales superadoras de Programa Médico Obligatorio, por

las cuales las obras sociales cobran aranceles diferenciales. Si bien estos planes no son obligatorios, su implementación y posterior aumento arancelario deberá estar autorizado por la autoridad de regulación y control, para ello deberá cumplir con ciertos parámetros los cuales se expresan en la Resolución N° 479/2006 SSSalud.

El “**Requisito 14**” **Beneficiarios Adherentes**, corresponden a aquellas personas que deciden abonar una cuota mensual de forma opcional a aquellas personas no incluidas obligatoriamente y/u opción de cambio. En estos supuestos, la obra social decidió previamente incorporar este tipo de afiliados habiendo obtenido la aprobación del organismo de regulación y control.

En la actualidad y como consecuencia de la ley que regula la Medicina Prepaga (Ley 26.682 B.O. 17/05/2011), tanto el Requisito 13 de Planes Superadores como el Requisito 14 de Beneficiarios Adherentes, en la actualidad no se están midiendo. El artículo 1° de esta ley establece como objetivo la regulación no solo de la medicina prepaga sino también “...*los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud – ASS contemplados en la las Leyes N° 23.660 y 23.661*”.

c.2 Criterio N° 2 Indicadores económico - financieros

Este indicador está compuesto por 12 Requisitos, independientes entre sí, que en la comprensión global de sus alcances, se orientan a determinar la situación económico-financiera de las obras sociales. Los valores de estos indicadores secundarios se obtienen de los Estados Contables de la Entidad.

Observa la capacidad de gestionar de una organización, considerando la cancelación de sus obligaciones, la aplicación de los fondos administrados en las prestaciones médico asistenciales y en su habilidad de encargarse de mejorar la recaudación. En el Cuadro N° 3 se exponen de manera detallada.

Cabe destacar que tanto la **denominación, fórmula y valor aceptado** surgen de la tabla que se expone en el Anexo II del Decreto en análisis denominado “*Sistema de diagnóstico de crisis*”.

Cada uno de los 12 indicadores dependientes del Criterio N° 2 (indicador principal) fueron seleccionados por las características particulares de medición que los representan y que en su conjunto (para un periodo histórico determinado muestra la imagen de la entidad y la aproximación a la gestión desarrollada en ese lapso de tiempo). Es por ello que, a continuación se expondrán brevemente las definiciones y características de ellos.

N°	Nombre del Indicador	Fórmula Valor	Valor aceptado
4	Patrimonio Neto	Activo Total - Pasivo Total	> 0

Cuadro N° 3 “Requisito 4 Criterio 2”

Capital de trabajo: Este indicador también se denomina “Capital Corriente, Capital Circulante o Fondo de maniobra”. Es un índice que mide la capacidad productiva en el corto plazo de una sociedad con o sin fines de lucro, considerando el activo corriente (fondos disponibles) con respecto a las deudas en el corto plazo.

Endeudamiento total: Mide el grado de compromiso del patrimonio de la entidad con respecto a los acreedores, como así también trata de establecer el riesgo de la organización para poder cumplir con sus funciones y misión.

Endeudamiento corriente: Este indicador pretende medir el grado de compromiso del patrimonio de los beneficiarios en relación con los acreedores, como así también el nivel de riesgo de financiación de las operaciones.

Patrimonio Neto: El Patrimonio Neto representa la diferencia de los recursos que posee la entidad con respecto a las obligaciones tanto en el corto como en el largo plazo. Es por esta razón, que la relación entre lo que se tiene respecto de lo que se debe es básica y fundamental. Si se debe más de lo que ingresa, técnicamente estaríamos diciendo que la entidad se encuentra quebrada.

Bienes de Uso: Los Bienes de Uso representan el capital inmovilizado de una entidad con respecto al patrimonio neto; es decir, la infraestructura necesaria para que la organización funcione, desde elementos físicos (máquinas,

tomógrafos, ecógrafos, edificios, vehículos, etc.) a elementos más intangibles como los software. Este indicador representa un estándar razonable para que una obra social posea capital inmovilizado.

Resultado Operativo: Este indicador muestra la diferencia entre los Ingresos Operativos y los Egresos Operativos. Cabe destacar en este punto que se entiende en cada una de estas cuentas.

Los Ingresos Operativos están conformados por:

- a. Recursos por aportes y contribuciones y cuotas:
 - Recursos Ley 23660 art. 19 inc. a)
 - Cuotas beneficiarios voluntarios
 - Cuotas monotributistas
 - Cápitas de jubilados y pensionados
 - Recursos Ley 23660 inc. c)
- b. Subsidio de Distribución Automática
- c. Recupero de Previsiones
- d. Donaciones destinadas a solventar prestaciones médico asistenciales
- e. Subsidios ex APE alta complejidad, HIV y discapacidad.
- f. Otros ingresos operativos
- g. Venta de servicios y coseguros

Los Egresos Operativos están comprendidos por:

- a) Gastos Prestacionales
 - Prestaciones médico asistenciales propias
 - Prestaciones médico asistenciales contratadas
 - Prestaciones de farmacia propias
 - Prestaciones de farmacia contratadas
- b) Gastos Administrativos
- c) Deudores incobrables
- d) Otros egresos operativos

Nivel de Gasto Prestacional: El indicador secundario N° 7 establece que el mínimo de egresos a aplicar en asistencia médica para los beneficiarios de una obra social correspondería a un 80% del total de ingresos (Recursos Brutos) que perciba la obra social, surge del artículo 5° de la Ley 23.660.

Nivel de Gastos Administración: para este indicador, sus parámetros están establecidos en el artículo 22 de la Ley 23.660, por el cual se instituye el máximo de fondos a aplicar como gastos administrativos; el cual no podrá exceder del 8% de sus Recursos Brutos, exceptuados los obrados en la prestación médico asistencial directa.

Rotación de Créditos por Aportes y Contribuciones: Este indicador de eficiencia muestra la productividad con la cual se administran los recursos, para alcanzar los resultados del proceso y los objetivos institucionales. Los indicadores de eficiencia miden el nivel de ejecución de los procesos de gestión de cobranzas de aportes y contribuciones, sean éstos extrajudiciales como judiciales. Se expresa en cantidad de meses en que se recuperan los ingresos atrasados.

Rotación Deuda Prestacional: Como indicador de eficiencia y productividad expresa, en cantidad de meses, el nivel de pago a los acreedores prestacionales.

Liquidez Prestacional: Este indicador de liquidez muestra la capacidad que tiene la entidad para cumplir con sus obligaciones prestacionales (prestadores médico asistenciales y de farmacia) en el corto plazo (menos de un año).

Cantidad de Beneficiarios: En este caso el Decreto N° 1400/01 establece como parámetro estándar de razonabilidad que una obra social debe tener como mínimo 10.000 beneficiarios. No surge de los vistos y considerandos de la normativa la intencionalidad de este parámetro. Si cabe destacar que la estructura mínima necesaria para que una obra social gestione eficientemente implica el monto mensual de ingresos por aportes y contribuciones y el monto salarial sobre los que se calcula.

En este punto, corresponde enunciar qué se entiende por **Recursos Brutos**, tal como lo define en su artículo 5° el Decreto reglamentario 576/93 de la Ley 23.660 con

respecto a los ingresos que perciban las Obras Sociales por cualquier concepto, con exclusión de:

- a) Las sumas comprendidas en el cumplimiento de cargos por donaciones en lo no referido a prestaciones de servicios de atención de salud.
- b) Las sumas provenientes de apoyos financieros otorgados.
- c) Las sumas provenientes de las prestaciones de otros servicios de carácter social.

Esto implica que los ingresos por aportes y contribuciones (relación de dependencia, monotributistas y jubilados), copagos, cuotas de beneficiarios adherentes, planes diferenciales, subsidios por prestaciones médico asistenciales de alto costo y baja incidencia, son Recursos Brutos como concepto numérico que conforma los índices.

Por otra parte, la cantidad de población beneficiaria surge de la presentación periódica que debe hacer la obra social ante la Superintendencia de Servicios de Salud con interrelación con la ANSES y la AFIP.

La valoración específica resultante de la normativa de este criterio establece que, la comparación de los valores reales totales con respecto al valor aceptado de la tabla no podrá exceder seis (6) indicadores de fuera de rango para que sea considerado como **cumplido** el Criterio 2, valorizándolo con CERO (0). En sentido opuesto, se valorizara con UNO (1), es decir como **incumplido**, cuando la sumatoria de estos indicadores secundarios presenten siete (7) o más índices fuera de rango”.

Asimismo, la normativa establece que se autoriza al “...*Ministro de Salud a fijar niveles de “Valor Aceptado” más exigentes que los de la tabla ...*”.

c.3 Criterio N° 3 Capacidad de Repago

Este indicador, medido en cantidad de días, observa la viabilidad de cancelación de deudas de la obra social, estableciendo como valor aceptable cuando no excede los 150 días.

La fórmula que establece el decreto para este índice corresponde al “...*cociente entre pasivo corriente total del agente, neto de inversiones líquidas, y la recaudación ordinaria diaria*”.

c.4 Criterio N° 4 Dependencia de subsidios financieros

El decreto establece que *“Habrá dependencia de subsidios financieros toda vez que el agente hubiere percibido durante los últimos DOS (2) años calendario subsidios equivalentes a DOS (2) meses de recaudación”*.

La valorización de este criterio está dada con relación a los subsidios financieros de la ex Administración de Programas Especiales cobrados. Se establece que valorizará con CERO (0) *“...a los Agentes que hubieran recibido, en una cantidad tal que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los dos últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167)*.

Se valorizará con DOS CENTESIMOS (0,2) a los agentes con relaciones superiores a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167).

3.5 - Procedimiento de Crisis

Habiendo establecido que un Agente del Seguro de Salud se encuentra en **Situación de Crisis**, resulta necesario establecer procedimientos que impliquen el seguimiento y reversión de la misma.

Al respecto la normativa impone ciertas formas a implementar tanto por el organismo de control como por la obra social.

La instauración de un procedimiento de crisis (artículo 20 Decreto 1400/01), por parte del agente, se detalla en el Anexo III que forma parte integrante del decreto en cuestión.

El conjunto de *acciones concretas* que revierta la crisis se establece por medio de un Plan de Contingencia que propondrá la obra social y deberá ser aprobado por el organismo de control.

El incumplimiento del Plan de Contingencia, en los términos y condiciones de la normativa, para la reversión de la situación de crisis, implica la baja del Registro

Nacional de Agentes del Seguro, “...la Superintendencia de Servicios de Salud deberá intimar al Agente dado de baja a solicitar su propia quiebra en los términos establecidos por la Ley N° 24.522 en un plazo máximo de sesenta (60) días.

3.6 - Obras Sociales Calificables y No Calificables

Se entiende por **Obras Sociales Calificables**, a aquellas que pueden ser medibles respecto de la determinación del Factor de Criticidad. Es decir que habiendo transcurrido un tiempo razonable desde su alta al Registro Nacional de Obras Sociales están en condiciones de cumplimentar la requisitoria de la normativa establecida por el Organismo de regulación y control. Como ejemplo puede considerarse la presentación anual de los Estados Contables de cierre de ejercicio económico (Balances).

En función de lo antes dicho, se entiende por **Obras Sociales No Calificables**, a aquellas que son altas recientes en el Registro Nacional de Obras Sociales como así también a aquellas que habiendo sido dadas de baja del mismo se encuentran en proceso de Liquidación.

3.7 - Normativa vinculada al Factor de Criticidad

Cabe destacar que cada uno de los Criterios y/o Requisitos que sustentan los indicadores de las Matrices corresponden a normas legales emanadas del Organismo de control y regulación (INOS; ANSSAL, SSSalud²), la cual es obligatoria.

Es por ello que a continuación se enumera la normativa vinculada y que forma parte de la determinación del **Factor de Criticidad** y por lo tanto del estado de **Situación de Crisis** de los agentes del seguro de salud.

- **Resolución N° 76/98 SSSalud** (y modificatorias): *Cartilla de prestaciones médico asistenciales* para los beneficiarios. Pautas básicas que deberán observar las Obras Sociales Nacionales habilitadas para el ejercicio de la opción de cambio establecida por el Decreto N° 504/98 P.E.N., en la entrega de información a los beneficiarios optantes.

² INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) se transformó en la ANSAL (Administración Nacional de la Seguridad Social) y luego en lo que es hoy, la Superintendencia de Servicios de Salud.

- **Resolución N° 83/2007 SSSalud** (y modificatorias): Comprende la guía de las prestaciones básicas esenciales garantizadas a la cual debe ajustarse el *Programa Medico Asistencial - PMA* de los Agentes del Seguro de Salud.
- **Resolución N° 194/2001 SSSalud** (y modificatorias): Establece la guía a la que deben ajustarse los Agentes del Seguro de Salud en sus *contratos* con los prestadores y redes de prestadores.
- **Resolución N° 195/98 SSSalud** (y modificatorias): Se establecen los requisitos y pautas que deberán cumplir todos los *planes de salud* que ofrezcan las obras sociales.
- **Resoluciones N° 487/90 y 490/90 INOS** (y modificatorias): Procedimientos y recaudos que deberán exigir las obras sociales a quienes opten por continuar en calidad de beneficiarios y pautas para la incorporación a las obras sociales de *beneficiarios adherentes*.
- **Ley 26.682**: marco regulatorio de la *Medicina Prepaga*, que en su artículo primero hace mención a la regulación de los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores.
- **Resolución N° 481/90 INOS** (y modificatorias): Pautas contenidas en el modelo de *estatuto* guía para las obras sociales sindicales.
- **Resolución 75/98 SSSalud** (y modificatorias): Procedimiento administrativo de *reclamos* de beneficiarios, frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico asistencial.
- **Resolución 457/00 SSSalud** (y modificatorias): Procedimiento obligatorio en los *centros de atención al público* de los Agentes del Seguro de Salud, sus Delegaciones y los Prestadores Institucionales contratados.
- **Resolución N° 650/97 ANSSAL** (y modificatorias): *Estadísticas de Prestaciones Médicas*.
- **Resolución N° 370/10 SSSalud** (y modificatorias): Identificación de los beneficiarios en el *padrón* de la Superintendencia de Servicios de Salud.

- **Resolución N° 1430/10 SSSalud** (y modificatorias): Plan de Cuentas, Manual de Cuentas, Anexos y Notas para la confección de los Estados Contables anuales.
- **Resolución N° 314/01 SSSalud** (y modificatorias): Capacidad financiera inmediata de su pasivo corriente. Modifica la Resolución N° 109/2000 SSSalud.
- **Resolución N° 744/04 SSSalud** (y modificatorias): Para la presentación de los Estados de Situación intermedia.
- **Resolución N° 330/1991 ANSAL** (y modificatorias): Para la presentación de los Presupuestos Projectados.

3.8 - Síntesis del análisis

La relación entre el Factor de Criticidad y el Patrimonio Neto, dio como resultado veintitrés (23) obras sociales, las cuales se exponen en el ANEXO 2. Con el propósito de una mejor visualización se definió con colores el Nivel de Riesgo según el valor del Factor de Criticidad, ver Cuadro N° 4.

Nivel de Riesgo	cantidad de Obras Sociales	%
BAJO "0"	11	48%
MEDIO "0,3125"	6	26%
ALTO "0,625"	6	26%
	23	100%

Cuadro N° 4 “Nivel de Riesgo.”

Como puede observarse en el Gráfico 1, en el periodo seleccionado, de las obras sociales que tienen Patrimonio Neto Negativo, es decir que se encuentran en crisis económico - financiera, solo el 26% muestra un alto nivel de riesgo según el Factor de Criticidad y ninguna está en *Situación de Crisis* según los parámetros del Decreto 1400/01.

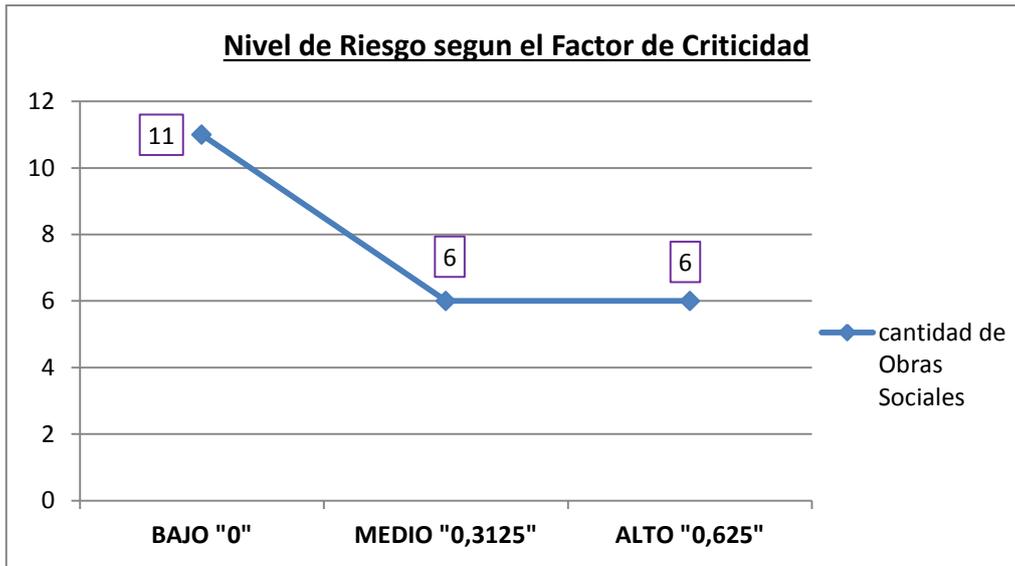
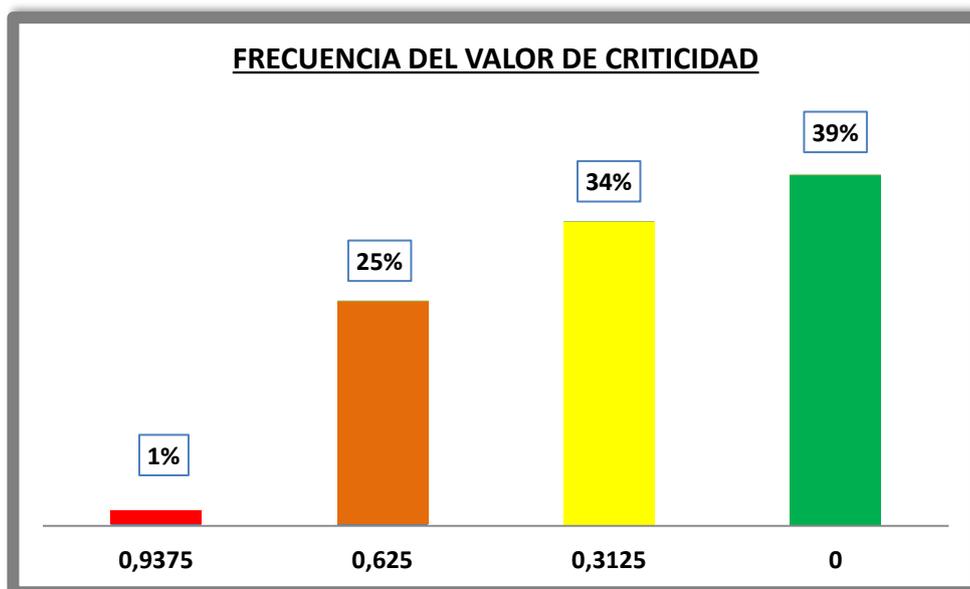


Gráfico 1

Cabe aclarar ciertos aspectos a considerar en el análisis:

- Los dos cortes de determinación del patrimonio neto negativo del 31/10/2016 y 31/03/2017 muestran que, cuatro obras sociales revirtieron su situación, ya que en el 2017 sus patrimonios netos son positivos. Y dos obras sociales exhiben una situación crítica al 31/03/17 y no al 31/10/2016.
- Cuatro obras sociales se encontraban en Concurso de Acreedores y por ello en Crisis tal como lo especifica el decreto. Sin embargo habría que verificar si el Patrimonio Neto negativo es post-concursal.
- De la muestra el 74% presenta su Patrimonio Neto negativo tanto al 31/10/2016 como al 31/03/2017.

Asimismo, el lapso trimestral del periodo seleccionado es de trece trimestres (13) que van desde febrero 2014 a febrero 2017. Al analizar la frecuencia del resultado del valor del Factor de Criticidad de las 23 obras sociales, el resultado obtenido (ver Cuadro N° 5) es que el 39% de las veces su riesgo es "0".



Cuadro N° 5 “Frecuencia del Factor de Criticidad”

En síntesis, puede decirse que el Factor de Criticidad no es suficiente para expresar la realidad económico-financiera y de gestión de una obra social tal y como está establecido en la normativa; ya que una entidad con su Patrimonio Neto negativo de por sí muestra un condicionamiento crítico.

Como antecedente puede citarse a la Resolución 117/2000 SSSalud, derogada por el decreto, que establecía que un agente con Patrimonio Neto negativo, independientemente de sus otros indicadores, estaba en situación de crisis.

Capítulo 4 - Propuestas de intervención

Es de suponer, y tal como se interpretan los vistos y considerandos del Decreto 1400/01 PEN, que la intención de sus autores fue contemplar una problemática socio-económica del contexto de la época que fuese sustentable con los derechos a la salud de la población de la Seguridad Social y específicamente de la Obras Sociales Nacionales.

Los diseños y contenidos de las matrices aplicadas en la determinación del Factor de Criticidad y Situación de Crisis, tienen una razonabilidad acertada y establecen sus fundamentos sobre normas legales para el control y seguimiento de la gestión de los Agentes del Seguro de Salud.

Sin embargo, como ya se ha demostrado en el “*Diagnóstico*”, los procedimientos no son suficientes por sí mismos. Es por ello que debería tenerse en cuenta el estado del Patrimonio Neto.

De esta forma se observa que no se pondera de forma explícita a aquellas organizaciones que presentan en sus Estados Contables el **Patrimonio Neto Negativo**, como indicador excluyente. Se lo considera como un Requisito más de los 12 totales del Criterio 2, diluyéndose su importancia y significatividad, siendo este indicador de real importancia para situar la gestión y situación económico-financiera de las organizaciones.

En primera instancia se podría modificar el decreto, circunstancia difícil ya que depende del Poder Ejecutivo.

Como segunda propuesta, que el organismo de control y regulación dicte una resolución que permita ponderar como Situación de Crisis también a aquellas obras sociales con su patrimonio neto negativo.

En términos legales una resolución es de menor jerarquía que un decreto, por ello la alternativa es ejecutar paralelamente un seguimiento especial.

Por otra parte, cabe destacar que las normativas que conforman y respaldan las pautas de los indicadores y sub-indicadores de cada uno de los Criterios y sus respectivos Requisitos, son heterogéneas en tiempo y forma de su creación. Es por ello que las mismas deberían reverse y adecuarse en función de los cambios en los procesos de controles, metodologías en las mejoras, los avances tecnológicos que se han sucedido en el transcurrir de esos años hasta la actualidad.

Tomado a modo de ejemplo, tenemos la norma que establece las *pautas de los modelos de Estatutos para las Obras Sociales Sindicales*³ que fue creada en el año 1991 por el Ex Instituto Nacional de Obras Sociales – INOS, reemplazado por la Ex ANSSAL.

Otro ejemplo es la norma vinculada a la medición de las *Estadísticas de Prestaciones Médico Asistenciales*⁴ que fue creada en el año 1997 por la Ex

³ Resolución Nº 481/90 INOS: Pautas contenidas en el modelo de estatuto guía para las obras sociales sindicales.

⁴ Resolución Nº 650/97 ANSSAL: Estadísticas de Prestaciones Médicas

Administración Nacional de Seguros de Salud – ANSSAL; organismo hoy en día sustituido por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Otro tema a considerar es el **valor límite de sesenta y cinco (65)** del *Factor de Criticidad*, establecido en el Decreto 1400/01 PEN. Éste permite orientar el nivel de Riesgo en el cual se encontraría la Entidad, el cual surge explícitamente del decreto, facultando a la Superintendencia de Servicios de Salud para reducir dicho valor límite. Este valor límite fue establecido en la norma en el año 2001, en función de las circunstancias preponderantes en esa época, por ello se sugiere su revisión con el propósito de determinar si modificar en menos su valor establecería mejores parámetros de control o no.

También, e independientemente de la obligatoriedad de la presentación de cierta documentación específica, se debería contemplar el **Criterio 1** y sus respectivos Requisitos, con otros criterios de clasificación, por ejemplo, en los casos de **Cartillas, Programa Médico Asistencial y Contratos** se sugiere incluir como un criterio más, en caso de modificarse el decreto, el resultado del análisis técnico, de su contenido en cumplimiento con los objetivos y parámetros que permitan alcanzar los fines para los que han sido creados. Es por ello que deberían ser incorporados nuevos indicadores que establezcan estas mediciones cualicuantitativas.

Capítulo 5 - Conclusiones

Tal como se observó en el apartado de “*Diagnóstico*”, el diseño de los componentes que establecen el *Factor de Criticidad* y por consiguiente si la obra social se encuentra en *Situación de Crisis* no son suficientes.

La derogación de la Resolución 117/2000 SSSalud y lo vinculado al Patrimonio Neto Negativo establece un vacío significativo, insuficiente para la determinación de la situación de crisis. También puede mencionarse la necesidad de evaluar la vigencia actualizada de las normas que la componen y en especial las vinculadas al Criterio 1 de requisitos formales, como así también si el valor matemático de 0,65 del Factor de Criticidad es el adecuado.

Atento al contexto actual desde lo social, económico, financiero y tecnológico se sugieren las siguientes consideraciones que permitan establecer la viabilidad de los parámetros que determinan si un Agente del Seguro de Salud se encuentra en Situación de Crisis y su nivel de Riesgo:

- ✚ Incorporar nuevos indicadores y sub-indicadores, a través de normas y procedimientos que mejoren y complementen los ya existentes,
 - *Medición del Patrimonio Neto*, reflexionando que si éste es negativo, nos estaría diciendo que la Organización debe más de lo que tiene.
- ✚ Rever si la normativa vigente da legitimidad a las necesidades y características de los procedimientos de regulación y control.
- ✚ Analizar el *Valor del Factor de Criticidad* en su razonabilidad a fin de establecer si su disminución implicaría una mejora en la determinación de la *Situación de Crisis* de los Agentes del Seguro de Salud.
- ✚ Incorporar como otros criterios al análisis técnico del resultado de contenido vinculado con Cartilla Médica, Programa Médico Asistencial y Contratos con prestadores. Medición del Programa Médico Asistencial, entendiendo que el mismo debe contener como mínimo lo establecido en el Programa Médico Obligatorio:

- *Medición de la Cartilla de Prestadores*, identificando si éstas cumplen con las pautas básicas que deben observar las Obras Sociales Nacionales.
- *Medición de los Contratos con los prestadores y redes de prestadores*, verificando si los mismos se ajustan a la guía sugerida por el Organismo de regulación y control.

Es de resaltar que tanto la Ley 25561 de ***Emergencia Pública Social, Económica, Administrativa, Financiera, y Cambiaria*** y el Decreto 486/2002 de ***Emergencia Sanitaria Nacional***, se encuentran vigentes hasta el 31/12/2017.

ANEXO 1 – CRITERIO 2 y sus REQUISITOS

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula Valor	Valor aceptado
1	Capital de trabajo	Activo Corriente - (Pasivo Corriente *0,75)	> 0
2	Endeudamiento total	Pasivo Total / Patrimonio Neto	< 2
3	Endeudamiento corriente	Pasivo Corriente / Patrimonio Neto	< 1
4	Patrimonio Neto	Activo Total - Pasivo Total	> 0
5	Bienes de Uso	Bienes de Uso / Patrimonio Neto	< 1
6	Resultado Operativo	Resultado Operativo / Ingresos Totales	> 0
7	Nivel de Gasto Prestacional	Gasto Prestacional x 100 / Ingresos Totales	> ó = 80%
8	Nivel de Gastos Administración	Gastos Administrativos x 100 / Ingresos Totales	< ó = 8%
9	Rotación de Créditos por Aportes y Contribuciones	Créditos por Aportes y Contribuciones / Promedio Mensual de Ingresos por Aportes y contribuciones	< 2.3
10	Rotación Deuda Prestacional	Deudas Prestacionales / Gastos Prestacionales Promedio Mes	90/120 días
11	Liquidez Prestacional	Activo Corriente / Pasivo Corriente Prestacional	> 1
12	Cantidad de Beneficiarios	Cantidad de Beneficiarios	> 10.000

ANEXO 2 - MATRIZ DE RELACION “FACTOR DE CRITICIDAD Y PATRIMONIO NETO”

OBRAS SOCIALES	FACTOR DE CRITICIDAD													PATRIMONIO NETO	
	1° T2017 28/02/17	4° T2016 30/11/16	3° T2016 31/08/16	2° T2016 31/05/16	1° T2016 29/02/16	4° T2015 30/11/15	3° T2015 31/08/15	2° T2015 31/05/15	1° T2015 28/02/15	4° T2014 30/11/14	3° T2014 31/08/14	2° T2014 31/05/14	1° T2014 28/02/14	AL 31/10/16	AL 31/03/17
1	0,625	0,625	0,3125	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	NEGATIVO	NEGATIVO
2	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO
3	0,3125	0	0,3125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	NEGATIVO
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
5	0	0	0,625	0,625	0,625	0	0	0	0,3125	0	0,3125	0,3125	0,3125	-	NEGATIVO
6	0,3125	0,3125	0,625	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,9375	0,625	0,625	0,625	0,9375	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
7	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,625	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,625	0,625	NEGATIVO	NEGATIVO
8	0,3125	0,3125	0,3125	0,625	0,3125	0,3125	0,625	0,3125	0,3125	0,625	0,625	0,3125	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
9	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	NEGATIVO
11	0	0	0,3125	0	0	0	0	0	0,3125	0,625	0,625	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO
12	0	0	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,625	0,3125	0,3125	0	0	0,3125	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
13	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	NEGATIVO
15	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO
16	0,625	0,625	0,625	0,3125	0,625	0,625	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
17	0	0	0	0	0,3125	0,3125	0,3125	0,625	0	0	0	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO
18	0	0	0	0	0,3125	0	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0	NEGATIVO	-
19	0,3125	0,3125	0,3125	0,9375	0,9375	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,3125	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
20	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,3125	0,3125	NEGATIVO	NEGATIVO
21	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,3125	0	NEGATIVO	-
22	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	0,625	NEGATIVO	NEGATIVO
23	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	0	0	0	0,3125	0,3125	0,3125	0	0	NEGATIVO	NEGATIVO

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón J. (2009). *Epidemiología: concepto, usos y perspectivas*. Revista Peruana de Epidemiología Volumen 13 N° 1.
- Fassio A., Pascual L. y Suárez F. M. (2004). *Introducción a la Metodología de la Investigación aplicada al Saber Administrativo*. Buenos Aires, Ediciones Corporativas.
- Harmon M. y Mayer R. (2000). *Teoría de la Organización para la Administración Pública*. España, S.L. Fondo de cultura económica de España.
- Krieger M. (2001). *Sociología de las organizaciones*, Buenos Aires: Prentice-Hall.
- Marradi, Archenti y Piovani (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, EMECE Editores
- Maturana H. (1996). *La Democracia es una Obra de Arte*. Bogotá: Cooperativa editorial del Magisterio.
- Sartori G. y Morlino L. (2002). *La comparación en las Ciencias Sociales*. España, Madrid: Alianza Editorial.
- Ragin, Ch. C., (2007) *La construcción de la investigación social, Grupo IDEAS, Colombia*.
- Ricoeur P. (2008). *Sobre la Traducción, El Paradigma de la Traducción*. España, Valencia, Universidad de Valencia Maig.
- Znaniecki F. (1934). *Propuesta Metodológica USA: Farrart & Renhart*.
- Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326 de 2000.
- Ley de Obras Sociales, Régimen de Aplicación N° 23.660 de 1989.
- Ley Sistema Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) N° 23.661 de 1989.
- Ley de Emergencia Económico – Financiera N° 25.344 de 2000.
- Ley de Emergencia Pública Social, Económica, Administrativa, Financiera y Cambiaria N° 25561 de 2002.
- Decreto Reglamentario N° 576 de 1993, Sistema de Obras Sociales.
- Decreto Reglamentario N° 1116 de 2000, de la Ley 25344.
- Decreto N° 1400 de 2001, Registro de Datos. Fondo Solidario de Redistribución. Derecho de Opción del Beneficiario. Obras Sociales en Crisis.
- Decreto N° 1602 de 2001, Emergencia Económica – Financiera del Estado Nacional.

- Decreto DNU N° 486 de 2002, Emergencia Sanitaria Nacional.
- Decreto DNU N° 50 de 2002, entrada en vigencia de la Ley 25561.
- Decreto Reglamentario N° 71 de 2002, de la Ley 25561.
- Resolución N° 109 de 2000 de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- <http://www.bolunta.org/manual-gestion/anexospdf/motivaciones.pdf>
- <http://www.grandespymes.com.ar/2012/12/10/definicion-y-caracteristicas-de-los-indicadores-de-gestion-empresarial/>
- <http://www.espm.mx/oferta-academica/maestrias/mc-gestion-calidad-servicios-salud.html>
- www.sssalud.gov.ar – objetivos del organismo.
- www.pitt.edu/~asp27/USAL/2007.Fundamentos.pdf.
- www.nohlen.uni-hd.de/es/doc/diccionario_metodo-comparativo.pdf.