



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Descripción de la organización del trabajo y de la sustentabilidad financiera de una empresa privada que presta servicios de salud en la provincia de Santa Fe, Argentina. Durante el período 2015 – 2017.

Autor: CPN. Ignacio Mariano Correa

Directora: Mgter. María Natalia Echevoyemberry

2019



“Estamos rodeados de actitudes solemnes que solo perjudican nuestra investigación. El conocimiento no se exhibe en repisas y vitrinas. Para hacer ciencia hay que arremangarse y ponerse alpargatas. Con pasión y sin miedo de ensuciarse, como quien se decide a trabajar su jardín”.

Margot Romano Yalour

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por siempre ser el sostén de todos mis proyectos y por resignar tiempos juntos para que pueda viajar, estudiar y trabajar en la maestría.

Al Directorio del Sanatorio Reconquista por darme su apoyo e incentivar me para que pueda lograr mi objetivo, entendiendo la necesidad de capacitarse como aporte al crecimiento personal, pero también institucional.

A mi directora de tesis y tutora, Mgter. María Natalia Echegoyemberry, por haberme guiado en el camino de concretar este trabajo, y por siempre tener una mirada positiva mientras lo transitábamos.

A mis compañeros, por los buenos momentos y experiencias compartidos.

INDICE

1	Resumen.	5
2	Introducción.	13
3	Identificación del problema.	19
4	Pregunta de investigación.	34
5	Justificación del investigación.	35
6	Marco teórico.	37
7	Objetivos.	56
8	Diseño Metodológico.	58
7	Fuentes.	61
8	Resultados.	62
9	Discusión.	95
10	Recomendaciones.	97
11	Conclusión.	105
12	Bibliografía	109

GLOSARIO

ADECRA	Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina
COSANAR	Comisión Sanatorial de Aranceles (Chaco)
CeDyE	Centro de Datos y Estadísticas del Instituto de Investigaciones Económicas (IIE) de la Bolsa de Comercio de Córdoba
CADIME	Cámara de instituciones de diagnóstico Médico.
Cedim	Cámara empresaria de diagnóstico por imágenes.
Output	Salida
Input	Entrada
CV / PV / CM / V / CF	Costo Variable. Precio de Venta. Contribución Marginal. Ventas. Costo Fijo.
PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
IAPOS	Instituto Autárquico de Obra Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
IVA	Impuesto al valor agregado.
Afip	Administración Federal de Ingresos Públicos.

RESUMEN.

El presente estudio analiza las características de la organización del trabajo y la sustentabilidad financiera a partir de la estructura de ingresos y egresos, la dinámica de funcionamiento y los determinantes del contexto organizacional (inserción en el sistema de salud, marco normativo, normas impositivas, coyuntura económica) que impactan en una empresa que presta servicios de salud en la provincia de Santa Fe, República Argentina, durante el período 2015 – 2017. Se utilizó una metodología cuantitativa basándose en un estudio de caso descriptivo de corte transversal. Los datos para llevar adelante la misma fueron provistos por el sistema de información de la organización bajo estudio y se trianguló información. Las variables cuantitativas fueron analizadas a través del análisis de frecuencias y valores absolutos y utilizó el análisis PEST (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos) para analizar la información del contexto. Dentro de los principales hallazgos se pueden señalar que los ingresos sanatoriales se concentran en dos financiadores estatales (PAMI en un 53.49% y IAPOS en un 16.39%), sobre los cuales el sanatorio tiene limitado poder de negociación. Los egresos se concentran en un 45.52% en sueldos, jornales y cargas sociales. Estos aumentan por ley (principalmente por negociación salariales) todos los años y el sanatorio, aquí también, tiene escaso poder de negociación. Si a este dato se le suman los importes erogados por honorarios profesionales, la incidencia de los gastos relacionados con recursos humanos llega al 68.10% del total. Los incrementos de aranceles otorgados por los financiadores hacia los efectores privados no alcanzan a igualar el índice de aumento de precios del sector. Además, los financiadores no

cubren, con el valor del Día Pensión, el precio de referencia para el sector privado de salud (precio de venta) establecido por las cámaras representantes de la actividad. Asimismo, del total de las ventas en el período bajo análisis, el 90% es vendido a No Gravados en IVA y, del total de las compras, sólo el 66% son No Gravadas. Esto genera saldos de IVA a favor del efector que no pueden ser compensados con otra carga fiscal (débitos fiscales menores a los créditos fiscales). El ciclo del negocio, desde que se presta los servicios hasta que se cobra, está entonces desfasado en perjuicio del prestador de servicios esenciales de salud.

Además, los principales ingresos se cobran, en promedio, a 66.67 días de presentada la facturación del principal gasto, como los sueldos y las cargas sociales, que se pagan de contado. Se verifica así la importancia que tienen los débitos realizados por los financiadores a los efectores sobre sus facturaciones.

En líneas generales, el estudio permitió verificar la desregulación y heterogeneidad en los valores ofrecidos por los financiadores a la efectora, así como también la falta de un nomenclador de prácticas valorizadas de referencia, lo que compromete la sustentabilidad de ésta, impactando en los usuarios de servicios de salud que se encuentran con cobertura del subsector de obras sociales, ya que el estado no tiene en la región analizada forma de absorber la prestación por carencia de infraestructura y servicios. Esta desregulación en los aranceles se complementa con una concentración oligopólica en los financiadores, mientras que desde el lado de los efectores existe una gran dispersión.

En el presente estudio se identificó y corroboró el efecto “tenaza” al que es sometido el prestador privado de salud, en donde en una de las hojas de la tenaza se encuentra su principal centro de costo -sueldos- jornales, cargas sociales y honorarios que se actualizan

escalonadamente por ley-, y la otra hoja de la “tenaza” son sus ingresos, del cual el efector no es formador ni tiene poder de negociación, por lo que esta “tenaza” presiona al efector que se encuentra en el medio.

Además, los resultados pudieron corroborar que el sanatorio tiene graves problemas para desarrollarse. Así quedó evidenciado en el análisis de sus estados de resultados y patrimoniales. Estos muestran que las condiciones y marcos de contención establecidos (legales, impositivos, laborales, económicos y políticos) para el ejercicio de la actividad no toman en cuenta las particularidades en la prestación de estos servicios, por lo que no se los diferencia, en su tratamiento, de cualquier otra empresa que brinda servicios no esenciales. Esto expone a los efectores privados a graves problemas que ponen en riesgo su supervivencia.

También se verificó que el Estado no ejerce el control ni interviene frente a prestadores monopólicos. Asimismo, no establece incentivos impositivos para la actividad. Sin embargo, abunda la normativa vinculada al control, regulación, y punitivas de tipo tributario que afectan la sustentabilidad. Al mismo tiempo, se corroboró la falta de intervención del estado como figura de articulación, coordinación y órgano rector de la actividad del sector salud, librando la actividad del sector privado exclusivamente a las reglas del mercado. De esta manera, la salud no está garantizada como derecho humano esencial y el Estado deja librado al mercado la prestación (o no) de un servicio esencial restringiendo el servicio a la población que tenga (o no) capacidad de pago. Esta situación no sólo genera problemas en la sustentabilidad de los efectores del sector privado sino grandes inequidades en salud.

PALABRAS CLAVE: Organización del trabajo, sustentabilidad financiera, prestadora de Salud, subsector privado.

ABSTRACT

The present study analyzes the characteristics of the organization of work, and the financial sustainability from the structure of income and expenses, the dynamics of functioning and the determinants of the organizational context (insertion in the health system, normative framework, tax rules, economic situation) that impact on a company that provides health services in the province of Santa Fe, Argentina, during the period 2015 - 2017. A descriptive, cross-sectional, quantitative case study was conducted. Relevant information provided by the information system of the organization under study was obtained. The quantitative variables were analyzed through the analysis of frequencies and absolute values. The PEST analysis (Political, Economic, Social and Technological Factors) was used to analyze the context information. Among the main findings, it can be pointed out that the sanatorium income has been concentrated in two state funders (PAMI 53.49%, IAPOS 16.39%), over which the sanatorium has limited bargaining power. Expenditures are concentrated in Wages, Wages and Social Charges with 45.52%, these increase by law (Parity), every year, and the sanatorium also has little bargaining power. If this figure is added to the amounts paid for professional fees, the incidence of expenses related to human resources reaches 68.10% of the total. The increases in tariffs granted by the funders, towards the private effectors, do not reach to equal to the index of increase of prices of the sector. In addition, the funders do not cover, with the value of the Pension Day, the reference price for the private health sector (Price of Sale) established by the chambers representing the activity. Likewise, of the total sales in the period under analysis, 90% is sold to No Taxed in Iva, and of the total purchases, only 66% are Not Taxed, this generates (tax debits <to tax credits) VAT balances in favor of the effector that cannot be

compensated with other fiscal charges. The business cycle (from the time the service is provided until it is charged) is outdated to the detriment of the provider of essential health services, the main revenues are charged, on average, at 66.67 days after the billing is presented, and the main expense it is paid in cash (salaries - social charges). It verifies the importance of the debits made by funders to the effectors on their billings. The study allowed verifying the deregulation and heterogeneity in the values offered by the funders to the effector, as well as the lack of a nomenclature of valued reference practices, which compromises the sustainability of this, with an impact on the users of health services that they are covered by the subsector of social works since the state does not have in the analyzed region how to absorb the provision due to lack of infrastructure and services.

This deregulation in tariffs is complemented by an oligopolistic concentration in the funders, while from the side of the effectors there is a great dispersion. The present study identifies and corroborates the "pincer" effect to which the private health provider is subjected, where, in one of the leaves of the pliers is its main center of cost (salaries - wages - social charges - fees), those that are updated step by step by law, and the other sheet of the "pincer" are their income, of which the effector is not a trainer or has bargaining power, so this "pincer" presses the effector who is in the middle . In addition, the results corroborate that the sanatorium has serious problems to develop, this exposed in the analysis of its results and patrimonial statements, because the conditions and frameworks of containment established (legal, tax, labor, economic, political) for the exercise of the activity does not take into account the particularities in the provision of these services, so they are not differentiated, in their treatment, from any other company that provides non-essential services. This exposes the private effectors to serious problems

that put their survival at risk. It was verified that the State does not exercise control or intervene with monopoly lenders. Likewise, it does not establish tax incentives for the activity. However, there are many regulations related to control, regulation, and punitive taxation that affect sustainability. The lack of intervention by the state as a figure of articulation, coordination and governing body of the health sector activity was also corroborated, freeing the activity of the private sector exclusively to the rules of the market. In this way, health is not guaranteed as an essential human right, the state leaves to the market the provision (or not) of an essential service and conditioned the service to the population that has (or does not) ability to pay. This situation generates not only problems in the sustainability of the effectors of the private sector, but large inequities in health.

KEY WORDS: Organization of work, financial sustainability, health provider, private subsector.

INTRODUCCIÓN:

La institución privada analizada en el presente estudio -en adelante “el Sanatorio”- desarrolla su actividad en la ciudad de Reconquista, Provincia de Santa Fe y zona de influencia. Reconquista está ubicada en el norte de la Provincia de Santa Fe, a 320 km de la capital de la provincia del mismo nombre y a 220 km de la capital de la provincia de Chaco. Fue fundada en 1872 y tuvo sus inicios con fuerte actividad agrícola y comercial. Ya para 1870 se establecieron las primeras industrias, se construyó el puerto y las líneas del ferrocarril, lo que aceleró el desarrollo de la ciudad. En la actualidad, Reconquista tiene una población estimada de 80.000 habitantes.

La ciudad se ha convertido en una referencia económica y política muy importante en el norte de la provincia, pasando a jugar un rol determinante en la estructura política, económica, cultural y educativa provincial. Esto se debe a que posee un centro judicial, parques y distritos industriales con importantes empresas, y, desde hace unos años, las principales universidades se radicaron con proyectos educativos, convirtiéndola en un polo educativo con mucha proyección.

Existe, además, una característica geográfica política particular a señalar: Reconquista limita al norte con la ciudad de Avellaneda, otro importante centro urbano con una población de 30.000 habitantes. Comparte con Reconquista su estructura política, económica, social y de salud, entre otras, y ambas lideran el área metropolitana, abarcando una importante zona de influencia que incluye pueblos y ciudades que deben buscar asistencia en salud en las instituciones radicadas en estas ciudades cabeceras.

En lo que respecta al sistema de salud, la ciudad de Reconquista cuenta con dos clínicas privadas y un hospital central. Además, actualmente se está construyendo un nuevo hospital regional. Mientras tanto, la localidad de Avellaneda cuenta con dos clínicas privadas, contribuyendo escasamente y con poca complejidad al sistema de salud del área metropolitana.

Si bien los servicios de salud otorgados por las unidades de Reconquista y Avellaneda varían en complejidad, cubriendo el primer y segundo nivel de atención, la institución privada de salud que se analiza en el presente estudio es la más grande de las cuatro antes nombradas, portando la mayor estructura respecto de cantidad de camas, quirófanos, servicios, personal médico, de enfermería y administrativo, volumen de facturación, etc.

El Sanatorio es una empresa de más de 50 años de existencia con amplio impacto local y regional, siendo el centro asistencial más importante entre las ciudades capitales de la Provincia de Santa Fe y Chaco, de norte a sur y desde Goya, Corrientes hasta Tostado, de este a oeste (Asociación Gremial Médica, 2016). El Sanatorio es una Sociedad Anónima de capital privado y es efector de servicios de salud para el primer y segundo nivel de atención.

El Sanatorio nace del acuerdo de profesionales médicos que, en los años 50', estaban desempeñándose en el hospital público. La estructura societaria de la empresa está conformada actualmente con un capital social atomizado en 70 socios, dentro de los cuales, la mayor concentración del paquete accionario (>51%) se halla concentrada en 10/70 socios (Fabrissin, 2016).

El órgano de dirección del Sanatorio es el Directorio, que conforma la cúspide estratégica y es la máxima autoridad dentro de la estructura funcional. Esta mesa es integrada por cinco directores titulares, y cinco suplentes, todos ellos médicos. Es de destacar que dentro de los diez profesionales que integran el mencionado directorio, la mayoría accionaria de capital es parte, por lo que no solo es un órgano de dirección sino también es la mayoría accionaria en las asambleas.

Otra singularidad del Directorio es que el 80% de los integrantes se encuentran en actividad, es decir que desempeñan la tareas de directores y, además, prestan servicios dentro del Sanatorio. Asimismo, de los directores en actividad, 90%, es titular de un servicio, por ejemplo: ecografía, resonancia, hemodinamia, etc. (Zorzón, 2016).

Como se consigna arriba, la cúspide estratégica es el directorio y el proceso decisorio se encuentra y desarrolla dentro de su seno. Estas decisiones, por tradición, son tomadas por consenso. Los directores, a su vez, se reparten sectores del Sanatorio, conformando un mecanismo de delegación dentro de los integrantes a fin de formar una red de subgerencias para temas específicos. En síntesis, directores, dueños y a la vez prestadores de servicios, configuran la masa crítica decisional del Sanatorio.

El órgano de dirección cuenta además con una asesoría legal, una asesoría contable y de negocios y un brazo ejecutor, ubicado jerárquicamente debajo del directorio, que es la figura del Administrador. No hay en la estructura del Sanatorio un director médico como figura que unifique políticas y decisiones en la parte médica y esta tarea es compartida por los directores y los profesionales integrantes del staff médico del Sanatorio.

Podemos observar, entonces, que el Sanatorio es una empresa mediana con una estructura prestacional atomizada en servicios no propios -en cabeza de socios directores y/o terceros- que se coordinan con servicios propios. Cuenta 56 camas de internación distribuidas en 2 pisos, 10 camas de terapia intensiva, 4 quirófanos, guardia central con 4 camas de observación, neonatología, maternidad, tomografía, resonancia, hemoterapia, ecografía, laboratorio de análisis, estudios por video, patología, hemodinamia, consultorios ambulatorios.

Dentro del desarrollo de la actividad de servicios de salud realizada por el Sanatorio, pueden identificarse como una de sus principales ventajas competitivas el haber logrado, a través del tiempo, una estructura de servicios sanatoriales amplia y moderna, siendo, como fue expuesto con anterioridad, un referente en la zona norte de la provincia. Esta adecuación de la empresa, incorporando nuevas tecnologías y procesos, se produjo como resultado de una particular política adoptada por los sucesivos directorios, en donde el proceso de modernización y creación de nuevos servicios se realizó, no mediante reinversiones del producido genuino de la empresa, sino con aportes de médicos socios que cerraban sus vínculos con acuerdos comerciales. Es decir que el proceso de modernización observado en esta empresa se da por la *tercerización/privatización* de los “nuevos” servicios por parte la sociedad hacia terceros.

Al revisar los acuerdos (Actas de Directorio, 2000), éstos también tenían singularidades, a saber: en su mayoría una de las partes era un socio del Sanatorio con cargo directivo, provocando que los dueños pasaban a ser titulares de estos servicios ante la “imposibilidad” por parte de la empresa de afrontar el armado de las nuevas unidades de

negocios. Otro rasgo, es que los servicios o unidades de negocios que surgían siempre estaban asociados a nuevas prácticas médicas provenientes de la implementación de las innovadoras tecnologías que salían al mercado.

Además, el protocolo de actualización de infraestructura no permitía a la empresa adquirir el equipamiento ni gestionarlo. Es decir, no se buscaban alternativas de financiación, de gestión, ni re inversión adecuadas para que el servicio o proyecto tribute a las arcas sanatoriales, sino que, en cabeza de un socio, se adquiría el equipo y luego se cerraba un acuerdo comercial, entre el Sanatorio y el profesional (Actas de Directorio, 2000).

Continuando con la descripción de la organización, es importante hacer referencia al rol de la Asociación Gremial Médica (en adelante AGM) del departamento General Obligado, parte fundamental de la gestión del Sanatorio. Esta asociación, si bien es una persona jurídica escindida del Sanatorio, fue originada por la iniciativa de los directivos del Sanatorio, en post de brindar representatividad gremial a los profesionales y poder tener una entidad que centralice la actividad médica de la región. La misma cuenta en su mesa directiva con directores del Sanatorio.

En cabeza de la AGM se encuentran el pool de contratos que permiten al Sanatorio la relación con las obras sociales representativas de más del 50% de los ingresos de la empresa y dentro de las cuales está la obra social provincial IAPOS.

También se puede señalar que la AGM factura por cuenta y orden del Sanatorio. Es decir, cobra y financia al Sanatorio, por lo que es crucial observar las acciones de gestión que se hacen u omiten desde esta asociación, ya que tiene efectos directos sobre la economía sanatorial y su vida política institucional.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El sector privado que presta servicios de salud dentro del sistema de la República Argentina tiene graves problemas para desarrollarse, siendo afectado por las condiciones y marcos de contención establecidos, tanto en relación a los marcos legales e impositivos como a los laborales, económicos y políticos. En efecto, el marco regulatorio del Estado para el sector privado -en este caso para los sanatorios-, no toma en cuenta las particularidades en la prestación de los servicios de salud que realiza, por lo que no los diferencia, en su tratamiento, de cualquier otra empresa que brinda servicios no esenciales. Esto expone a los efectores privados a graves problemas que ponen en riesgo su sustentabilidad, lo cual a su vez, tiene efecto en la accesibilidad a los servicios de salud para la ciudadanía que cuenta con una cobertura social (ADECRA, 2016).

El Sanatorio es, según la clasificación de la Secretaria de Emprendedores y de la Pequeña y Mediana Empresa (Resolución 154/2018), una mediana empresa contemplada en el Tramo I de la clasificación, la cual presta servicios dentro del sistema de salud argentino.

La comercialización de servicios tiene atributos particulares respecto de los bienes, ya que aquellos son intangibles -no se pueden guardar-, por lo que la organización que los presta no puede esperar que los costos invertidos en ellos generen un valor posterior (revalúo por guarda). Es decir que este tipo particular de bienes son heterogéneos y el “cliente” participa en el proceso de “elaboración”, se consumen en el momento de ser prestados y existe una simultaneidad entre la prestación y el consumo (Schiavone, Ríos, 2014).

Al mismo tiempo, el mercado de la salud tiene características particulares que lo diferencian, por lo que las leyes de la economía de mercado no pueden aplicarse como en el mercado de cualquier otro producto. Algunas de las características son: a) el que compra no elige el producto que adquiere, b) el que compra no paga siempre en forma directa, c) la demanda es impredecible, d) falta de incentivos a los proveedores privados, d) hay una relación agencial y asimetría de información donde los consumidores -pacientes- no suelen tener los conocimientos necesarios para hacer elecciones apropiadas y el médico (y sistema en general) determina la demanda de los pacientes.

A estas características propias, se agrega que el servicio es prestado por equipos multidisciplinarios junto con la tecno estructura organizacional. Así, un paciente con una patología depende del expertise del profesional médico interviniente, pero también de otros servicios y estructura conexos, como laboratorio, imágenes, esterilización, provisión de oxígeno, limpieza, administración, esterilización, compras, etc. (Schiavone, Ríos, 2014).

Además, las particularidades de la gestión en salud se desprenden de las formas en que las personas buscan cuidados de salud (la demanda), y la lógica que las organizaciones (de servicios de salud) utilizan para proveer dichos servicios. Es decir que existe en la provisión de servicios de salud una complejidad extra a la de los servicios en general (Tobar, 2000).

Tobar (2000) señala que se ve el impacto que tiene la particularidad de prestar servicios con características de intangible y heterogéneos y esto presenta desafíos para lograr rentabilidad con este tipo servicios. Así, los *outputs* de las prestadoras de servicios de salud

se desarrollan entre variables internas y externas que afectan negativamente su eficiencia y posibilidades de subsistir como empresa, crecer y desarrollarse.

Siendo proveedoras de servicios, la especificidad y complejidad que implican los servicios de salud, hacen que los efectores de salud no sean parte del estándar en la gestión organizacional. Al desarrollarse como empresa, dentro del sector privado de salud, se coloca como objetivo el de maximizar sus ingresos y el valor para sus accionistas, vendiendo sus servicios de salud a los financiadores del sistema.

Este objetivo de maximizar rentabilidades es producto, como lo explican Norton y Kaplan (2009), de un proceso de relaciones causa efecto entre las dimensiones componentes de la estructura organizacional y su contexto, relaciones que siempre deberían culminar, para el actor privado, en un resultado económico positivo. Este resultado intenta ser logrado a través de la gestión de los recursos en su organización del trabajo para, de esta manera, obtener la rentabilidad marginal que tribute de manera positiva y asegure su subsistencia. Este fin empresarial se convierte en el principal problema de las empresas del sector privado de salud y es un verdadero desafío llevado al extremo dentro del sistema legal y económico de nuestro país (Norton, Kaplan, 2009).

Por lo anteriormente dicho, los prestadores privados de servicios, aunque conforman un potente sector económico y productivo, complementan al sector público, y tienen plena incidencia en la accesibilidad a la salud de la población con cobertura, encuentran serias dificultades para desarrollar su actividad, y no forman parte de la agenda de política pública de ningún gobierno (ADECRA, 2017).

Las problemáticas señaladas tienen origen con los cambios que ha sufrido el sistema de salud mediante las políticas de desregulación iniciada en los 90' y que se reactualizan en el presente ciclo (Arce, Comes, 2012) y de la ausencia estatal en la regulación, factor determinante a la hora de analizar las fallas de mercado inherentes al sector privado de la salud.

Al mismo tiempo, dentro de los organismos estatales de aplicación (Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Ministerio de Producción, Administración Federal de Impuestos, Administración Provincial de Impuestos, etc.) no existen políticas públicas de incentivos para la prestación de estos servicios por el sector privado, el cual es sometido a esquemas de funcionamiento comunes a otros sectores de servicios, sin reconocer sus particularidades de funcionamiento, y presiona a las empresas prestadoras, sometiéndolas a un esquema de desfinanciamiento crónico (Bascolo, 2008).

Gran parte del dinero que se asigna al sistema de salud de la Argentina se derrocha en ineficiencias del sistema y, por este motivo, los resultados sanitarios no se condicen con el monto invertido en salud.

En paralelo, existe en el sistema de salud de la Argentina una gran inversión por parte de los distintos niveles del estado (nacional, provincial y municipal) en promoción y prevención, pero esto tiende a una gran superposición y descoordinación de acciones que hacen difícil identificar al responsable de cada una de las instancias de aplicación.

También pueden identificarse descoordinaciones respecto a los recursos en duplicaciones de coberturas en las familias (una misma persona puede duplicación de aportes a obras sociales, prepagas y tener PAMI o una obra social provincial, o universitaria) sin que esto

represente una mayor calidad de atención, o un mejor acceso a la solución del problema de salud. En muchos casos, inclusive recurren a un elevado gasto de bolsillo.

Además, existe otra inconsistencia dentro del sistema a través de la cual el seguro de salud se financia con el salario. Como los salarios de las personas difieren mucho entre ellas y se debe financiar un único programa de prestaciones obligatorias (en adelante PMO), esto hace que convivan personas sobre financiadas en comparación con el valor del PMO, respecto a otras con déficit de financiamiento. De esta manera, terminan no siendo suficiente las acciones de la Superintendencia de Salud a través del Fondo Solidario de Redistribución (en adelante FSR).

Como consecuencia de estas inconsistencias y falta de reglas, existen muchos adultos mayores y familias cubiertas por obras sociales desfinanciadas, lo que ocasiona que deban acudir al efector público, descargando buena parte de su demanda de servicios en éstos (Giordano, 2018).

Como lo indica Bascolo (2016), la desregulación del nuevo marco institucional ha sido un limitante importante a la hora de garantizar condiciones de eficiencia, calidad y equidad de los servicios. Para este autor, la combinación de la introducción de mecanismos de mercado en la asignación de recursos en el mercado asegurador (libre elección de los beneficiarios,) y la debilidad o retirada del Estado como regulador de precios relativos y formas de provisión de servicios explican la profundización de heterogeneidad e inequidad del sistema de seguridad social (Bascolo, 2016).

En la TABLA 1 vemos esquemáticamente los organismos nacionales, provinciales y municipales que intervienen en la gestión del trabajo del efector privado de salud, como así también las principales cámaras empresarias y sitios de consulta respecto normativas.

TABLA 1. Principales normas y estructura gubernamental para los efectores privados en salud.

Organismo	Descripción.
Ministerio de Salud de la Nación	Autoridad de aplicación y control nacional. https://www.argentina.gob.ar/salud https://www.argentina.gob.ar/habilitacion-de-centro-medico
Superintendencia de Salud de la Nación	Es el ente de control y regulación del sector. https://www.sssalud.gob.ar/
Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.	Regula la calidad de los insumos y comienza a https://www.argentina.gob.ar/anmat
Ministerio de Trabajo de la Nación	Autoridad de aplicación y control de los convenios colectivos del sector. https://www.argentina.gob.ar/trabajo
Administración Federal de Impuestos.	Organismo de recaudación nacional. Aplica y controla las leyes tributarias y fiscales. Ley de impuesto al valor agregado. Ley de Ganancias. Impuesto a los Créditos y Débitos Bancarios.
Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.	Autoridad de aplicación y control provincial. Ley provincial 9847/1985 – DR1453/86 Ley provincial que rige las habilitaciones de establecimientos. Es de aplicación obligatoria, y establece los requisitos que se deben cumplir para poder obtener o renovar la habilitación provincial.
Administración provincial de impuestos (Santa Fe)	Organismo de recaudación provincial. Aplica y controla las leyes tributarias y fiscales. Impuesto a los ingresos Brutos. Impuesto Inmobiliario. Impuesto a los Sellos.
Gobierno Municipal. Dirección municipal de rentas.	Organismo de recaudación local. Aplica la ordenanza tributaria local. Derecho de registro e Inspección. Tasa General de inmuebles.
Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina.	http://www.adepra.org.ar/
Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales	http://www.confecelisa.com.ar/
LegiSalud	http://leg.msal.gov.ar/ Legislación en salud de la República Argentina. Este sitio concentra toda la legislación en materia de salud del país.
Infoleg	http://www.infoleg.gob.ar/ Información legislativa y documental.
Fuente. Elaboración Propia.	

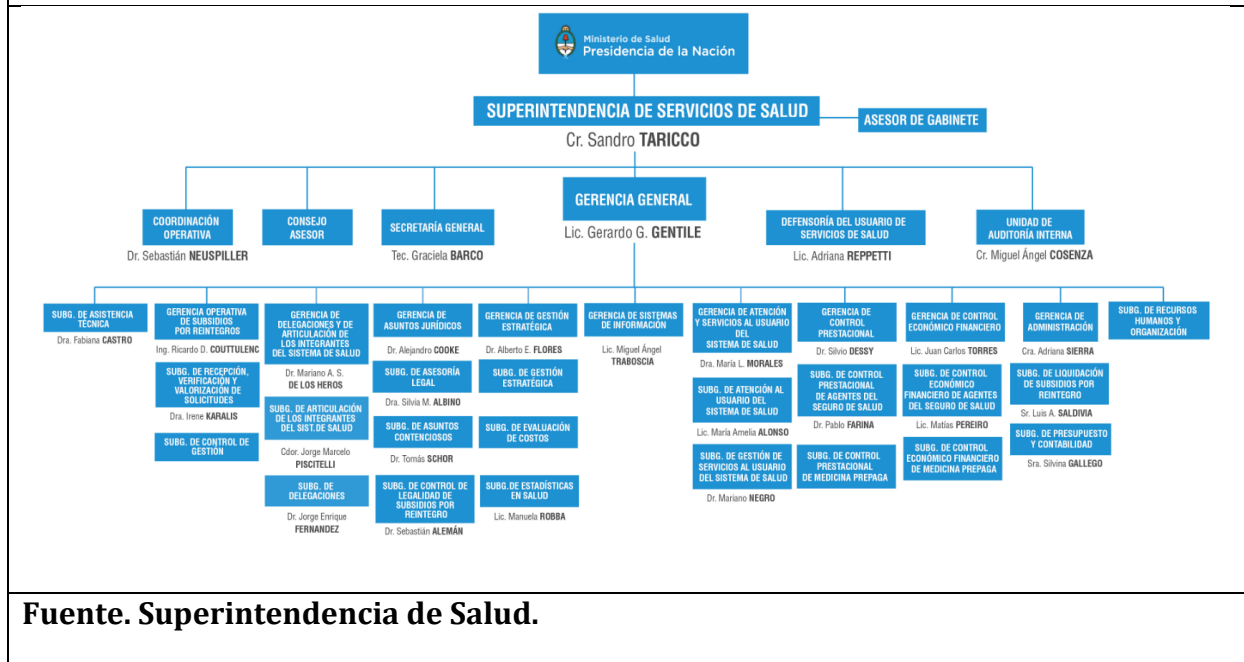
Luego de realizar una intensa búsqueda dentro de las referencias de la TABLA 1, se verifica que el sector privado de salud posee un esquema normativo propio, pero este es exclusivamente de carácter regulatorio y de control.

Por ejemplo, en el ámbito provincial, se exigen condiciones especiales de habilitación, requisitos de inscripción, construcciones, se prevén sanciones, etc. Así específicamente lo exige la Ley provincial de Santa Fe N° 9847 de 1985, junto a su decreto reglamentario 1453/86, la cual en su articulado prescinde de contener aspectos innovadores de estímulo.

Es de destacar también que, según su misión, la Superintendencia de Salud de la Nación es: ***“el ente de regulación y control de los actores del sector, 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 vigente.”***

El organismo nacional se presenta como un ente de regulación y control, además de velar por el cumplimiento de las políticas del área y, cuando habla de promoción, lo hace en referencia a la accesibilidad por parte de la población, Es decir, los efectores no están en la misión del organismo ni se los menciona como actores estratégicos. En conclusión, no existe en el organigrama de la Superintendencia (TABLA 2) sectores o áreas para atender a las problemáticas de los efectores.

TABLA 2 Organigrama Superintendencia de Salud.



Fuente. Superintendencia de Salud.

Bascolo (2008) agrega en sus conclusiones que estos hallazgos nos llevan a revalorizar el rol del Estado como actor político estratégico en la producción de nuevas “reglas del juego” en los procesos de reforma de la seguridad social en América Latina, como subsector integrante del sistema de salud. Una participación reducida a la regulación de normas administrativas, sin intervención en la definición de la distribución de recursos “libera” las innovaciones institucionales y organizativas al poder y estrategias de los actores y grupos poblacionales con mayor poder y recursos financieros (Bascolo, 2016).

En cuanto al esquema impositivo, el aplicado a los efectores privado de salud no se diferencia del resto de los sectores de servicios no esenciales. Las particularidades de la prestación de servicios de salud y su mercado no son tenidas en cuenta causando graves distorsiones. Así, algunos financiadores de la salud, principalmente obras sociales, están

exentos de del Impuesto al Valor Agregado (IVA). Sin embargo, los efectores privados deben ser inscriptos en este impuesto, por lo que el IVA que se carga en sus compras y lejos de poder compensarse, se acumula y pasa a ser un costo, pero la ley no prevé ninguna solución al respecto.

La situación es idéntica cuando se analizan otros impuestos de gran incidencia, como el Impuesto a las Ganancias. Este origina retenciones a cuenta de una ganancia que es muy difícil de obtener ya que no hay alícuotas diferenciadas y el proceso de obtener un certificado de no retención es el mismo que para cualquier empresa. En cuanto al Impuesto a los Créditos y Débitos Bancarios, éste impacta en todos los movimientos y tampoco estipula articulados “ad hoc” para el caso de los servicios de salud. Respecto del organismo recaudador provincial de Santa Fe (API), no tiene previsto, en las leyes de Impuestos a los Ingresos Brutos, Impuesto Inmobiliario, e Impuesto a los Sellos, excepciones, disminuciones y/o diferimientos referidas a la actividad privada de salud, por lo que el servicio de salud paga como cualquier otro servicio.

Respecto del ámbito local, el prestador privado de salud analizado debe pagar el Derecho de Registro e Inspección y la Tasa General de Inmuebles como lo hacen los demás comercios del distrito.

Un dato actual de relevancia para caracterizar la marginalidad a la cual es sometido el sector privado de servicios de salud lo observamos en la TABLA 3, la cual muestra la proyección de modificaciones en las alícuotas de ingresos brutos con la que son gravadas las actividades. Esto surge de la firma del consenso fiscal en diciembre de 2017. La tabla muestra que hay actividades que se van a encontrar exentas y otras van a tener rebajas importantes. Dentro del recuadro en rojo se resalta lo que sucederá con los servicios de

salud, el cual tiene una perspectiva de disminución de 1% hacia 2022, al mismo nivel, por ejemplo, que los servicios hoteleros y mucho peor que el transporte.

TABLA 3 Tabla de alícuotas. Consenso Fiscal, diciembre de 2017.

Actividad	Tope de alícuotas de IIBB				
	2018	2019	2020	2021	2022
Agricultura, Ganadería, Caza y Silvicultura	1,50%	0,75%	exento	exento	exento
Pesca	"	"	"	"	"
Explotación de Minas y Canteras	"	"	"	"	"
Industria Manufacturera	2,00%	1,50%	1,00%	0,50%	exento
- Industria Papelera	7,00%	6,00%	5,00%	4,00%	3,00%
Electricidad gas y Agua	5,00%	3,75%	2,50%	1,25%	exento
Construcción	3,00%	2,50%	2,00%	2,00%	2,00%
Comercio Mayorista, Minorista y Reparaciones	sin máximo	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Hoteles y Restaurantes	5,00%	4,50%	4,00%	4,00%	4,00%
Transporte	3,00%	2,00%	1,00%	exento	exento
Comunicaciones	5,00%	4,00%	3,00%	3,00%	3,00%
- Telefonía Celular	7,00%	6,50%	6,00%	5,50%	5,00%
Intermediación Financiera	sin máximo	5,50%	5,00%	5,00%	5,00%
- Servicios Financieros	sin máximo	7,00%	6,00%	5,00%	5,00%
- Créditos hipotecarios	exento	exento	exento	exento	exento
Actividades Inmobiliarias, Empresariales y de Alquiler	6,00%	5,00%	4,00%	4,00%	4,00%
Servicios Sociales y de Salud	5,00%	4,75%	4,50%	4,25%	4,00%

Fuente. Elaboración propia.

Los cambios en el abordaje de tratamientos que se producen en la prestación de los servicios de salud tampoco aportan cambios positivos a la realidad del Sanatorio, ya que convierte en ambulatorios tratamientos que antes requerían internación, por lo que el día pensión, gastos sanatoriales y galenos quirúrgicos se ven también mermados en la capacidad de producir ingresos, y por ende aportes positivos al esquema de financiación. En un mercado de la salud privada totalmente desregulado, sin pautas que establezcan

precios en base a costos, toman relevancia, dentro de los nomencladores de los financiadores, las prácticas ambulatorias de alto valor tecnológico.

Así, se observa que el auge e imposición de nuevas tecnologías de diagnóstico, son reconocidas y mejor pagadas por los financiadores, en detrimento de las prestaciones que requieren altas cargas de estructura. Esto produce en claro y contundente atraso en el valor que se les asigna a los ítems estrictamente sanatoriales, como son: día pensión, día UTI, gastos sanatoriales, gastos de quirófano, gastos varios, medicamentos, etc.

Este traslado de recursos, desde aranceles sanatoriales a los ambulatorios, afecta a todas las instituciones prestadoras, pero deteriora aún más a las instituciones que han desarrollado sus servicios anexos mediante el crecimiento en cabeza de terceros, como es el caso del Sanatorio en estudio.

Si bien los usuarios se ven beneficiados con más accesos a estudios de diagnósticos complementarios, los prestadores a cargo de la estructura sanatorial ven mermados sus ingresos.

Las variables económicas nacionales, junto con la desregulación enunciada arriba y ausencia estatal, colocan en una situación de extrema vulnerabilidad al sector. La organizaciones y cámaras sectoriales que representan la actividad privada en salud también plantean la problemática mencionada.

Por ejemplo, la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República (ADECRA, 2016), en sus informes económicos refiere a temas como: “¿Por qué es crónica la restricción de recursos entre los prestadores privados de salud?” (2016), “La medicina privada en una economía

convulsionada” (2017), “La distorsiva estructura impositiva de la Argentina” (2011), y en su revista mensual, aporta datos estadísticos del sector y falta de acciones que confirman el problema y, además, el escaso interés estatal de resolver las dificultades planteadas.

Las empresas prestadoras de servicios de salud son mano de obra intensivas, como analizamos a lo largo de este estudio, y, por lo tanto, el costo de principal relevancia es del de sueldos y cargas sociales, encontrándose los prestadores con una política salarial expansiva, regulada por ley. De esta forma, según lo describe ADECRA (2016), los pequeños y medianos prestadores se encuentran sometidos a un efecto “tenaza”, donde una hoja es la política salarial expansiva y automática y la otra es la política arancelaria de los grandes financiadores que presiona los aranceles a la baja.

Como establece ADECRA, la estructura del mercado de la salud está caracterizada por la concentración de financiadores y la dispersión de los efectores, la misma asociación agrega que, financiadores cuasi monopólicos, con prestadores en régimen de competencia y sin diferenciación de producto, necesariamente lleva a que la competencia entre los prestadores médicos sea por bajo precio.

Ernesto Báscolo (2008), al respecto de las modificaciones introducidas en los años noventa, refiere que las innovaciones más relevantes han significado un cambio del modelo de distribución de la renta en el mercado de servicios, con una menor presencia del Estado en la regulación del sistema y la emergencia de nuevos actores y formas de organización de los servicios y, agrega, estos cambios han sido motivados por diversos factores.

En primer lugar, los cambios normativos durante la década del noventa han modificado la estructura de regulaciones que existía en las relaciones entre beneficiarios y aseguradores

(obras sociales), y en el mercado de bienes (medicamentos) y servicios (entre compradores y proveedores).

Según Báscolo (2008), en cuanto a los resultados en las nuevas formas de organización e integración de las relaciones entre compradores y proveedores de servicios se han reconocido diferencias importantes. En la década del 90', se produce una fragmentación de las instituciones representativas de la oferta y la emergencia de gerencadoras sin capacidad instalada. El autor también señala que en los últimos años toman forma redes integradas de servicios privados de salud con funciones de compra y provisión de servicios. Estos modelos representan tramas "institucionales" ya que determinan tanto el modelo de distribución de la renta entre los diferentes actores involucrados en los mercados de servicios de salud, como las formas de organización de los servicios de salud. En otras palabras, han reemplazado el modelo previo a la reforma del 90', con determinación nacional de precios y productos basado sobre acuerdos oligopólicos y corporativos y regulados por el Estado Nacional.

Se puede señalar que los ganadores de este esquema negocios del sector son los grandes prestadores, con mayor capacidad de influencia y presión económica, mayor posibilidad de tecnificarse y de financiarse en un inexistente mercado para los medianos y pequeños prestadores.

El desafío del sector es ser un verdadero complemento del resto de los subsectores, en un esquema de integración y con regulaciones propias que reconozcan su importancia y particularidades.

Actualmente, existen escasos estudios sobre la organización de trabajo de efectores salud perteneciente al sector privado y con relación a sustentabilidad financiera y en cómo puede estar siendo afectados por la existencia o inexistencia de políticas públicas. Por ello resulta relevante poder aportar a partir de un estudio de caso a la producción de conocimiento en la temática y así poder comprender cómo ocurre y por qué el fenómeno en estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de los antecedentes señalados, surge la siguiente pregunta que guía la investigación: ¿cuáles son las características de la organización del trabajo, la estructura de ingresos y egresos y los determinantes del contexto organizacional que afectan o favorecen la sustentabilidad económica de un efector de salud privado en Reconquista, Provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período 2015-2017?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación va a permitir incorporar una visión sobre la gestión y funcionamiento de en una empresa privada que presta servicios de salud, tomando relevancia las problemáticas detalladas sobre ingresos, costos, y capital, además de exponer la falta de programación estatal para poder desarrollar políticas públicas que complementen los distintos subsectores que integran el sistema de salud de Argentina. El análisis posibilitará pensar en recomendaciones específicas que puedan tributar una la solución y así mejorar la situación del sector.

El sector privado de efectores en salud tiene gran incidencia en la accesibilidad a la salud de la población de la República Argentina, ya que, según CEDIME (2017), del total de la población de la Argentina, un 63.5% está cubierta por el subsistema de seguridad social. A esto se suma un 13.6% que posee seguros privados o prepaga, el subsector público cubre a 33.9% de la población, mientras que se estima que 11% tiene doble cobertura.

Por la importancia que tiene en la estructura económica y social de un país el sistema de salud, desde el punto de vista macroeconómico, es vista como un capital humano de esencial importancia a la hora de explicar el desarrollo económico de un país o región (Schiavone, Ríos, 2014). El sector privado de servicios de salud es también un subsector de relevancia en la economía, generador de empleo y de riqueza.

La prestación de servicios de salud se destaca por tener importantes impactos en las demás actividades económicas ya que su cadena de valor involucra una extensa red de proveedores y sectores de apoyo del resto de la economía.

Particularmente en nuestro país, según Schiavone y Ríos (2014), en la Argentina, el gasto en salud en porcentaje del PBI, se ubica en el promedio mundial, rozando el de muchos países de altos ingresos, y por encima del promedio de América Latina, haciendo este sector aún más relevante en el contexto general.

Además, es importante realizar este estudio de caso porque, aunque se hizo una extensa revisión de literatura, se encontraron solo escasos estudios que analicen la situación de los efectores de salud que pertenecen al sector privado.

INTRODUCCION

Como fue mencionado con anterioridad, el sistema de salud argentino, en su marco legal institucional, se configuró siguiendo los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad, progresividad; los que fueron desvirtuados en su implementación, ampliándose una brecha entre lo que el derecho prescribía y la forma de organización que asumen los servicios de salud: selectivos, expulsivos, ineficaces e ineficientes.

Esta brecha se profundiza aún más a partir de la aplicación de medidas neoliberales al sector salud –en los 90’ y en la actualidad- que perfilaron a la salud como bien de consumo, definido por un modelo de Estado con derechos mínimos.

Entre las reformas que se sucedieron en la década del 90’, podemos señalar que en el sector de salud se aplicaron medidas neoliberales que llevaron a la descentralización, la focalización, el arancelamiento, modelo de autogestión hospitalaria, el racionamiento, la libre elección de los afiliados de la obra social, permitiendo el traspaso de aportes a las empresas de medicina prepaga y el surgimiento de prestadores intermediarios de la salud, enmarcadas en los lineamientos del Consenso de Washington que supusieron: disciplina fiscal (ajuste), privatizaciones de servicios públicos, reforma tributaria, desregulación, apertura a la inversión extranjera (Comes, 2008).

Estas reformas fueron muy criticadas, pues impactaron de manera negativa en la salud de la población, ampliando la brecha de desigualdades. Este proceso fue denominado *mercantilización* del sector salud (Comes, 2008, en Castiglia, Echevoyemberry, 2017).

En este mismo sentido, Maingón (2000) considera que estas medidas han deteriorado el nivel de vida de amplios grupos de población y han acentuado la concentración de ingresos y aumentando la pobreza (Maingón, 2000 en Castiglia, Echevoyembery, 2017).

La incorporación de medidas neoliberales al sector salud fue desencadenado no sólo por un proceso económico o político sino ideológico, en el que se construyó una matriz de comunicación que dominó los discursos oficiales y particulares, en pos de los principios de efectividad y eficiencia del sistema, pero a costa de la equidad, en donde se buscó minimizar el rol social del Estado y el rol de Estado como prestador directo (Castiglia, Echevoyembery, 2017).

1) ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Cuando se habla de organizaciones existen numerosas definiciones desde las distintas perspectivas disciplinarias, las cuales permiten ir delineando su significado (Gilli, Tartabini, 2013). Desde la sociología, las organizaciones son unidades sociales que persiguen fines específicos, siendo su razón de ser el servicio de estos fines. Así, se las define como “unidades sociales construidas y reconstruidas en forma deliberada para buscar metas específicas” (Etzioni, 1975).

Para Scott (1964) las organizaciones son colectividades que persiguen objetivos relativamente específicos, incluyen un orden normativo, niveles diferentes de autoridad, sistemas de comunicación, sistemas de incentivos y fronteras relativamente fijas.

Desde la psicología, se pone especial atención en los individuos y lo que Gilli y Tartabani (2013) denominan el bagaje personal que lleva a la organización, es decir, su historia, su identidad, sus conflictos, entre otros (Gilli, Tartabini, 2013).

Desde este punto de vista, Schein (1989) sostiene que las organizaciones requieren de una coordinación racional de actividades de un grupo de personas para un logro específico y un propósito explícito, en la que por medio de la división del trabajo, se establecen funciones, jerarquías de autoridad y responsabilidad (Schein, 1989).

Desde un enfoque más vinculado a la administración, se entiende por organización a todo grupo humano que persigue propósitos, compuesto por especialistas que trabajan juntos en una tarea común. Está pensada para que se sostenga en el tiempo y aparece diferenciada de otras formas de organización como la familia, la comunidad y la sociedad (Drucker, 1993).

En este sentido, la organización se plantea como interacción humana individual y de equipos, coordinada con recursos y estructura, insertada en un contexto que influye en la organización, para el logro de una fin u objetivo, el cual busca conseguirse la organización del trabajo.

Schlemenson (1990) entiende por organización del trabajo a un “sistema socio técnico interpersonal, deliberadamente creado para la realización de fines específicos configurados alrededor de un proyecto concreto, tendiente a satisfacer necesidades manifiestas y latentes de sus miembros y de una población externa. (...) Se halla inserta en un contexto externo con el cual guarda una relación interdependiente significativa, contexto poblado por entidades diversas con las que interactúa, colabora y/o compite” (Schlemenson, 1990).

Dentro de una organización existen importantes dimensiones, como lo detallan Schlemenson (1990), las mismas son: 1) El proyecto, es la génesis, siempre está primero, es el impulso que determina el proceso y el devenir posterior, puede dividirse en etapas y eso tiene que ver con el grado de complejidad de este; 2) La tarea y la tecnología, del proyecto de la organización se desprende un objetivo que representa los resultados esperados y que supone, a su vez, una tarea primaria: la actividad central de la organización, en este caso la prestación de servicios de salud. Estas tareas se logran a través del componente tecnológico, el cual es interno y está controlado por la organización.

Este autor sostiene también que la organización de trabajo tiene una estructura y ésta es el conjunto de roles o posiciones oficiales que forman parte del sistema, es el marco formal que la organización necesita para operar como un sistema complejo de resolución. A su vez, comprende también lo que denomina: la integración psicosocial de la organización que son las relaciones interpersonales dentro del sistema (organización). Estas relaciones configuran un sistema vincular compartido movilizador de una dinámica particular interna, la dinámica de los grupos.

Gran parte de la organización del trabajo se dedica al estudio de estas relaciones, intangibles, por cierto, pero determinante a la hora de establecer una ventaja competitiva sobre los competidores.

En este autor, la organización incluye aspectos del capital humano. Éste es un factor esencial en las organizaciones, especialmente en la que brindan servicios. Schlemenson (1990) aporta un importante dato, esta interacción comprende no solamente lo relativo a

las relaciones laborales en sí mismas, sino también a los componentes emocionales que los seres humanos proyectan en la organización.

Las organizaciones que prestan servicios de salud, como el Sanatorio, basan la calidad y productividad de sus acciones principalmente en el recurso humano profesional, tanto como también en la tecnología. Por lo tanto, dentro de los componentes del trabajo, organizar la intangibilidad de la interacción psicosocial como los recursos humanos complejiza la administración de este capital y la interacción de los diferentes sectores, áreas, departamentos, etc., en los cuales está sentada la estructura formal de una organización que se contrapone con la que conforman los grupos internos de poder.

Schlemenson (1990) señala que toda organización puede estar diferenciada en sectores, roles y niveles, y conforma una variedad amplia de grupos significativos de poder que son proclives a entrar en conflicto. Agrega también que los cambios o nuevos proyectos pueden generar distintos tipos de conflictos y un desequilibrio que será necesario restaurar.

La última dimensión descrita por Schlemenson (1990) es el contexto de la definición colocada *ut supra* de este mismo autor. Sabemos que la organización se encuentra inserta, interactúa y es condicionada por su contexto, por lo que las mismas actúan como sistemas abiertos, anticipándose o adecuándose a los cambios de este. Un error común, principalmente en los comienzos del estudio de las organizaciones, era negar esta dependencia del contexto.

Según Schlemenson (1990), la organización deberá tener un enfoque anticipatorio respecto del contexto lo que va a hacer al mantenimiento preventivo.

Así, pronosticar y vigilar el entorno es muy importante en la supervivencia o no de la organización. Para esto se sugiere el análisis del contexto con alguna herramienta que nos permita un camino organizado y esquemático. La metodología del análisis PEST (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos) nos permite obtener información del contexto de aquellos factores que no controla la organización pero que pueden ser determinantes (Pedrós y Gutiérrez, 2005).

La organización del trabajo dentro de las estructuras organizacionales se da a través de la administración de éstas. Así, la administración brinda teorías, procesos y procedimientos para que la organización alcance sus objetivos.

La organización paradigmática es la empresa, en la cual el último fin siempre es la obtención de ganancias. La organización es un medio, en el cual se desarrollan procesos siempre en una estrecha vinculación con su contexto. Por lo que administrar el trabajo en una organización para conseguir un objetivo nos debe llevar a considerar cada uno de esos componentes con una multiplicidad de enfoques y escenarios de resolución de conflictos, tomando técnicas interdisciplinarias (Gilli, Tartabini, 2013).

2) ESTRUCTURA DE INGRESOS Y EGRESOS.

Para poder describir de manera integral la estructura de ingresos y egresos de una organización que brinda servicios de salud se debe describirla integralmente, comenzando por la economía de la salud.

Algunos autores, señalan que la economía es una disciplina científica que trata de la elección que los individuos realizan cada día, elecciones al asignar sus recursos, su propio

tiempo y su dinero. Las empresas toman decisiones sobre la manera de producir los bienes y servicios que ofrecen al mercado. Al mismo tiempo, los gobiernos realizan elecciones sobre como asignar los presupuestos a los diferentes departamentos y, dentro de ellos, a distintos programas.

La aplicación de la disciplina económica al ámbito de la salud y de los servicios sanitarios se denomina *economía de la salud*. Se señala que, como pasa con el resto de los servicios ofrecidos en la economía, los prestados por empresas privadas de salud enfrentan la escasez de los recursos como problema general, ya que las necesidades son superiores a los recursos que existen para satisfacerlas (Schiavone, Ríos, 2014).

En efecto, la asignación de los recursos hacia la prestación de servicios sanitarios en una organización privada es realizada por el mercado. Éste es un mecanismo automático por el cual un gran número de individuos, demandantes, expresan sus preferencias, revelando su disposición a pagar por adquirir determinados bienes y servicios, y un gran número de individuos, oferentes, manifiestan su deseo de vender, revelando el precio al que están dispuestos a ofrecer determinados bienes y servicios.

El precio es, por tanto, el elemento informativo básico en la asignación de recursos, pues permite poner de acuerdo con oferentes y demandantes, y decidirse, así, que cantidades de bienes y servicios se producirán.

Continuando con estos autores, el precio en el sistema sanitario se sustituye por otros modos de asignación, como, por ejemplo, urgencias, accesibilidad, orden de llegada, etc. (Schiavone, Ríos, 2014).

La eficiencia del sistema, por lo tanto, se da en cuanto se producen servicios de calidad con una menor cantidad de recursos aplicados a obtener los servicios. Así, “la producción de salud puede considerarse un proceso en dos fases en la cual se combinan recursos humanos y físicos, para producir servicios, tales como consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, estancias hospitalarias, etc., con el fin de lograr cambios positivos en la salud de los pacientes” (Schiavone, Ríos, 2014).

Ahora bien, la producción de servicios de salud bajo la interacción de factores productivos regulados por un mercado genera necesariamente para las organizaciones involucradas una estructura de ingresos y egresos. Los flujos que surgen de la operación del negocio (compra, producción, venta, inversiones, pagos, etc.) deben administrarse de manera tal que permitan mantener la estructura patrimonial de la compañía y, por ende, la operatividad de la misma. Deben ser gestionados bajo el concepto de eficacia, eficiencia y efectividad (Schiavone, Ríos, 2014).

Toda organización que presta servicios de salud se sustenta sobre una estructura patrimonial que le permite funcionar y esta se va modificando desde su inicio por las acciones llevadas adelante por la empresa y los resultados que ella obtiene, por lo que este patrimonio puede verse modificado.

Desde el inicio, la organización, parte de un capital inicial que debe ser bien evaluado en su magnitud, debido a que este pueda “soportar” el giro del negocio. Luego existen diferentes formas de que este capital inicial puede ser modificado, a saber: toda empresa necesita de medios activos para desarrollar sus actividades, liquidez, cuentas a cobrar, materias primas, patentes, inversiones, etc., todo esto cuantificado en la estructura de activos.

Ahora bien, en la estructura de financiamiento encontramos de donde surgieron los fondos para financiar a estos activos. Esta, debe ser igual a la estructura de financiamiento (Drimmer, 2001).

Los fondos aportados para crear los activos antes mencionados pueden ser externos a la empresa, lo que configura su pasivo, en sus distintos orígenes: comerciales, financiero, fiscal, y otros, de corto y largo plazo; o pueden ser propios, y a esto lo denominamos Patrimonio Neto. Aquí encontramos al capital legal, las reservas (los superávits no distribuidos), y la reinversión de utilidades (Drimmer, 2001).

Los movimientos de ingresos, egresos, compras, ventas y su impacto en el patrimonio de la empresa son captados y representados por la contabilidad organizacional, la cual a través de *“estados contable múltiples”* se convierte en *“un modelo de representación de la realidad económica”* (Yardin, 2010).

Por lo que la contabilidad, o el registro de la actividad económica de una organización, queda plasmada en un sistema de información más o menos complejo que intenta proveer de información para distintos grupos de interés. Sobre estos, Yardin (2010) agrega que *“la contabilidad adoptará diseños diferentes para satisfacer necesidades de información de distintos usuarios.”*

Para clarificar, se debe diferenciar dos tipos principales de sistemas de información. Podemos decir que la contabilidad para terceros se la conoce bajo distintas denominaciones, tales como contabilidad para publicación, contabilidad tradicional, contabilidad patrimonial, contabilidad financiera, etc.; mientras que a la contabilidad de uso interno se la denomina indistintamente contabilidad gerencial o de gestión.

En líneas generales, la contabilidad para terceros debe proteger los intereses de éstos, mientras que la contabilidad de gestión debe representar la realidad económica, siendo esta última la insumida por las cúspides estratégicas para la toma de decisiones (Yardin, 2010).

La contabilidad de gestión permitirá obtener información de análisis sobre el efecto de los ingresos y egresos de la empresa y sobre el patrimonio de la organización. Desde el lado de los ingresos, podremos obtener información sobre los principales clientes, saldos de cuentas corrientes, flujo de fondos de los pagos de las prestaciones, prestaciones con mayor aporte marginal, beneficios financieros de las inversiones, etc. ; del lado de los egresos podremos ver principales centros de costos, costo financiero de la demora de pagos, costo de oportunidad, costo de los débitos, obras sociales que más nos debitan, etc. (Yardin, 2010).

Sobre como compilar la información de gestión estrictamente financiera y completarla con otras perspectivas de análisis valiosas a la hora de la toma de decisiones, Gillo y Tartabini (2013) señalan que el concepto de control de gestión ha ido evolucionando desde la información financiera hacia un enfoque más integral. Los autores expresan que, en contraposición al esquema tradicional de indicadores sólo financieros, puede introducirse el *cuadro de mando integral* (en adelante CMI). Este es un sistema de gestión que combina indicadores financieros con indicadores no financieros, más acorde a las organizaciones modernas.

Los indicadores financieros muestran la actuación pasada, por lo que el CMI los combina con indicadores inductores de actuación futura. Sus objetivos e indicadores se derivan de la

visión y estrategia de una organización, y contemplan la actuación de esta en cuatro perspectivas: la financiera, la del cliente, la del proceso internos y de la formación y crecimiento. El CMI reconoce entonces relaciones de causalidades entre las distintas perspectivas que pueden ser gestionadas.

Según Kaplan y Norton (1997) el cuadro de mando integral traduce la visión y la estrategia de una organización en objetivos e indicadores, a través de un conjunto equilibrado de perspectivas.

3) SUSTENTABILIDAD FINANCIERA.

La gestión de los recursos en toda empresa debe indefectiblemente conducir a su sustentabilidad. Este término no es sinónimo de crecimiento, ya que sostenerse en el tiempo cumpliendo con una tarea, en nuestro caso la prestación de servicios de salud de calidad, es infinitamente más difícil que crecer (Schiavone, Ríos, 2014).

La empresa, como organización paradigmática, plantea implícitamente desde la enunciación de cualquier misión el logro de agregar valor a su patrimonio. Esta misión puede estar signada por enunciaciones grandes y ostentosas, hoy quizás más enfocadas a la gestión de los intangibles (cultura organizacional, calidad, medio ambiente, recursos humanos, etc.), pero el objetivo de resultados financieros positivos es sin dudas su objetivo final (Gilli, Tartabini, 2013).

Llegar al agregado de valor al capital en forma de genuina rentabilidad es un proceso que, a decir verdad, muchas veces implica ciclos de modificación de ese capital inicial, el cual

veíamos cambia según sean los transcurridos de la actividad económica y las decisiones de gestión aplicadas.

En el objetivo de lograr sustentabilidad financiera, entonces, los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad en la dirección de los flujos de ingresos y egresos se tornan imprescindibles.

La eficacia es entendida sólo como un primer pequeño paso para cumplir el objetivo; a esto debemos agregar eficiencia en la aplicación de los recursos insumidos en cumplimiento y llegar al objetivo con calidad insumiendo la menor cantidad de recursos posible. Además, debemos sumar efectividad en la consecución del hito, es decir, que la meta conseguida sea la más rentable para nuestra organización. Esta combinación descrita tiene que ver con el mismo concepto de economía, la gestión de recursos escasos en la producción de servicios de salud demandados por los individuos contextualizados en el sistema de salud, político y económico de nuestro país (Schiavone, Ríos, 2014).

El método del costeo variable o costo marginal se convierte en una herramienta de gestión fundamental para el proceso de tomas de decisiones. El costeo variable es opuesto al costeo integral, ya que este último es incompatible con el análisis marginal. El análisis por medio de costeo variable divide a los costos en dos grandes grupos: los costos fijos (o estructurales) y los costos variables. Para la correcta interpretación del esquema de ingresos y egresos es fundamental para cualquier empresa abordar el análisis y la determinación de costos y las empresas de salud no escapan a esta regla (Schiavone, Ríos, 2014).

Un cúmulo importantes de acciones de gestión pueden surgir como resultado de aplicar este análisis, entre ellas, mantener o agregar líneas de producción, mix de productos, determinación de precios, etc. (Schiavone, Ríos, 2014).

El análisis marginal es solamente compatible con el costeo variable y es una potente y clásica herramienta de gestión para tomar decisiones sobre costos y precios.

Debemos poner en relieve la importancia que tiene para una empresa poseer un sistema de contabilidad de gestión, el cual vincule las actividades empresarias como son políticas de precios, presupuestos, evaluación de desempeños, control de gestión, etc.

La contabilidad dedicada a la toma de decisiones admite distintos diseños que posibilitan el suministro de información más adecuada para el uso requerido, todo esto en contraposición con la contabilidad patrimonial, la cual es insumida por terceros.

Tal como vimos con Schiavone y Ríos (2014), Yardín (2014) también vincula el modelo del costeo variable al análisis marginal. Este autor profundiza el análisis y nos dice que por medio del costeo variable se busca determinar el costo de los productos y no su valor (como en el costeo integral). No debemos olvidar que sólo el costeo variable es compatible con el análisis marginal, y que el análisis marginal “parte de la base de que el costo de un producto o servicio es exclusivamente su costo variable” (Yardin, 2010).

La contribución marginal o margen de contribución es la diferencia entre el precio de venta y los costos variables ($CM = PV - CV$), es el aporte de cada unidad producida a cubrir la estructura de costos fijos, y se puede determinar tanto en forma global, como por línea de servicio o en términos unitarios. Es una herramienta que nos permitirá analizar cuál es el

aporte de cada servicio en la tarea de absorber los costos fijos, y permitirá proyectar la prestación de los servicios con una adecuada combinación de costos – volúmenes – utilidad. (Schiavone, Ríos, 2014).

Existe un estrecho vínculo entre el precio de venta de la unidad de producto o servicio y su costo variable: a través de la diferencia se obtendrá la contribución marginal de esa unidad, que, sumada a todas las contribuciones marginales de las unidades vendidas, nos representará la contribución marginal total (Yardin, 2010).

El uso del análisis marginal en la gestión empresarial reconoce su base fundamental en el concepto de punto de equilibrio, conocido también bajo distintas denominaciones: break even point, umbral de rentabilidad, punto de nivelación, etc. Puede definirse como la situación en la cual una empresa no obtiene beneficios ni soporta pérdidas (Yardin, 2010).

Se representa al punto de equilibrio con la siguiente ecuación $V=CV+CF$, siendo V: Ingresos por ventas, CV: Costos Variables y CF: Costos Fijos. Convirtiendo la ecuación en $V-CV=CF$, siendo la contribución marginal $V-CV=CM$, por lo tanto, tenemos que $CM=CF$. Podemos decir entonces que el punto de equilibrio es el punto en el cual la totalidad de los costos fijos es igual a la contribución marginal (Yardin, 2010).

El efecto de vender unidades de nuestros servicios genera contribuciones marginales (positivas o negativas) que se suman algebraicamente. Dado el hecho que las contribuciones marginales de los servicios excedan el punto de equilibrio, la empresa habría cubierto sus costos fijos, y, por lo tanto, las unidades vendidas por encima del punto de equilibrio tributarían a su sustentabilidad financiera aportando beneficios.

Estos beneficios podemos exponerlos en variadas formas, por ejemplo: valores absolutos, valores relativos respecto del capital invertido, etc. (Yardin, 2010).

Se puede afirmar que la sustentabilidad financiera de una empresa prestadora de servicios de salud va a ser la resultante de la suma de las contribuciones marginales de las distintas líneas o servicios, y que para esto es fundamental aplicar un sistema de gestión que contemple la distinción entre costos fijos y variables.

4) SISTEMA DE SALUD.

Un sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud, que incluye todas las acciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud (Tobar, 2002).

En Argentina, el sistema de seguridad social ha ocupado desde finales de la década del 60' un rol importante en el modelo de financiamiento, cobertura de gran parte de la población, y la dinámica del mercado de bienes y servicios privados. Los rasgos más importantes del sistema de salud argentino están identificados con la segmentación (distintos esquemas de aseguramiento), fragmentación (falta de articulación e integración entre organizaciones e instituciones) e inequidad en términos de las condiciones de acceso a los servicios de salud (Bascolo, 2008).

Según Tobar (2000), todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos). Este mismo autor refiere a otro dispositivo útil

para ordenar el análisis que consiste en distinguir los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación.

Según la OMS (2000), un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo objetivo primario es el mejoramiento de la salud. El objetivo final de un sistema de salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y los grupos poblacionales. Como se desprende de la misma definición, los recursos son parte esencial de un sistema de salud, cualquiera fuere, en cualquier lugar.

Es política de cada una de las Naciones la manera en que su sistema de salud va a ser organizado, desde la concepción del mismo hasta su funcionamiento operativo, por lo que difieren las formas entre los distintos países dependiendo de la cultura del lugar, su desarrollo en educación, su clase política; inclusive, una nación puede cambiar o modificar su “rumbo” con respecto a la política nacional de salud de acuerdo a los grupos de poder que gobiernen en el momento, cuestión harto conocida en nuestro país.

La interacción de factores económicos, políticos, sociales y culturales, produce determinaciones histórico-estructurales que configura un:

- a. Modelo de Atención de Salud.
- b. Modelo de Formación de RRHH.
- c. Modelo de organización del sistema. por lo tanto, vamos a tener distintos sistemas de salud según el contexto histórico social, político y cultural (Tobar, 2002).

La financiación del sistema es una piedra angular en la definición de este. Es decir, de qué manera los recursos necesarios para la correcta prestación de los servicios de salud van a ser asignados, es una cuestión fundamental, y está atada a cómo el modelo es concebido y definido. Por lo tanto, y por lo expresado arriba, vamos a observar diversos orígenes del financiamiento, a saber: rentas generales, tasas y contribuciones locales, aportes de trabajadores, etc.

Así, los modos de recaudar, asignar e intentar financiar los sistemas de salud, a la pregunta sobre cómo vamos a financiarlo, responden variadamente. Entre las respuestas posibles podemos encontrar: con impuestos a toda la población, dejarlo en manos de los particulares, dejarlo en manos del mercado, recaudarlo del sueldo de cada empleado. Es por esto que, en la actualidad, vemos modelos de atención similares, y dicotómicos. V.g. Liberales (EE. UU. – Seguros Médicos), Seguro Social (Bismark – Alemania), Seguridad Social (Beverige – UK), Sistema de salud universal basado en APS (Cuba) (Tobar, 2002).

El modelo de financiamiento integra la recaudación, el aseguramiento y la compra de servicios (o asignación de recursos a los proveedores). La recaudación de recursos y distribución de recursos comprende el análisis de las fuentes de financiamiento, sus factores condicionantes y las capacidades de las agencias responsables de tales funciones (Bascolo, 2008).

En nuestro país el sistema de salud es complejo, es un crisol de modelos de atención donde nos encontramos con: monopolio estatal, contrato público, competencia estructurada, libre mercado. Es decir que la financiación de las demandas de servicios es abastecida por entes privados, públicos y mixtos (Huber, 2013).

Los modos de apropiación de los recursos para el financiamiento pueden ser impuestos, contribución, prima o una mezcla de estos. Existen, por tanto, innumerables combinaciones de formas de aportar al financiamiento, combinado con otra cantidad igual de maneras de modos de contrato y distribución entre los efectores de servicios de salud, y los financiadores, dando lugar a gran cantidad de capas de intermediación entre la recaudación y el pago efectivo por el servicio.

Así, la recaudación y asignación de recursos escasos siempre reviste aristas de tensión y problemas. Específicamente a lo referente a los sistemas de salud, el tema se vuelve más complicado, y enfocándonos en nuestro país, la financiación de los servicios de salud es aún más compleja, no solo porque como están organizados los modelos de atención, sino también por la gran desregulación del mercado y los ciclos económicos de nuestra economía (Huber, 2013).

Respecto de la desregulación, esta influye negativamente en los escenarios de negocios de las empresas prestadoras de servicios de salud.

En la década del 70' se crea y se regula la relación contractual entre obras sociales y las instituciones representativas de la oferta a través de un nomenclador nacional, el cual establecía una codificación de servicios y precios de los mismos. Este funciona como norma reguladora de precios y juega un papel determinante, más interesante aún, para los gestores económicos de los oferentes. Esta definición pública, a nivel nacional, servía como inductor del modelo de provisión, como incentivos en la orientación de inversiones y garantía sobre tasas internas de retorno sobre las inversiones (Bascolo, 2008).

Las capas de intermediación, el mix de sistemas, la desregulación arancelaria, la inestabilidad económica, y el escaso control estatal, contribuyen sin lugar a duda a aportar ineficiencia, inestabilidad, e inequidad en el acceso a la salud. En nuestro sistema nacional de salud, estas características corroen el correcto funcionamiento económico de las empresas prestadoras, comprometiéndolas estructuralmente, en algunos casos a tal punto, de no poder subsistir (Huber, 2013).

OBJETIVOS

a. Objetivo General.

Describir y analizar las características de la organización del trabajo y la estructura de ingresos y egresos y los determinantes del contexto organizacional (inserción en el sistema de salud, marco normativo, normas impositivas, coyuntura económica) que afectan o favorecen la sustentabilidad financiera de una empresa privada que presta servicios de salud en Reconquista, Provincia de Santa Fe, Argentina, durante el periodo 2015 a 2017.

b. Objetivos Específicos.

1. Describir y analizar la organización del trabajo en términos de estructura ingresos y egresos y composición del efector de salud durante el 2015-2017
2. Analizar la sustentabilidad financiera en términos de valor del día pensión respecto del costo de referencia, aumentos en los costos sanatoriales según índice de precios, aumentos otorgados por los principales financiadores del Sanatorio, evolución de indicadores de costos e ingresos del sector privado de salud, efecto de la demora en los pagos por parte de los financiadores, y débitos realizados por los financiadores en el período de tiempo de este estudio.
3. Analizar y comprar las evoluciones de los resultados y patrimoniales de la institución bajo análisis, obtener las ratios financieras y los valores de aranceles de diferentes financiadores, para iguales ítems y en el mismo período. Analizar cómo

fueron las evoluciones de los resultados y patrimoniales de la institución bajo análisis, obtener las ratios financieras y analizarlos.

4. Comparar los valores de aranceles de diferentes financiadores, para iguales ítems y en el mismo período.
5. Determinar balance o desbalance entre el monto de Crédito Fiscal (Compras) y Débito Fiscal (Ventas).

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de caso descriptivo, no experimental, cuantitativo.

Se obtuvo información de relevancia provista por el sistema de información del Sanatorio y la misma se procesó con el objetivo de buscar concordancias, correlaciones, construir indicadores y gráficos.

Las variables cuantitativas fueron analizadas a través del análisis de frecuencias y valores absolutos.

Se relevaron datos provenientes de entidades relacionadas con el desarrollo de la actividad del Sanatorio, como la Asociación Médica del departamento General Obligado, y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina.

Se utilizó el análisis PEST (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos) para analizar la información del contexto.

Universo o población objetivo: El Sanatorio Reconquista, efector privado que brinda prestaciones de salud en la ciudad de Reconquista, Argentina.

Unidad de análisis: Cada uno de los registros de Estados Contables perteneciente al período 2015-2017, identificados con Número 52, 53 y 54; cada uno de los registros del sistema de información del sanatorio.

Criterios de inclusión y exclusión: se analizaron informes, estados contables 52, 53 y 54, pertenecientes los años 2015-2017. Se excluyó aquellos estados contables que no fueron

publicados/aprobados en el período de tiempo analizado (2015-2017), o que no estén debidamente registrados.

Se triangularon diferentes fuentes de datos, con el objetivo de integrar la información con los datos provenientes de informes de organismos estatales y no estatales. Se relevaron datos provenientes de entidades relacionadas con el desarrollo de la actividad del Sanatorio, como la Asociación Médica del departamento General Obligado, y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina. Se recurrió a fuentes secundarias de información proveniente de informes y estadísticas estatales y no estatales (ADECRA Y COSANAR).

La triangulación permite verificar y comparar la información obtenida y confrontar información de diferentes fuentes (primarias y secundarias) lo que permite obtener una perspectiva más amplia del problema, mediante diferentes métodos de relevo de información (Dezin, 2000; Patton, 2002).

Se llevó un 'Registro de Observación Participante', durante el período 2015 a 2017, de las reuniones de directorio del Sanatorio y de las diferentes entrevistas con los directores de las distintas áreas de Sanatorio, como así también de su cuerpo de asesores contables externos.

La ventaja del "Registro de Observación Participante" es que permite al investigador compartir experiencias directas con los participantes y el contexto (Hernández Sampieri, 2016), habilitando de esa manera un trabajo de campo más profundo y exhaustivo. Numerosos autores señalan lo relevante para la investigación social que se constituyen los registros de observación (Duverger, 1981; Braun y Clarke, 2006; Boyatzis, 1998).

Análisis de Datos: los datos fueron analizados mediante técnicas de estadística descriptiva.

Procedimientos: se realizó análisis de los datos contenidos en Estados Contables de 2015-2017 y otros documentos contables y financieros de la institución como: libros de IVA ventas y compras, facturación, junto con emisiones de las estadísticas de los sistemas de admisión. También información desde las declaraciones juradas presentadas en los organismos impositivos nacionales, provinciales y municipales. Además, fueron insumos los datos estadísticos en formato electrónico brindado por la Asociación Médica del Departamento General Obligado.

Procedimientos de Control: Triangulación de instrumentos y de fuentes de información (primaria y secundaria). El maestrando se encuentra inmerso en el campo a analizar lo que incrementa la validez y calidad de la información analizada (Hernández Sampieri, 2016).

Metodología utilizada para el análisis de la sustentabilidad financiera:

PETS (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos): permitió obtener información del contexto y analizar aquellos factores que no controla la organización y que pueden ser determinantes (Pedrós y Gutiérrez, 2005).

FUENTES

Las fuentes de información principales de este estudio fueron secundarias. Las mismas provinieron del sistema de gestión contable y de admisión de la institución bajo análisis.

A los fines de obtener información se realizó una profunda revisión de documentos, actas y contratos del Sanatorio. También se consultaron los estados contables número 52, 53 y 54.

Asimismo, se analizaron los datos provenientes de la Asociación Argentina de Clínicas y Sanatorios (ADECRA), un referente en cuanto al aporte de datos de la cámara representativa del sector privado.

COSANAR¹¹ aportó datos en cuanto a los valores de referencia del sector en el norte del país.

La Asociación Gremial Médica del Departamento General Obligado ha sido consultada en cuanto a la información de los financiadores con los que se vincula contractualmente, aportando variada información que luego fue tabulada.

¹¹ Ver <http://cosanar.com.ar/cosanar/valores-referenciales/>

RESULTADOS

A continuación, se abordarán los resultados obtenidos en relación con la organización del trabajo en términos de estructura – ingresos - egresos.

Antes de comenzar con el desarrollo de la exposición de los resultados, debemos profundizar en la descripción organizacional de la institución bajo análisis.

Ya se ha descrito la tipología organizacional y algunas características propias, sin embargo, a la luz de los objetivos planteados, y resultados obtenidos, resulta esencial agregar y exponer que el Sanatorio es una empresa de mediana envergadura, donde su zona de influencia y atracción de pacientes, se encuentra tipificada por gran incidencia de financiadores estatales, y baja incidencia de financiadores privados (o diferenciales).

El Sanatorio tiene dependencia de escasos financiadores y muy poco poder de negociación con estos.

La incidencia de la mano de obra, tanto profesional como no profesional, es muy alta, por lo que se puede considerar una organización de mano de obra intensiva. Esta característica aporta un componente de crecimiento en su estructura de costos que es rígido, dependiendo de los ciclos externos de la economía. El modo en que se gestiona el sanatorio es muy particular, debido a la gran cantidad de accionistas, en los cuales se atomiza su capital. Además, los directores médicos no dejan de lado su trabajo cotidiano para gestionar a la empresa, sino por el contrario, complementan estas actividades.

A todo lo descrito como características particulares del Sanatorio, debe agregársele las condiciones generales de funcionamiento dándonos como resultado el perfil de una

organización que contiene las problemáticas planteadas en la pregunta de este trabajo, y que se corroboran en los resultados que a continuación se exhiben:

✓ ***Para dar inicio a la exposición de los resultados obtenidos por este trabajo, se presenta la composición de ingresos del Sanatorio y se analiza cómo se distribuyen los principales ingresos de acuerdo con lo planteado como objetivo 1:***

Si observamos la Tabla 1, los datos son elocuentes. Se corrobora que, para el período analizado, el Sanatorio posee dos principales financiadores que concentran el 69.79% de los ingresos totales. Al individualizarlos se observa que, el primero es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) (Obra social nacional), con un 53.49%, seguido por el Instituto Autárquico de Obra Social (IAPOS) (Obra social provincial de Santa Fe), con un 16.30%, siendo el “resto” un 19.35%. Esta última categoría fue introducida para agrupar a 1343 registros que componen el universo de prepagas, prepagas institucionales (por ejemplo, cajas profesionales), obras sociales sindicales y particulares, que también forman parte de los ingresos sanatoriales para el mismo período, junto con IAPOS y PAMI.

Es destacable que luego de los dos financiadores principales, el tercero apenas aporta el 1.88% de los ingresos, siguiendo hasta el noveno en aportes muy parecidos, la categoría “resto” como dijimos aglutina 1343 aportantes, lo que, aplicando un promedio simple, daría un aporte de 0.144% cada uno.

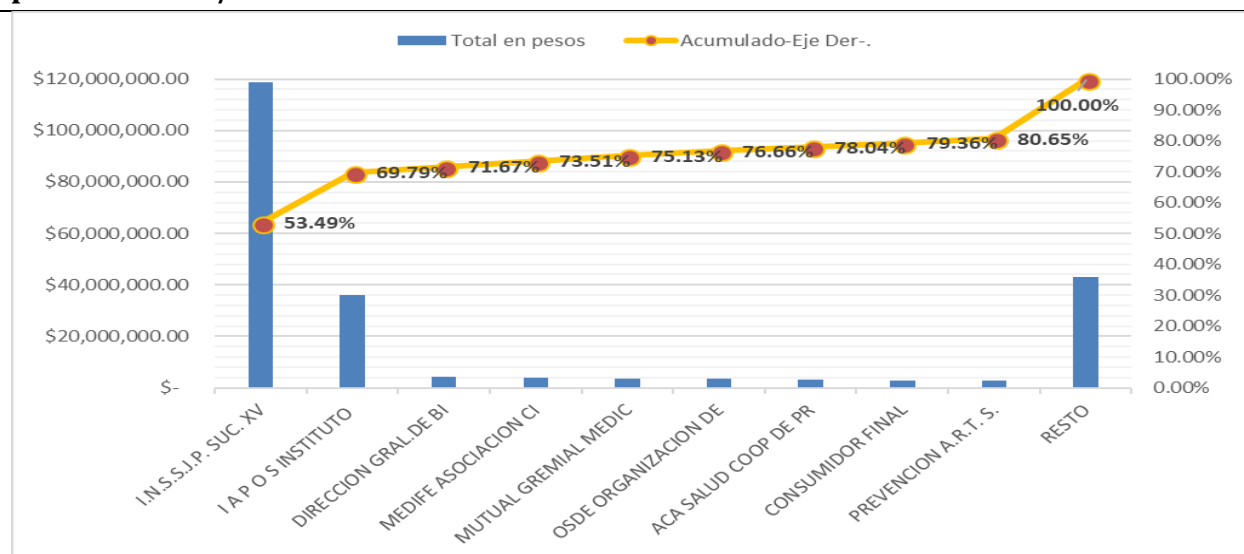
Cada dato relevado de la Tabla 1 nos aporta más sustento a la hipótesis de la concentración. A esto agregamos la particularidad que estos dos financiadores poseen estructuras híper burocráticas, son de gran tamaño, y dependen de las gestiones de turno para el armado de sus políticas, lo que da a la empresa un mínimo poder de negociación.

TABLA 1. Distribución de ingresos totales para el período para el período 2015 / 2017.

Orden	Nombre de Obra Social	Total en pesos	Incidencia	Acumulado
1	I.N.S.S.J.P. SUC. XV	\$ 118,897,112.85	53.49%	53.49%
2	I A P O S INSTITUTO	\$ 36,217,424.54	16.30%	69.79%
3	DIRECCION GRAL.DE BI	\$ 4,183,827.76	1.88%	71.67%
4	MEDIFE ASOCIACION CI	\$ 4,080,882.86	1.84%	73.51%
5	MUTUAL GREMIAL MEDIC	\$ 3,600,768.04	1.62%	75.13%
6	OSDE ORGANIZACION DE	\$ 3,412,507.73	1.54%	76.66%
7	ACA SALUD COOP DE PR	\$ 3,065,446.30	1.38%	78.04%
8	CONSUMIDOR FINAL	\$ 2,937,633.53	1.32%	79.36%
9	PREVENCION A.R.T. S.	\$ 2,848,129.74	1.28%	80.65%
10	RESTO	\$ 43,016,246.78	19.35%	100.00%

Fuente. Elaboración propia.

TABLA 1.1 Pareto para distribución de ingresos totales para el período para el período 2015 / 2017.



Fuente. Elaboración propia.

✓ ***Los resultados obtenidos en relación con el objetivo 2, se presentan a continuación:***

Examinando la información contenida en la Tabla 2, se corrobora que el 45.52% del total de gastos es destinado a cubrir los rubros Sueldos, Jornales y Cargas Sociales, seguido por Honorarios PAMI con el 20.44% del total.

Al igual que con los ingresos se demuestra que hay una concentración en los centros de gastos. Observamos que el 80.19% de estos se encuentra distribuido en ocho ítems, quedando la categoría “varios” para agrupar a 74 cuentas contables que tuvieron asignadas erogaciones en el período analizado, y que totalizan 19.81% del total. Siguiendo la línea de pensamiento que se aplicó para los ingresos, si practicamos un promedio simple, cada centro de gasto que compone “varios” eroga un 0.27% del total.

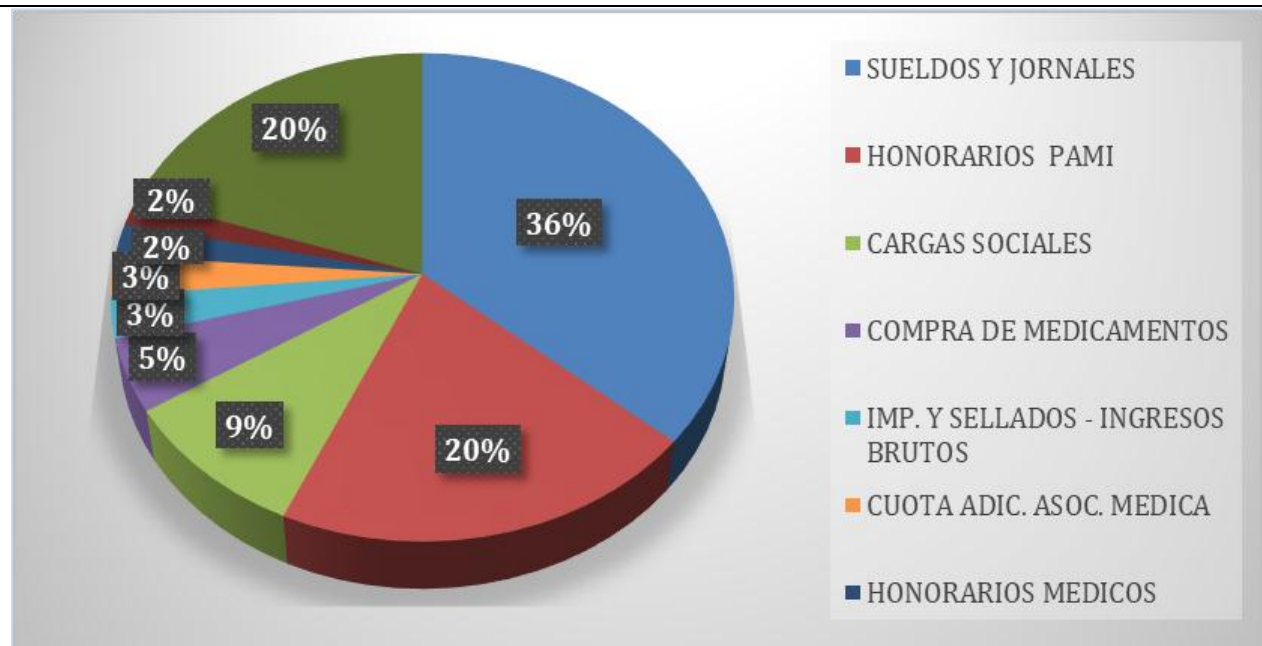
Es importante describir particularidades del principal gasto, Sueldos, Jornales y Cargas Sociales. Éste evoluciona por paritaria, la cual se celebra todos los años en el mes de agosto, el incremento se da “de a saltos”, y generalmente está relacionado con la pérdida de poder adquisitivo (inflación), una vez aprobada, es homologada y tiene fuerza de ley. Por lo que podemos afirmar que el principal centro de costo del sanatorio aumenta todos los años, obligando a las empresas del sector a pagar los aumentos acordados. Las características de costo fijo del salario (no vinculado a la actividad) agrega complejidad al momento de poder cubrir los mismos con los ingresos de la actividad.

TABLA 2. Distribución de egresos totales para el período para el período 2015 / 2017.

Etiquetas de fila	Suma de TOTAL 2015	Suma de TOTAL 2016	Suma de TOTAL 2017	TOTAL	Incidencia %	Incidencia % Acumulada
GASTO	\$ 50,532,995.74	\$ 66,299,659.68	\$ 94,283,804.38	\$ 211,116,459.80		
SUELDOS Y JORNALES	\$ 18,532,759.10	\$ 25,338,690.12	\$ 32,685,938.20	\$ 76,557,387.42	36.26%	36.26%
HONORARIOS PAMI	\$ 8,960,899.19	\$ 11,701,613.67	\$ 22,484,367.38	\$ 43,146,880.24	20.44%	56.70%
CARGAS SOCIALES	\$ 4,986,094.18	\$ 6,495,948.77	\$ 8,069,162.77	\$ 19,551,205.72	9.26%	65.96%
COMPRA DE MEDICAMENTOS	\$ 2,317,310.35	\$ 3,587,464.03	\$ 4,285,353.30	\$ 10,190,127.68	4.83%	70.79%
IMP. Y SELLADOS - INGRESOS BRUTOS	\$ 1,317,757.85	\$ 1,430,151.76	\$ 3,152,439.35	\$ 5,900,348.96	2.79%	73.58%
CUOTA ADIC. ASOC. MEDICA	\$ 1,390,247.37	\$ 1,946,568.76	\$ 2,186,799.34	\$ 5,523,615.47	2.62%	76.20%
HONORARIOS MEDICOS	\$ 1,190,593.33	\$ 1,300,480.68	\$ 2,022,894.55	\$ 4,513,968.56	2.14%	78.34%
PORC.DEBITOS O.SOC.	\$ 1,262,168.20	\$ 1,668,962.13	\$ 975,190.81	\$ 3,906,321.14	1.85%	80.19%
VARIOS	\$ 10,575,166.17	\$ 12,829,779.76	\$ 18,421,658.68	\$ 41,826,604.61	19.81%	100.00%

Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 2. Distribución de egresos totales para el período para el período 2015 / 2017.



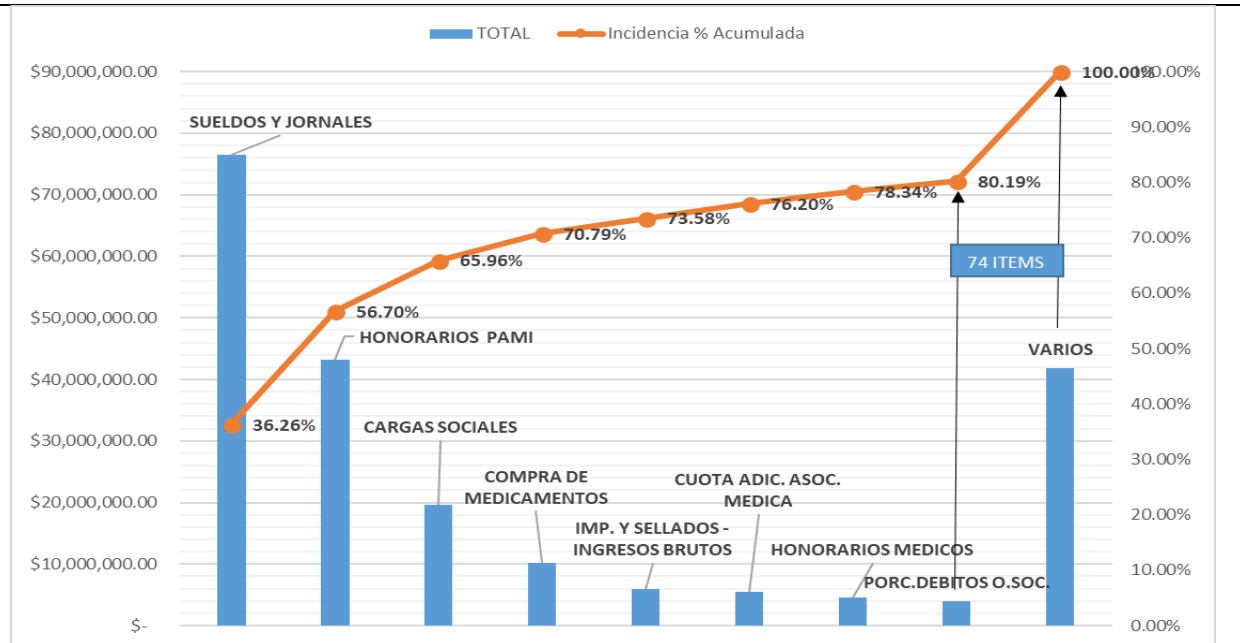
Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 2. Distribución de egresos varios (agrupados) para el período para el período 2015 / 2017.



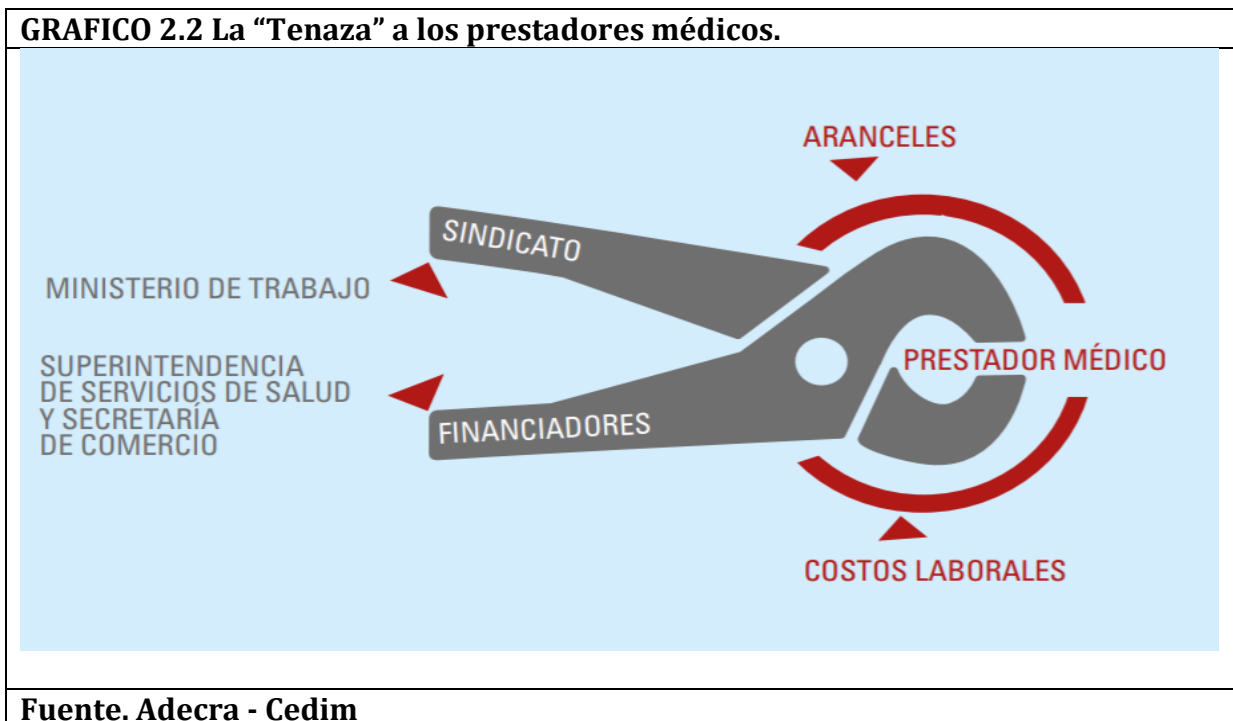
Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 2.1 Pareto para distribución de egresos totales para el período para el período 2015 / 2017.



Fuente. Elaboración propia.

En el GRAFICO 2.2 se refiere al efecto “tenaza” al que es sometido el prestador privado de salud, en donde su principal centro de costo sube escalonadamente por ley. En cambio, del lado de sus ingresos, el prestador cobra aranceles desregulados del cual no es formador, afectados financieramente por el ciclo del negocio, que lo presionan en direcciones opuestas.

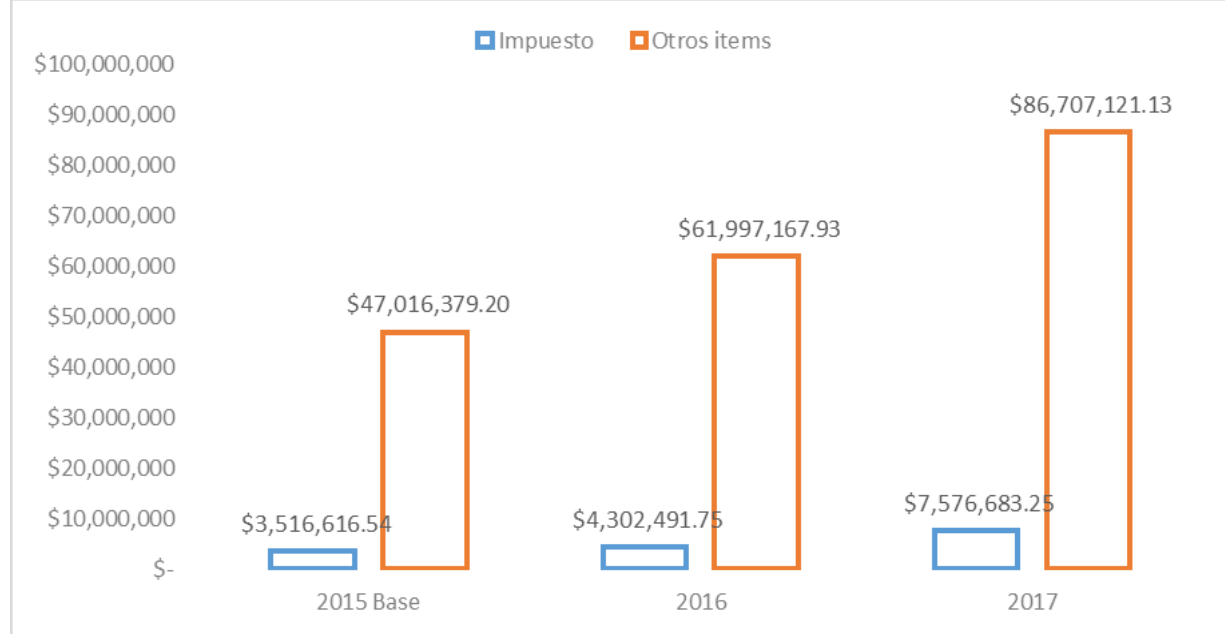


Es relevante observar la incidencia que tienen los ítems que representan la carga tributaria operativa. Así, Impuestos y Sellados - Ingresos Brutos se lleva el 2.79% del total, dentro de los principales gastos. También se verifica que, dentro de varios, es importante el ítem Impuestos y Sellados – Diferencia de Crédito Fiscal.

Agrupando todos los conceptos tributarios podemos verificar, en el GRAFICO 2.3 en valores absolutos por año, como los conceptos asociados a carga tributaria toman cada vez más

relevancia, en comparación con todo el resto de los centros de costos de la institución bajo análisis.

GRAFICO 2.3 Incidencia por año de impuestos y sellados dentro del total de gastos.

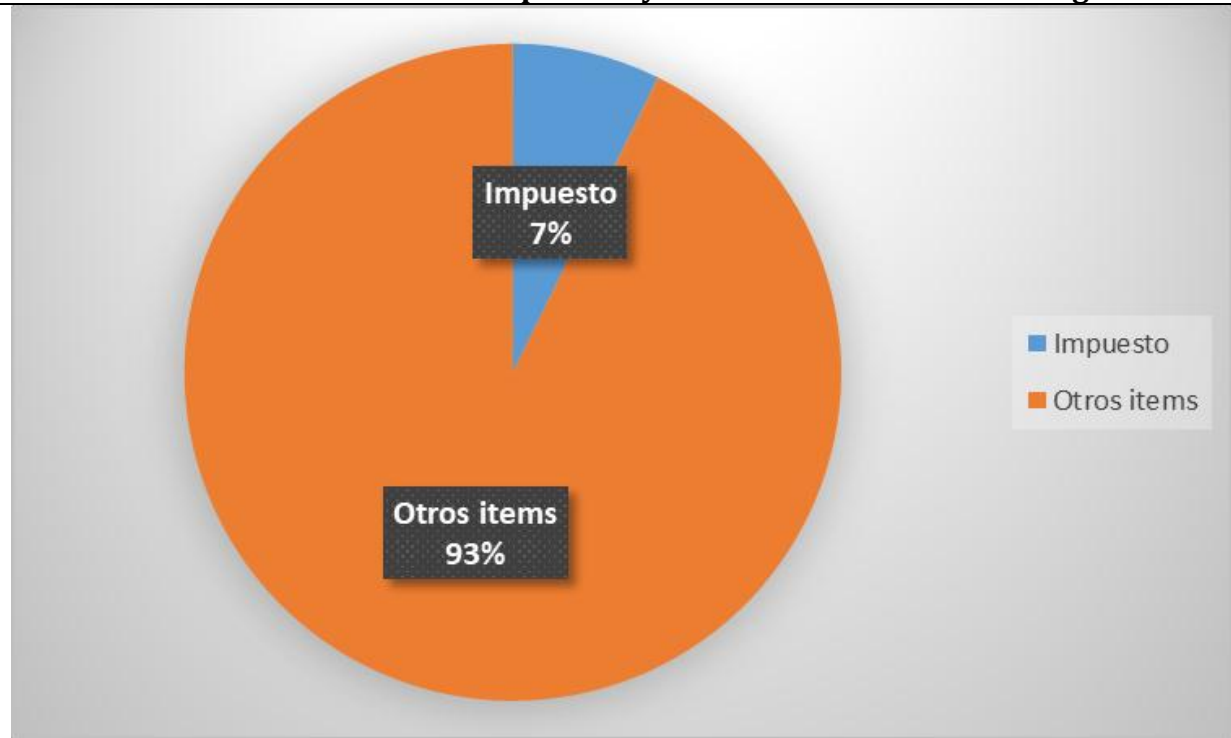


Fuente. Elaboración propia.

En el GRAFICO 2.4 se observa la suma total de los centros de costos de los períodos 2015/2016 y 2017.

El gasto total en impuestos, tasas y derechos importa un 7% del total de gastos, por lo que se corrobora que agrupada, la carga impositiva quedaría en cuarto lugar de incidencia, sólo superada por sueldos, honorarios y cargas sociales.

GRAFICO 2.4 Incidencia total de impuestos y sellados dentro del total de gastos.



Fuente. Elaboración propia.

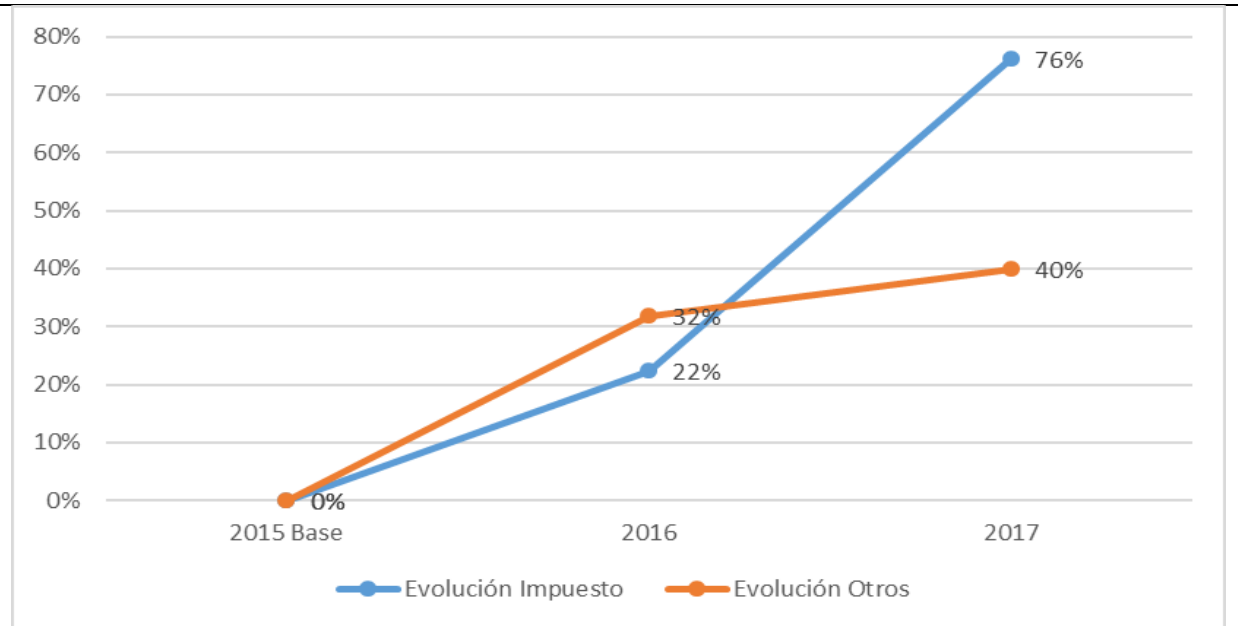
GRAFICO 2.5 Apertura del ítem Impuesto del GRAFICO 2.4.

Concepto	INCIDENCIA
Impuestos y Sellados - Ingresos Brutos	2.79%
Impuestos y Sellados - Dif. IVA Crédito Fiscal	1.62%
Gastos Financ. y Bancarios- Varios	0.74%
Derechos y Tasas Municipales	0.61%
Gastos Finan y Banc-Imp Ley 25413 s/Deb	0.60%
Gastos Finan y Banc- Imp Ley 25413 s/Crd	0.43%
Impuestos y Sellados - Saldo DDJJ Ganancia Mínima Presunta	0.21%
Impuestos y Sellados - Varios	0.21%
Impuestos y Sellados - Ajustes de IVA	0.07%
Impuestos y Sellados - Impuesto a los Bienes Personales	0.005%

Fuente. Elaboración propia.

Respecto de la evolución interanual de la agrupación de impuestos, se verifica que el aumento erogado crece, más que el resto de los ítems de costo para el año 2017.

GRAFICO 2.6 Evolución de impuestos y sellados respecto del año anterior. 2015 base



Fuente. Elaboración propia.

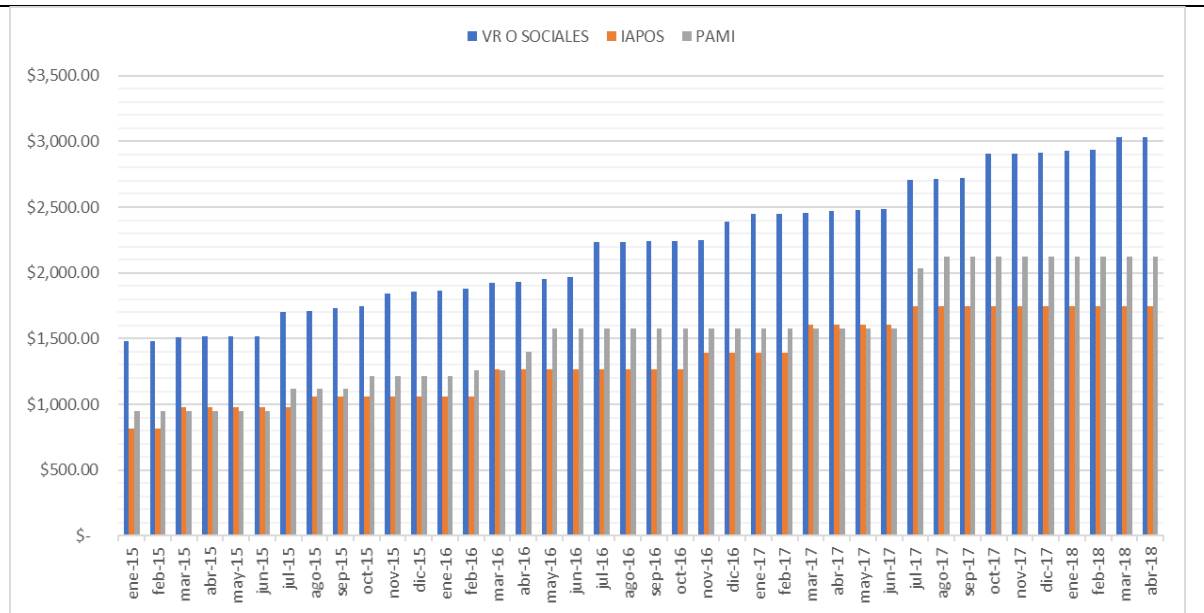
✓ ***Se exponen a en este punto los resultados que componen el objetivo número 3.***

Los datos permiten analizar: a) el valor del Día pensión respecto del costo de referencia para el mismo tipo de arancel; b) determinar si el aumento sufrido en los costos sanatoriales medido por el índice de precios tuvo una correlación en los aumentos otorgados por los principales financiadores del Sanatorio; c) exponer la evolución, y analizar los principales indicadores de costos e ingresos del sector privado de salud a nivel nacional; d) examinar el efecto de la demora en los pagos por parte de los financiadores; e) determinar y valorizar débitos realizados por los financiadores en el período de tiempo de este estudio, como sigue:

a) Se corrobora que, en ningún período, el valor pagado por las obras sociales IAPOS y PAMI, ha superado el valor de referencia del sector (Cosanar, 2017). Esto se traduce en diferencias entre el valor que se debería haber percibido, necesario para cubrir costos y obtener rentabilidad. La diferencia entre el valor de referencia y el efectivamente pagado es en promedio, en el caso de IAPOS de - 40%, y en el caso de PAMI, -31%.

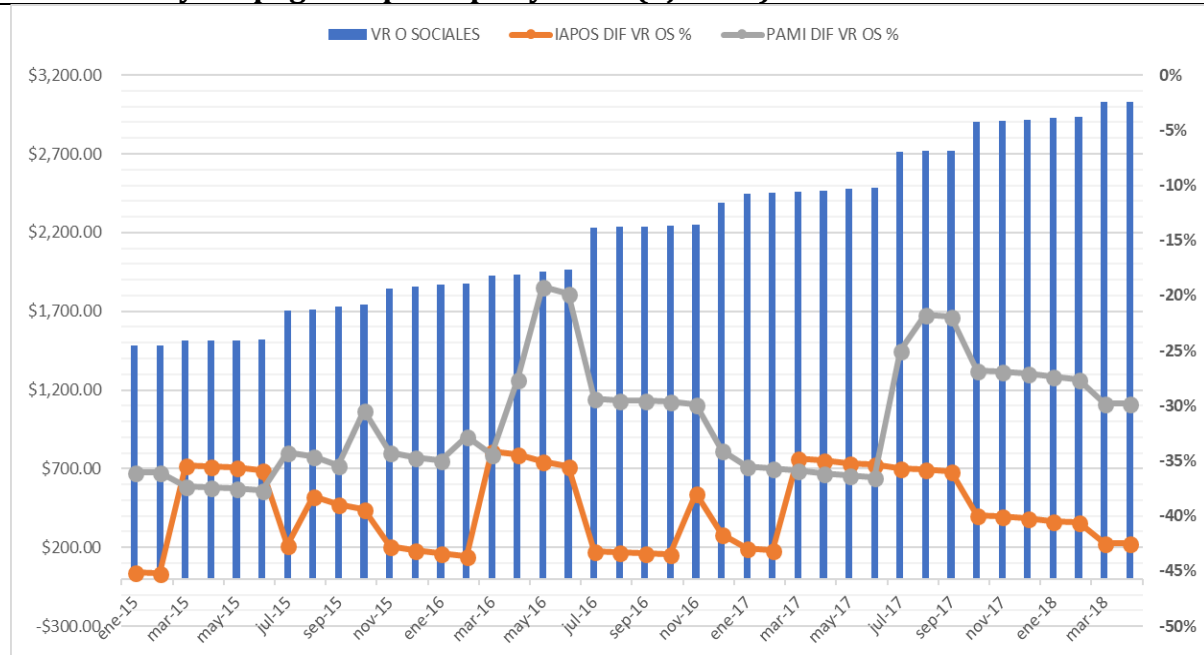
Por lo que verificamos que los dos principales financiadores de la empresa pagan valores por debajo del de referencia. Observar Gráficos 3.a y 3.a.1

GRAFICO 3.a Comparativo Día Pensión entre Valores de Referencia vs Iapos y Pami.



Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 3.a.1 Valores de Referencia para el día pensión (Eje izq.), y diferencia entre el VR y los pagados por Iapos y Pami (Eje der.)



Fuente. Elaboración propia.

b) Corroboramos cómo fue la evolución de los aumentos reconocidos y pagados al efector por parte de IAPOS y PAMI, en relación con cómo se ha incrementado el índice de precios de la atención médica (Tabla 3.b) publicado por la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (ADECRA). A saber: para el año 2015 (Ene/Dic) el índice de precios del sector creció en un 27% (ADECRA, 2016), para este período PAMI aumentó el valor de su nomenclador en un 26%. Continuando, en referencia a IAPOS, verificamos que el aumento otorgado la obra social de la provincia de Santa Fe fue, para 2015, de 28%.

En efecto para el año 2015, de los dos principales financiadores, sólo uno supero al aumento de costos en un 1%.

Continuando con el análisis, se corrobora que para 2016 (Ene/Dic), ninguno de los dos principales financiadores llega a cubrir el incremento de costos, siendo este de 37%, y los aumentos otorgados a la institución bajo análisis fueron: PAMI 32% (-5% respecto al costo), mientras que IAPOS incremento sus valores en 25% (-12% respecto al costo).

Para 2017, la obra social provincial IAPOS, otorga un incremento de 25% de incremento (0% respecto al costo), y PAMI aumenta 19% (-6% respecto al costo). Se verifica que sólo IAPOS para el año 2015 superó al índice de costos en 1%, salvo esta excepción. Para el resto de los períodos, los financiadores que concentran el 69.79% de los ingresos ha otorgado aumentos sobre el índice de aumentos de costos para el sector privado de salud.

TABLA 3.b Aumentos anuales de los ítems de costos para la atención médica

	2001 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costos laborales	34%	34%	23%	33%	31%	22%	31%
Insumos médicos	83%	7%	7%	12%	27%	13%	16%
Insumos no médicos	140%	11%	7%	14%	24%	18%	33%
Servicios públicos	55%	12%	10%	8%	22%	12%	22%
Inversiones	83%	7%	6%	12%	5%	18%	26%
ÍNDICE DE COSTOS	62%	21%	16%	25%	27%	20%	29%
Salario sanidad		41%	19%	20%	25%	19%	27%
Dólar oficial	193%	-1%	5%	1%	2%	18%	5%
Dólar paralelo							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Costos laborales	29%	27%	26%	31%	26%	37%	22%
Insumos médicos	16%	14%	33%	58%	24%	18%	11%
Insumos no médicos	37%	23%	28%	59%	29%	31%	31%
Servicios públicos	16%	2%	11%	14%	9%	292%	200%
Inversiones	34%	23%	18%	50%	33%	22%	16%
ÍNDICE DE COSTOS	29%	25%	27%	40%	27%	37%	25%
Salario sanidad	33%	28%	28%	30%	32%	39%	27%
Dólar oficial	6%	10%	32%	37%	37%	41%	11%
Dólar paralelo	n/c	42%	52%	39%	29%	n/c	n/c

Fuente. Adecra - Cedim

TABLA 3.b.1

Índice de Precios ADECRA	27.00%	37.00%	25.00%
Aumento PAMI Clínica (I-II-III)	26.00%	32.00%	19.00%
Aumento IAPOS	28.00%	25.00%	25.00%

Fuente. Elaboración propia.

c) Luego, se toma información de indicadores representativos de ingresos y costos sanatoriales. Estos datos del contexto nacional son publicados por ADECRA. Esta fuente de datos externa agrega valor al estudio, debido a que, los resultados verificados son representativos de la realidad del sector privado de la salud, y el objetivo es verificar, si los

resultados obtenidos en este punto se hallan en el mismo sentido que los obtenidos en la institución bajo análisis.

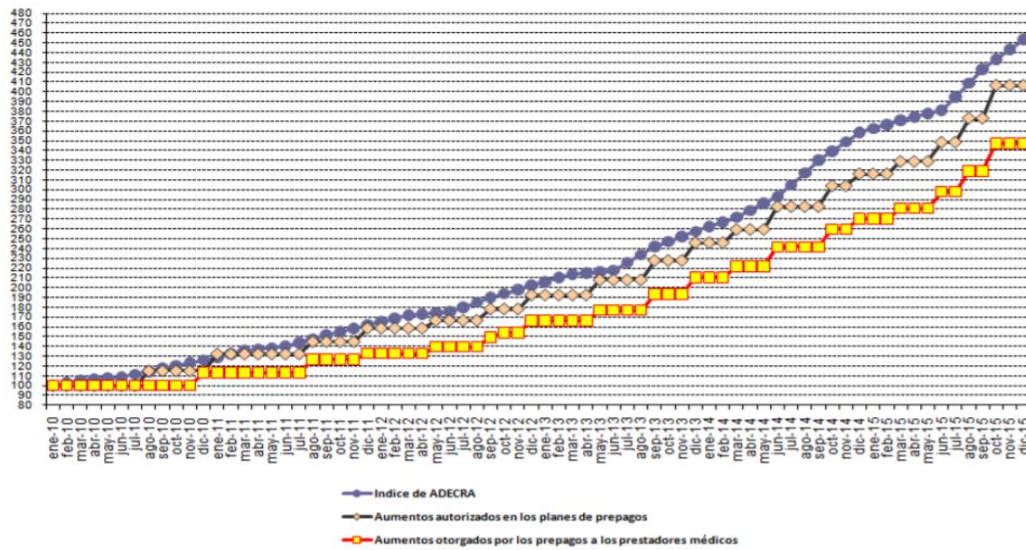
Se inicia con el análisis del traslado de los aumentos obtenidos por los financiadores a los efectores, GRAFICO 3.c. La serie de datos va desde ENE2010 a DIC2015 y, en la misma, se verifica que los incrementos autorizados a las prepagas por la autoridad de aplicación (Superintendencia de Salud de la Nación), no fueron trasladados proporcionalmente a los efectores, y, en efecto, durante toda la serie, los traslados estuvieron por debajo del aumento autorizado. Por ello, se ocasiona un “gap” (diferencia) entre el aumento recibido por el financiador y recibido para el mismo período por el efector, por lo que este último no puede cubrir el aumento del índice de precios del sector y se condice con lo verificado en el punto 3.b.

Si observamos el GRAFICO 3.c.1, nos muestra la relación entre el incremento en el índice de precios, el incremento de aranceles, y agrega el dato de la producción en atención médica, es decir, la cantidad de consultas, de internaciones, de cirugías, de intervenciones diagnósticas y de tratamientos, en general.

Si observamos la serie completa, puede verse, a su inicio, el gran impacto que tuvo sobre los costos sanatoriales la salida de la crisis del año 2001 y la extraordinaria diferencia entre costos y aranceles; luego de esta, se verifican nueve períodos en los cuales los costos son superiores a los aranceles sanatoriales, y sólo cuatro en los cuales la situación se revierte, dentro de estos últimos hay dos períodos de “empate técnico”.

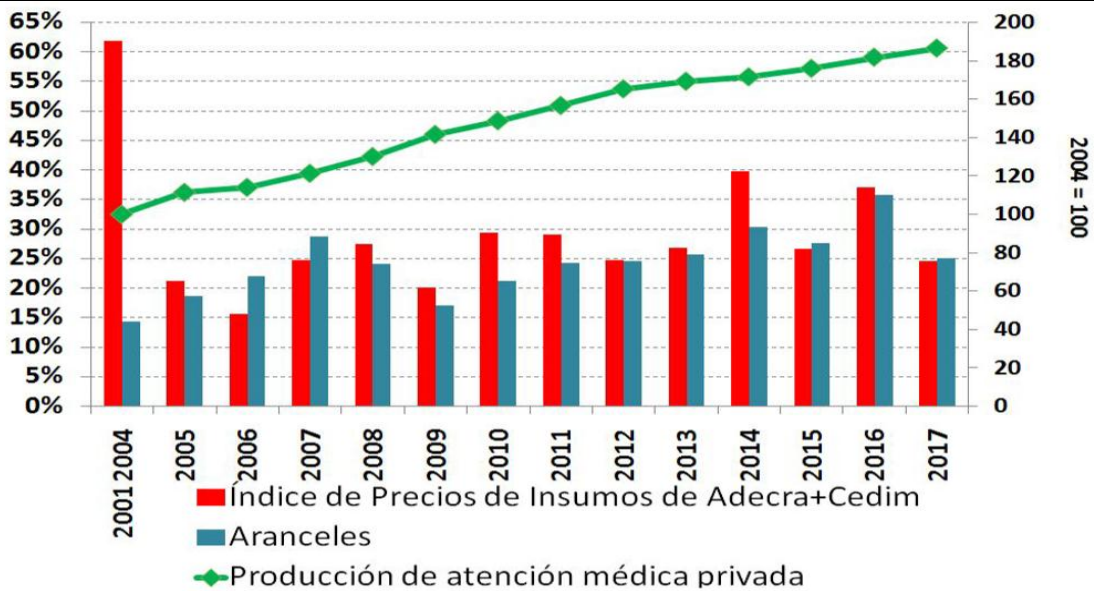
Por lo descripto anteriormente, podemos corroborar que la situación del sector privado de salud “arrastra” una diferencia negativa en cuanto a la evolución de los aumentos de aranceles, en comparación con los incrementos en los costos de prestar servicios de salud.

GRAFICO 3.c Traslados de aumentos por parte de los financiadores a los efectores e índice de precios de la atención médica



Fuente. Adecra - Cedim

TABLA 3.c.1 Traslados de aumentos por parte de los financiadores a los efectores e índice de precios de la atención médica



Fuente. Adecra - Cedim

d) En este punto, se va a analizar el ciclo del negocio del prestador privado de salud (ver GRAFICO 1), el cual corrobora los tiempos de demora en cobros y pagos por parte del efector privado.

Recordando que, para el período de análisis 2015, 2016 y 2017, los índices de costos para la prestación de servicios de salud fueron 27, 37 y 25% respectivamente (TABLA 3.b). La TABLA 3.d muestra que el promedio de demora en el pago, de los principales financiadores para el período analizado, es 66.67 días. El principal financiador (PAMI, con el 53.49 % de los ingresos), efectiviza su pago (ingreso sanatorial) a los 90 días de la fecha de factura.

Si extendemos el análisis a todos los financiadores (excepto PAMI), en la tabla 3.d.1, vemos que, sin importar el monto aportado por el financiador, solo tomando los tiempos de pagos de cada uno, la mayor concentración de pagos se da a los 92 días de la fecha de factura, es decir, el efector recibe ingresos de la mayoría de sus prestadores a los 92 días.

La información obtenida, debe contraponerse con los plazos a los cuales el prestador privado de salud está habilitado a pagar. Así nos referimos a la Tabla 2, donde vemos que el 45.52% de los egresos del efector (Sueldos, Jornales y Cargas Sociales), son pagados de contado; salvo Honorario Médicos (22.58% en total, se pagan al momento de recibir el dinero de la obra social), el resto de los gastos y compromisos (31.9%) se pagan en un máximo de 60 días.

Claramente, se confirma el desfase ocasionado entre los momentos en el ciclo del negocio en el cual son recibidos los ingresos y erogados los gastos. Máxime, al relacionar días de demora en el pagos y cobros, junto con índice de precios, y costos financieros.

Como ya se ha señalado con anterioridad, el ciclo de negocio del prestador privado de salud genera costos financieros, los cuales, son soportados por las instituciones como pérdidas, y

evidencia el “esfuerzo” al cual es sometido la estructura económica del efector. Uno de los factores del contexto que tiene como efectos el alargamiento en el ciclo del negocio es el flujo del financiamiento del mismo; así un peso aportado por un trabajador en el esquema de seguridad social tiene que atravesar distintos estamentos gubernamentales, luego recibirse por el financiador quien desarrolla un esquema comercial sobre este ingreso y lo carga de costos, en algunos casos de obras sociales sindicales.

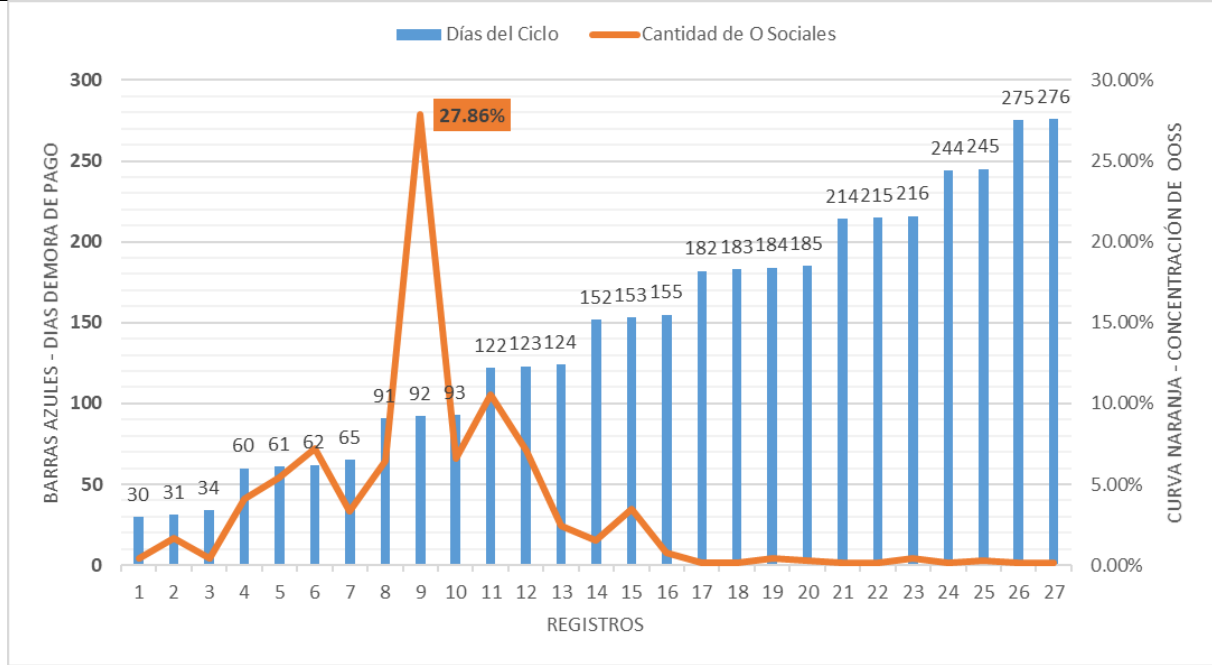
A su vez, se contratan gerencadoras que configuran otro pasamanos del ingreso, para, por último, llegar al efector quien es el que soporta el costo de la prestación, costo que se manifiesta en un arancel que se encuentra totalmente desregulado y que es ofrecido por los financiadores en una compulsa de precios en la que el estado no interviene.

TABLA 3.d Demora en el pago de los principales financiadores desde la fecha de Facturación.

Orden	Nombre de Obra Social	Incidencia	Acumulada	DIAS DEMORA DE PAGOS	
1	I.N.S.S.J.P. SUC. XV	53.49%	53.49%	90.00	
2	I A P O S INSTITUTO	16.30%	69.79%	30.00	
3	DIRECCION GRAL.DE BI	1.88%	71.67%	90.00	
4	MEDIFE ASOCIACION CI	1.84%	73.51%	90.00	
5	MUTUAL GREMIAL MEDIC	1.62%	75.13%	30.00	
6	OSDE ORGANIZACION DE	1.54%	76.66%	60.00	
7	ACA SALUD COOP DE PR	1.38%	78.04%	90.00	
8	CONSUMIDOR FINAL	1.32%	79.36%	30.00	
9	PREVENCION A.R.T. S.	1.28%	80.65%	90.00	
10	RESTO	19.35%	100.00%	66.67	Promedio

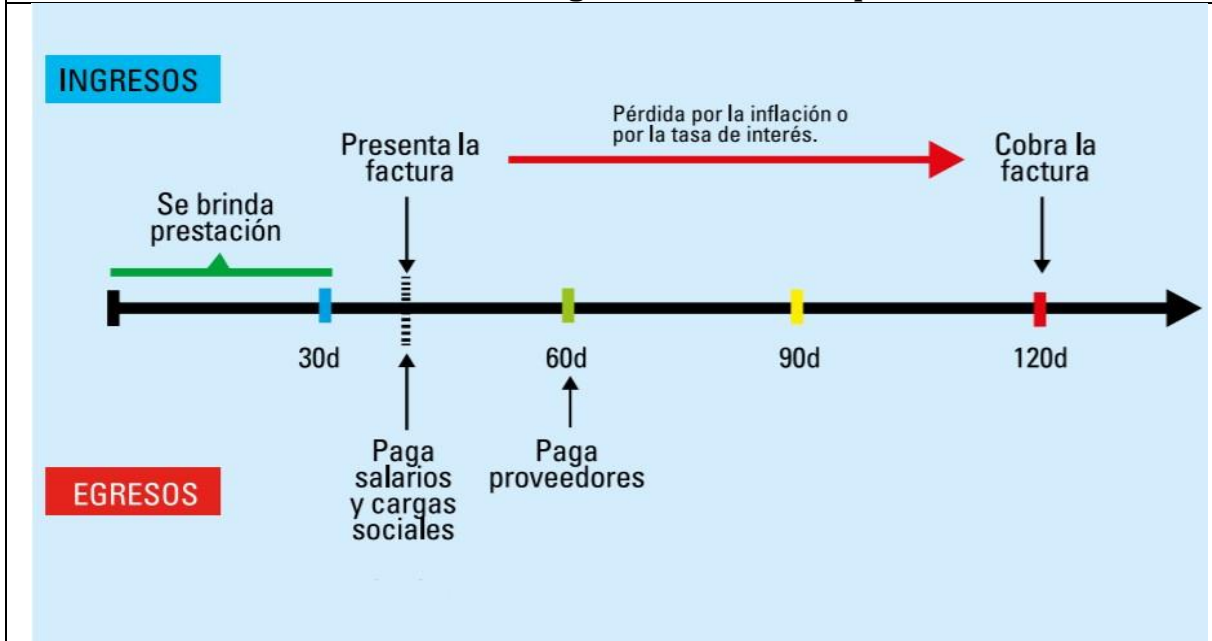
Fuente. Elaboración propia.

TABLA 3. d.1. Demora en el pago de todos los financiadores (Excepto Pami) desde la fecha de Facturación.



Fuente. Elaboración propia.

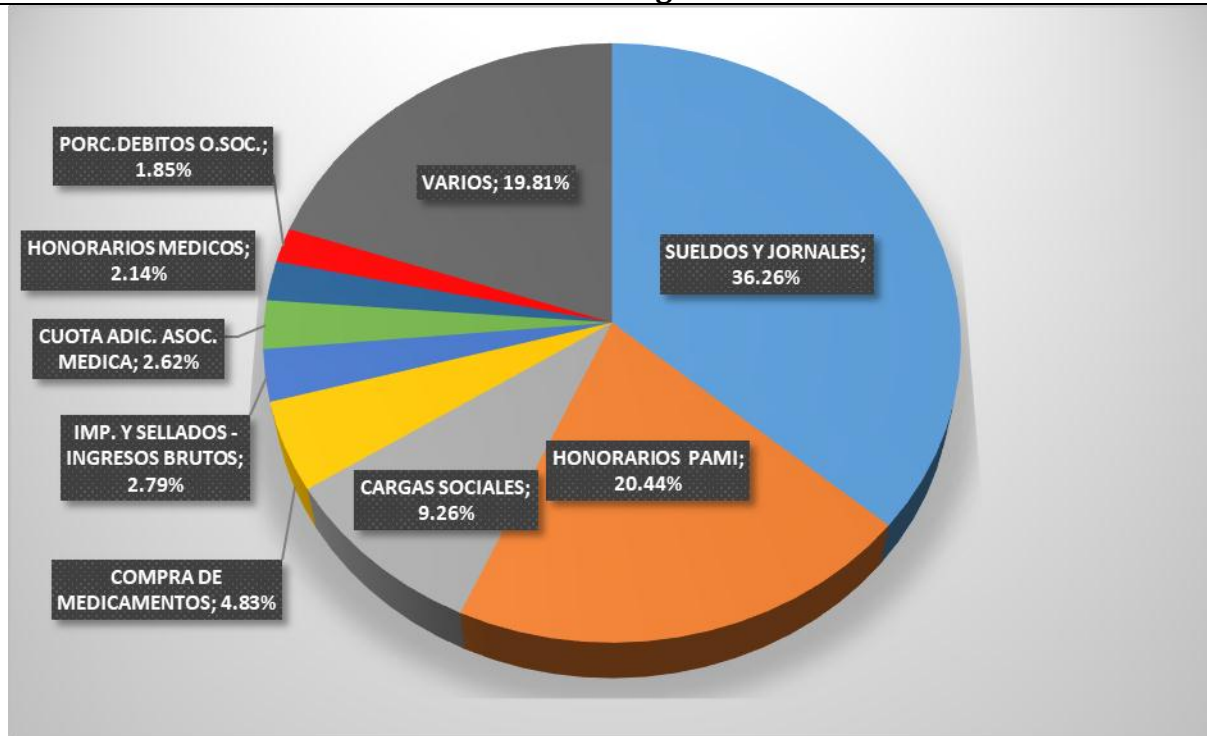
GRAFICO 3.d.2 Efectos del ciclo del negocio de un efector privado de salud.



Fuente. Adecra - Cedim

e) En este punto se puede ver la importancia del rubro Débitos por OS en relación con el resto de los gastos. Estos, son descuentos que se hacen en la facturación del sanatorio y que se envía al financiador (obra social o prepaga), es decir, son ingresos que se dejan de percibir, los que se informan a la fecha de pago (promedio 66.67 días de la efectiva prestación del servicio). Al observar el GRAFICO 3.e y la TABLA 3.e.1, se verifica la importancia de la incidencia que el monto debitado tiene para la institución bajo análisis (1.85%), el cual se ubica como uno de los principales gastos. A estos montos detraídos de la facturación deben adicionarse las cargas financieras que tienen implícitas por los momentos en que se realizan dentro del ciclo del negocio del sanatorio. En el mejor de los casos, el efector recupera el débito luego de un reconocimiento por el financiador luego de dos ciclos de facturación, con la consiguiente pérdida de poder adquisitivo del arancel.

GRAFICO 3.e Incidencia de los débitos en los gastos totales.



Fuente. Elaboración propia.

TABLA 3.e.1 Incidencia de los débitos en los gastos totales.

CONCEPTO	Suma de TOTAL 2015	Suma de TOTAL 2016	Suma de TOTAL 2017	TOTAL	Incidencia %	Incidencia % Acumulada
SUELDOS Y JORNALES	\$ 18,532,759.10	\$ 25,338,690.12	\$ 32,685,938.20	\$ 76,557,387.42	36.26%	36.26%
HONORARIOS PAMI	\$ 8,960,899.19	\$ 11,701,613.67	\$ 22,484,367.38	\$ 43,146,880.24	20.44%	56.70%
CARGAS SOCIALES	\$ 4,986,094.18	\$ 6,495,948.77	\$ 8,069,162.77	\$ 19,551,205.72	9.26%	65.96%
COMPRA DE MEDICAMENTOS	\$ 2,317,310.35	\$ 3,587,464.03	\$ 4,285,353.30	\$ 10,190,127.68	4.83%	70.79%
IMP. Y SELLADOS - INGRESOS BRUTOS	\$ 1,317,757.85	\$ 1,430,151.76	\$ 3,152,439.35	\$ 5,900,348.96	2.79%	73.58%
CUOTA ADIC. ASOC. MEDICA	\$ 1,390,247.37	\$ 1,946,568.76	\$ 2,186,799.34	\$ 5,523,615.47	2.62%	76.20%
HONORARIOS MEDICOS	\$ 1,190,593.33	\$ 1,300,480.68	\$ 2,022,894.55	\$ 4,513,968.56	2.14%	78.34%
PORC. DEBITOS O. SOC.	\$ 1,262,168.20	\$ 1,668,962.13	\$ 975,190.81	\$ 3,906,321.14	1.85%	80.19%
VARIOS	\$ 10,575,166.17	\$ 12,829,779.76	\$ 18,421,658.68	\$ 41,826,604.61	19.81%	100.00%
TOTAL	\$ 50,532,995.74	\$ 66,299,659.68	\$ 94,283,804.38	\$211,116,459.80		

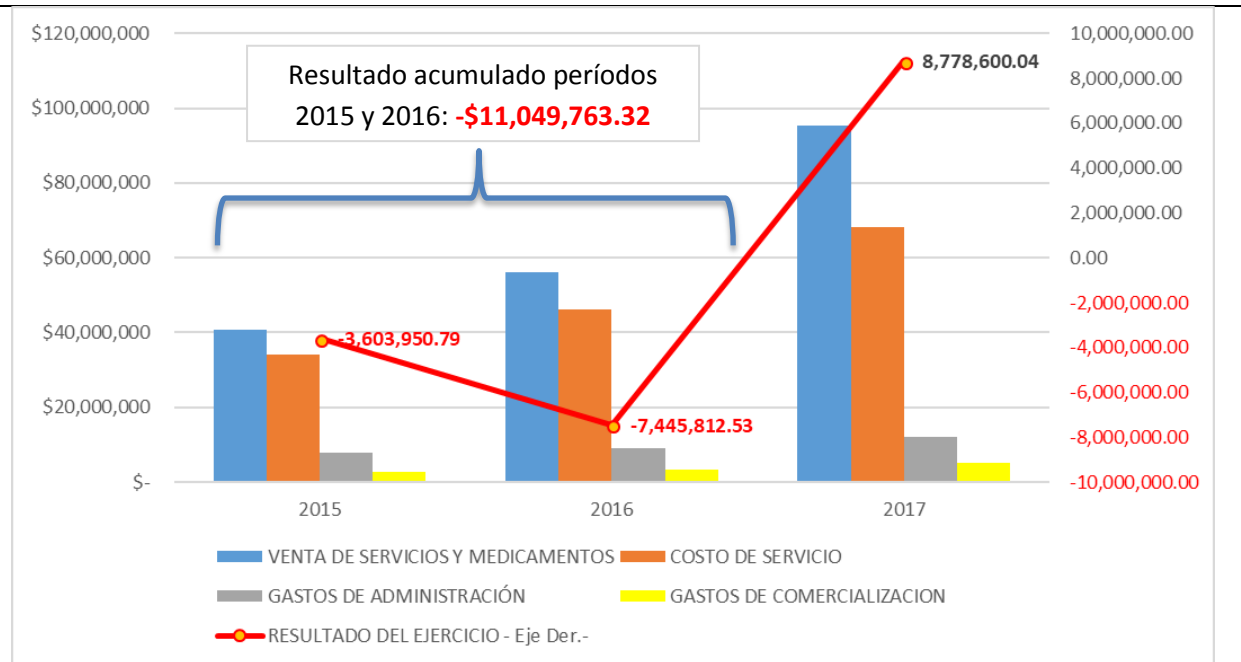
Fuente. Elaboración propia.

✓ ***Como parte del objetivo número 4 se analizan y exponen cómo resultaron las evoluciones de resultados y patrimoniales del sanatorio en los períodos bajo estudio, así como también se obtienen indicadores financieros.***

Al respecto, observamos que en el GRAFICO 4, centrado en el estado de resultados, pérdidas y ganancias, se corrobora que los resultados obtenidos por el Sanatorio fueron negativos (pérdida) para los períodos 2015 y 2016, mientras que para 2017 verificamos que el resultado fue positivo (ganancia).

Los resultados negativos acumulados en 2015 y 2016 superan a la ganancia obtenida en 2017 (a valores nominales sin actualizar), siendo la diferencia menos \$2,271,163.28. Ahora bien, si actualizamos las pérdidas incurridas en 2015 y 2016 con el índice de precios de ADECRA, y llevamos los valores a 2017, confirmamos que la diferencia negativa acumulada se amplía y asciende a menos \$6,700,431.35 (valores actuales).

GRAFICO 4. Ventas, Costos de Ventas, Gastos y Resultado del Ejercicio años 2015, 2016, 2017.



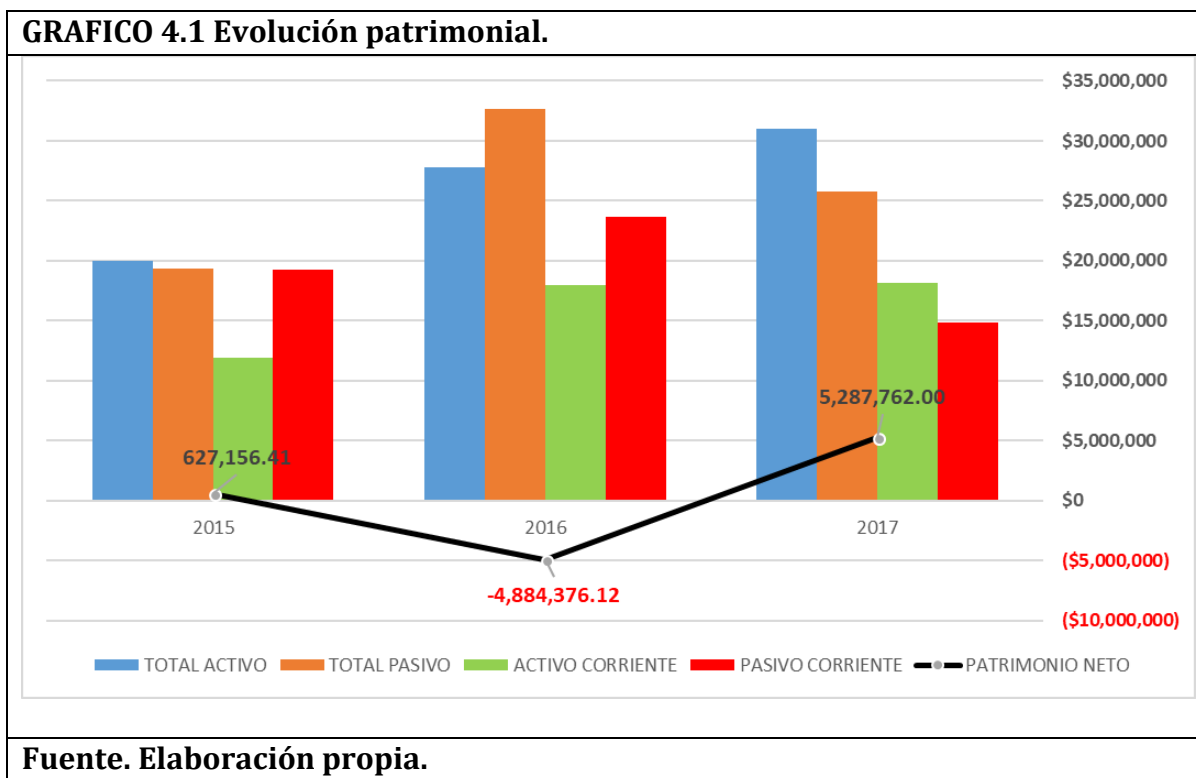
Fuente. Elaboración propia.

Patrimonialmente, el efecto de la gestión de los ingresos y egresos lo observamos en el GRAFICO 4.1. La línea que representa el Patrimonio Neto de la institución, refiere a la diferencia entre sus Activos y Pasivos totales, tiene un origen (año 2015) por un valor casi marginal (\$627,156.41) y luego sufre un gran descenso (año 2016 a -\$4,884,376.12).

Esto concordante con las pérdidas sufridas verificadas en el GRAFICO 4, lo que demuestra que la empresa pierde capital de trabajo por la incidencia de los resultados negativos acumulados, y el Sanatorio se ve obligado a endeudarse y dejar de invertir.

El repunte que vemos para 2017 (\$5,287,762.00) no alcanza a cubrir, en valores reales, el deterioro acumulado. Además, cabe aclarar que este mayor patrimonio es producto de una revaluación contable de su inmueble y terreno, según consta en la nota a los estados

contables 1.2.2 del Balance General número 53, por lo que el mejor resultado no proviene del desarrollo del negocio.



En la TABLA 4.2 se observa que las normativas de colores en verde muestran indicadores que cumplen con condiciones para tributar de manera positiva a la gestión financiera y económica de la institución; en amarillo aquellos en los cuales el margen para que sean negativos es muy pequeño, y “apenas” cumplen con el objetivo planteado arriba; y, en rojo, aquellos que no cumplen en tributar de manera positiva.

Se analizan individualmente el Activo sobre Pasivo (Endeudamiento) que es el porcentaje de participación de los acreedores y no debe ser mayor a uno. Para el año 2015 el 97% de los activos son financiados por sus acreedores, o es lo mismo que decir que, de liquidarse los activos totales, quedaría un remanente de sólo 3% luego de pagar todas las deudas. Por

otro lado, el Activo Corriente sobre Pasivo Corriente (Liquidez General muestra que proporción de deudas en el corto plazo pueden ser cubiertas con el activo que posee mayor liquidez y tiene que ver con la rapidez en la cual podemos hacer frente a nuestro pasivo flotante (corriente), debe ser mayor a uno. Así, por ejemplo, para el año 2017 el indicador 1.22 nos dice que cada peso de deuda, tiene 1.22 pesos para hacerle frente.

El Activo Corriente menos Pasivo Corriente (Cap. de Trabajo) es el dinero que le queda a la empresa luego de pagar sus deudas inmediatas, el dinero que queda para hacer frente al día a día. Verificamos que para los años 2015 y 2016 esta diferencia es negativa, mostrando una recuperación para 2017.

Para continuar con el análisis en el GRAFICO 4.3, pueden tomarse y combinarse indicadores con el dato del aumento de precios anual (ADECRA, 2016). De su análisis verificamos que, de los aumentos otorgados por principales financiadores, PAMI no cubrió el aumento en los costos sanatoriales, mientras que IAPOS sólo un año (2015) estuvo un punto por arriba.

Si nos referimos al aumento interanual de las ventas (Variación de Ventas), de los tres períodos analizados, en dos (2015 2017) se ubicó sobre el aumento del índice de costos sanatoriales, igualando el de 2016.

En cuanto al Costo de Venta, el principal dentro de los costos del estado de resultados, para los períodos 2015 y 2017 ha sido superior al aumento de los precios sanatoriales y sólo en un período lo igualó, es decir el costo de venta del servicio ha aumentado más que el indicador de inflación del sector.

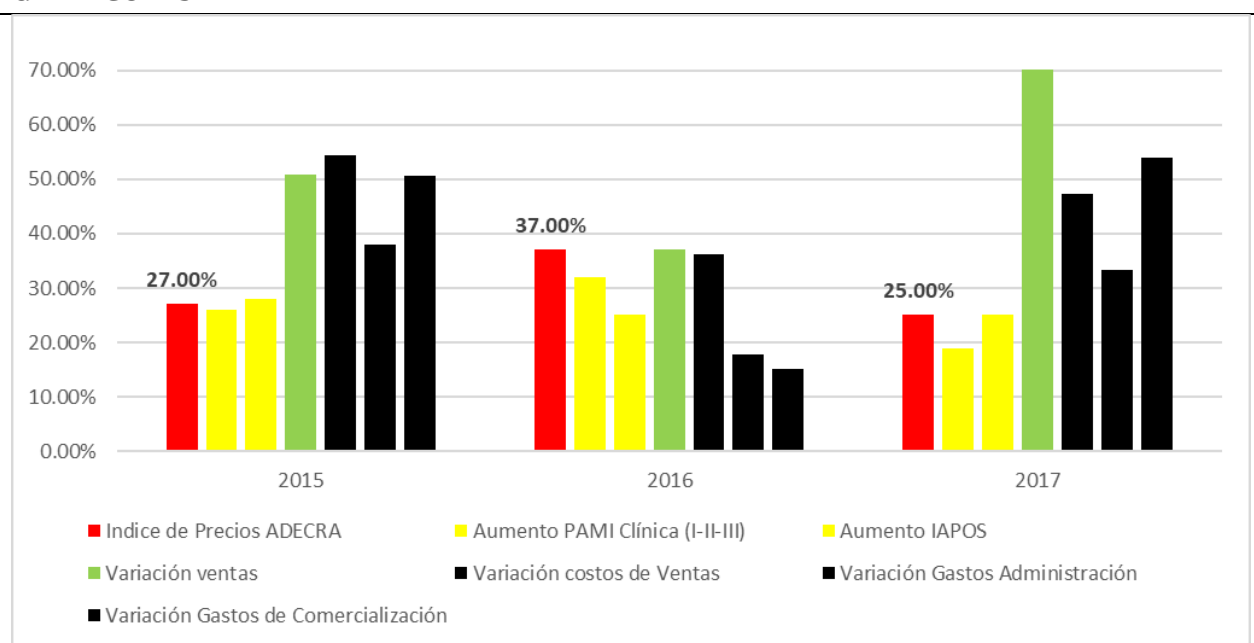
Para los Gastos Administrativos y de Comercialización, se verifica que estos aumentan más que el indicador para 2015 y 2017, logrando el objetivo de aumentar menos que el indicado sólo para el año 2016 en ambos ítems (ADECRA, 2016).

TABLA 4.2 Indicadores.

INDICADORES	2015	2016	2017
Pasivo sobre Activo (Endeudamiento)	0.97	1.18	0.83
Activo Corriente sobre Pasivo Corriente (Liquidez General)	0.62	0.76	1.22
Activo Corriente menos Pasivo Corriente (Cap de Trabajo)	-\$ 7,277,135.00	-\$ 5,694,710.36	\$ 3,335,231.19
INDICADORES	2015	2016	2017
Indice de Precios ADECRA	27.00%	37.00%	25.00%
Aumento PAMI Clínica (I-II-III)	26.00%	32.00%	19.00%
Aumento IAPOS	28.00%	25.00%	25.00%
Variación ventas	51%	37%	70%
Variación costos de Ventas	54%	36%	47%
Variación Gastos Administración	38%	18%	33%
Variación Gastos de Comercialización	51%	15%	54%

Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 4.3

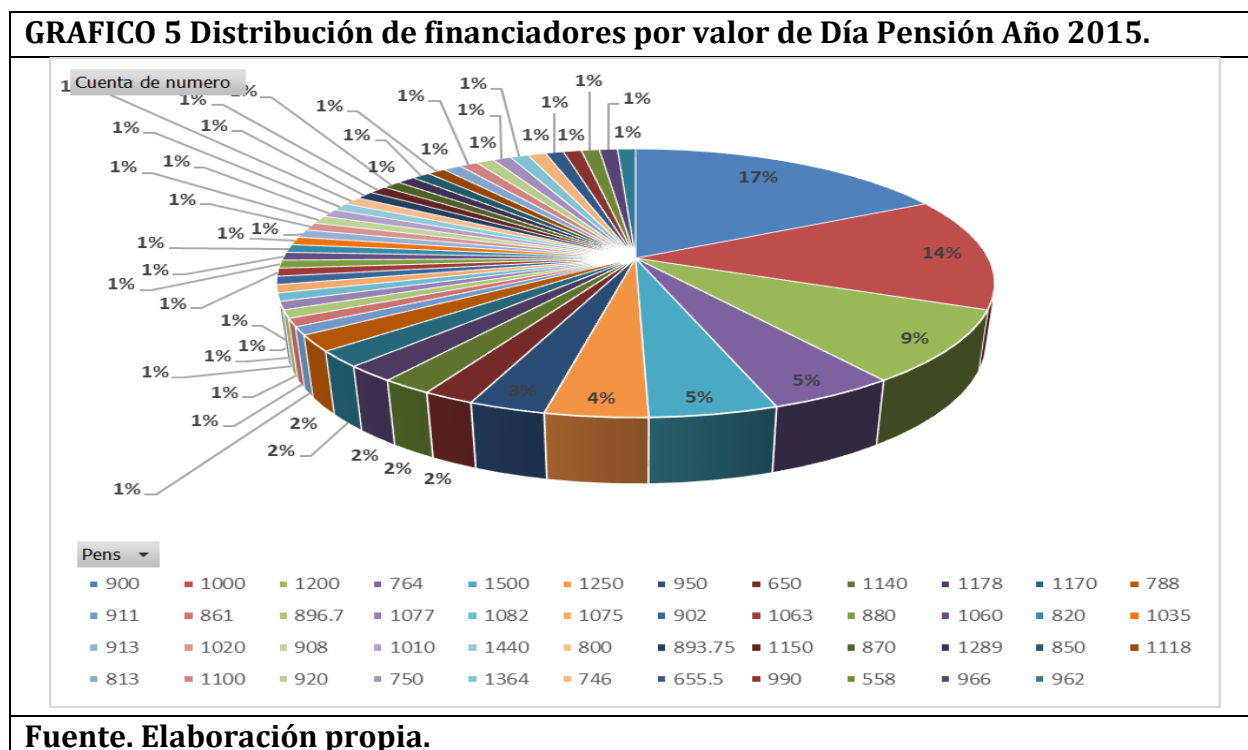


Fuente. Elaboración propia.

De lo expuesto en este punto podemos corroborar que tanto de la información aportada por los indicadores que se desprenden de los estados de resultados, como, de los de evolución patrimonial, nos marcan que la prestación de servicios de salud por parte del efector privado analizado, para los períodos relevados, es deficitaria, y está dañando la estructura patrimonial y capital de trabajo del efector. Las causas inferidas son las que se vienen demostrando en los puntos anteriores de este estudio, las cuales tienen su manifestación en los estados analizados arriba.

✓ *A continuación, se analizan los resultados obtenidos para abordar el objetivo número 5. Se comparan en este punto los valores pagados por los financiadores (excepto PAMI), para un mismo concepto y período de tiempo.*

En el GRAFICO 5 verificamos la distribución de las obras sociales y prepagas según el valor del arancel Día Pensión. Visualmente apreciamos la diversidad de valores para un mismo ítem, sin ninguna regulación respecto al piso o tope, así, por ejemplo: un 17% de los financiadores ofrece valores de \$ 900, mientras que un 9% ofrece valores de \$1200.

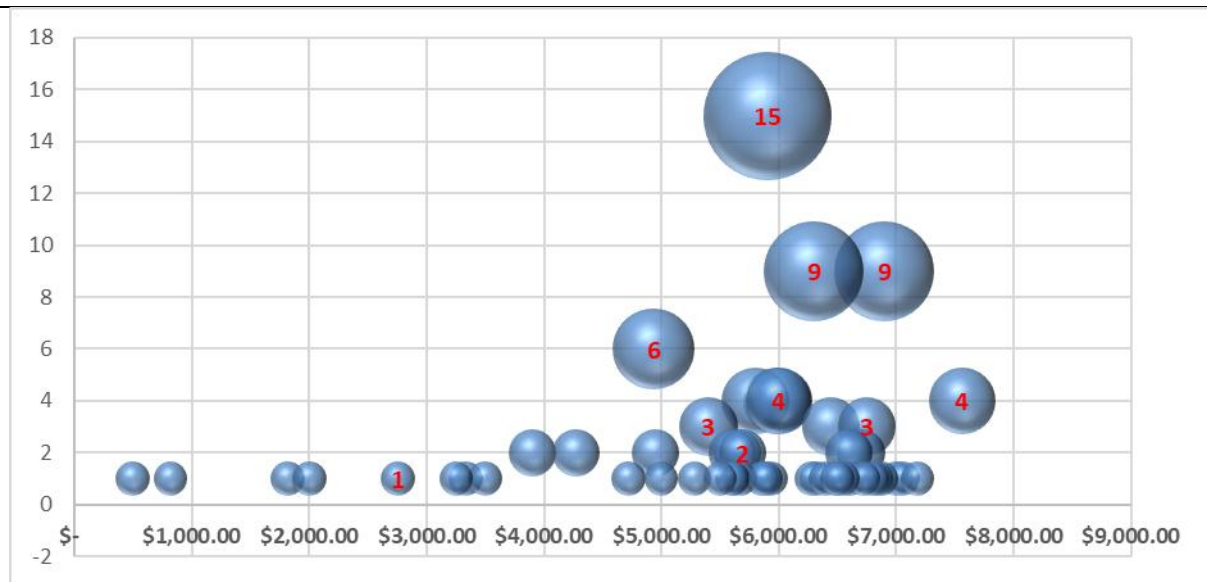


Fuente. Elaboración propia.

Se reafirma lo observado en el GRAFICO 5 analizando el GRAFICO 5.1, el cual nos muestra la dispersión que existe de financiadores, pero esta vez para el arancel Día de Terapia Intensiva para el año 2017.

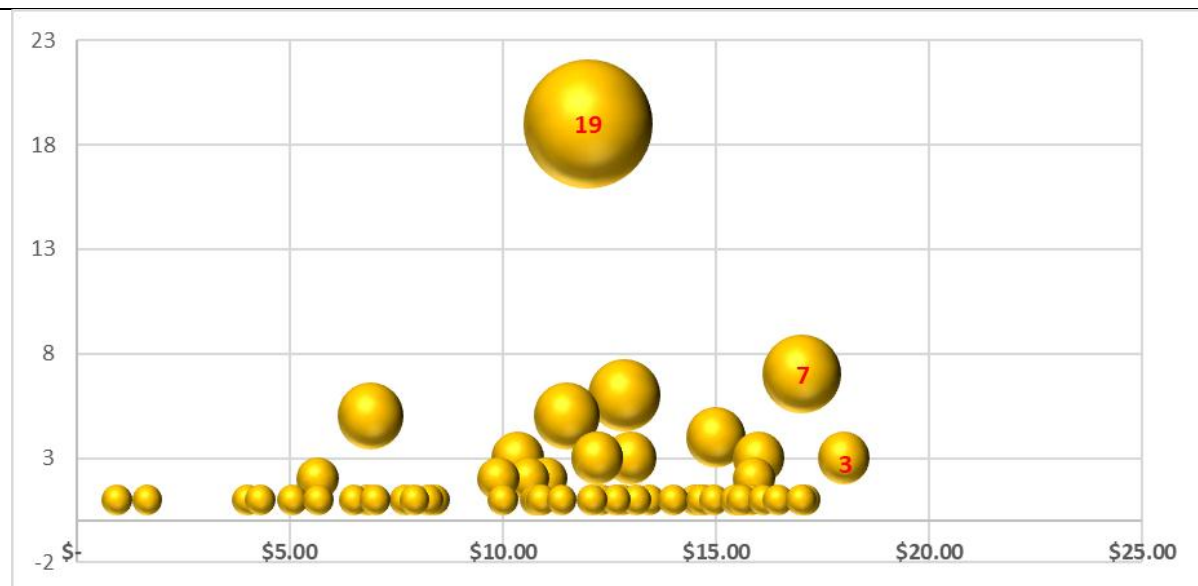
Así, 15 obras sociales y prepagas ofrecen valores de \$5900, esto es un 13% del total de los financiadores (tamaño de la burbuja). Siguiendo, vemos que 6 financiadores pagan por el día UTI \$4935 y podemos ver que cada burbuja representa un universo de financiadores que paga un valor determinado. Como en el anterior caso, visualmente se aprecia la desregulación arancelaria que afronta el efector privado de salud.

GRAFICO 5.1 Distribución de financiadores por valor de Día UTI Año 2017.



Fuente. Elaboración propia.

GRAFICO 5.2 Distribución de financiadores por valor Gastos Radiológicos Año 2017.



Fuente. Elaboración propia.

Al observar la información, corroboramos que los financiadores ofrecen al efector privado de salud aranceles diferentes por un mismo ítem, para un mismo período de tiempo.

El efector de servicios de salud tiene un mismo costo para un determinado servicio, por ejemplo: el costo del día UTI es el mismo para la obra social que paga \$5900, que para la que paga \$4935. Esta excesiva desregulación pone al efector a negociar individualmente el valor, sin una referencia ni base de costo, sólo el poder que ostente en la negociación hará que logre un mejor valor.

Como lo describe ADECRA (2016), los aranceles médicos muchas veces también vienen predeterminados especialmente cuando se tiene un mercado de financiadores concentrados y mucha competencia entre prestadores.

Estas condiciones son muy propicias para que los financiadores, en especial los más grandes, coloquen o definan la mayor parte de las condiciones de compra de la atención médica, con lo cual los aranceles se forman cada vez más como un factor exógeno.

Las consecuencias más destacables de esta realidad del sector, es que se trabaje en niveles de pérdida, las cuales se acumulan y afectan la estructura económica financiera del Sanatorio, y, además, esta desregulación causa concentración en grandes centros efectores, los cuales acumulan capital, volumen y poder, por lo que logan mejores aranceles que las instituciones más “chicas”.

✓ ***Como parte del objetivo número 6, se muestran los resultados obtenidos del análisis fiscal del sanatorio. El mencionado análisis se centra en el Impuesto al Valor Agregado (IVA) para corroborar si las particularidades impositivas de los actores integrantes del mercado privado de la salud producen efecto sobre la estructura de ingresos y egresos.***

El IVA, por como está establecido, genera créditos fiscales cuando se compran insumos, y débitos fiscales cuando se venden servicios, esto de acuerdo con la condición fiscal del vendedor y comprador.

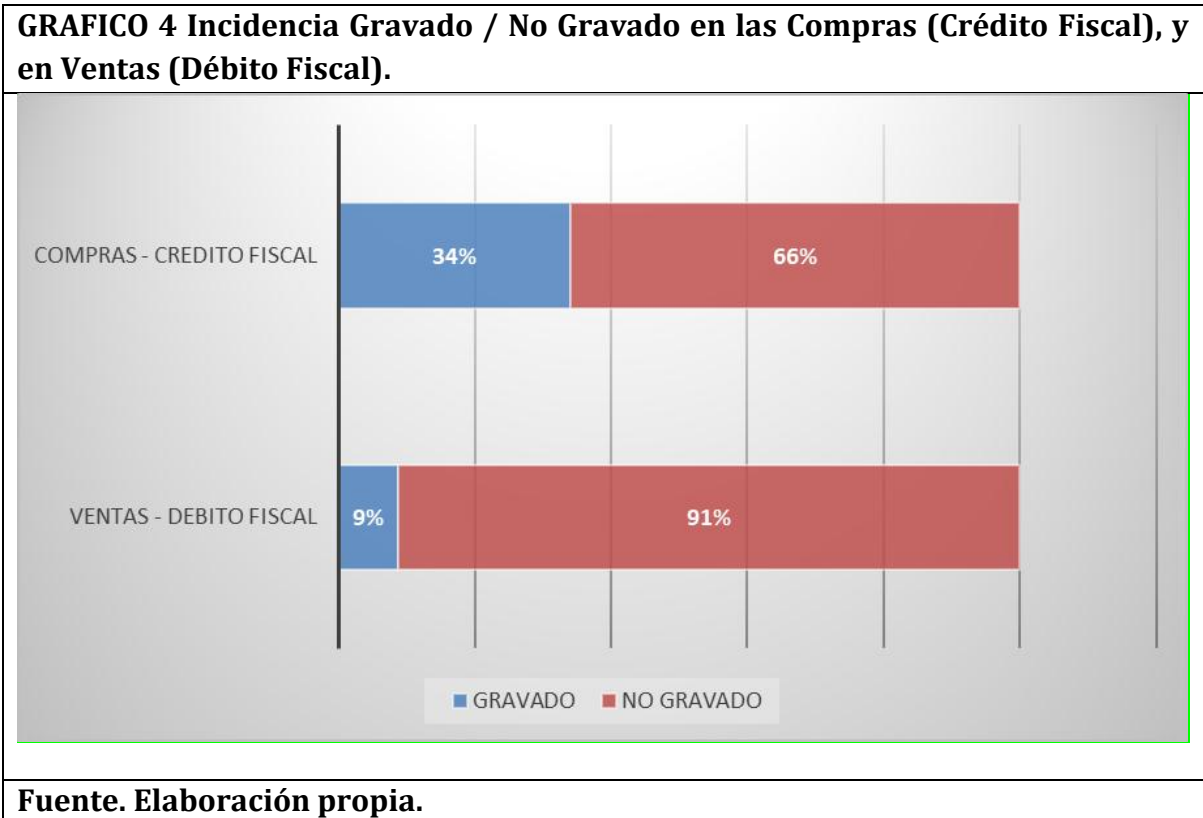
El prestador de salud paga a la AFIP el monto que surge de la diferencia entre estos dos valores (Créditos / Débitos), que, en efecto, debería representar el impuesto sobre el valor que agrega el efector al servicio.

Ahora bien, cuando el destinatario de la venta se encuentra exento del IVA, la venta no genera el débito fiscal correspondiente, ídem respecto a las compras, si lo que se compra está exento de IVA, la operación no genera crédito fiscal.

Al analizar el GRAFICO 4 se corrobora que, del total de las ventas de servicios de salud, el 91% es no gravado por el Impuesto al Valor Agregado, es decir se vende a exentos de IVA, y sólo el 9% se encuentra gravado o alcanzados por el impuesto. Al observar las compras, los datos muestran que el 66% del total de las compras no fueron gravadas, mientras que el 34% sí generaron crédito fiscal para el efector.

La información corrobora la existencia de un desbalance entre la generación de débito fiscal, versus la generación de crédito fiscal, donde el 34% de las compras que generan crédito, solo es compensada por un 9% que generan las ventas y esto hace que el efector de servicios de salud no pueda “descargar” el crédito, acumulando saldos de libre

disponibilidad de IVA que no permiten ser compensados son otras obligaciones, como, por ejemplo, las cargas sociales. Este es otro costo implícito que tiene el desarrollo de la actividad y que afecta el esquema de ingresos y egresos y, por supuesto, la sustentabilidad financiera, ya que el efector tiene un monto de dinero inmovilizado que no puede colocar en otro destino, siquiera otras obligaciones fiscales.



DISCUSIÓN

A continuación, se realizará un análisis crítico de los resultados a partir del marco teórico utilizado, como sigue:

Los resultados encontrados permiten dar cuenta que el Sanatorio no cuenta con un enfoque anticipatorio respecto del contexto, fundamental para la sustentabilidad en el tiempo de una organización (Schlemenson, 1990).

Si bien en los resultados obtenidos se verifica una gran incidencia de las externalidades, es decir, factores políticos, económicos, fiscales, etc., es necesario destacar que la decisión del directorio de tercerizar los servicios más rentables en cabeza de socios accionistas, y, por tanto, privar a la empresa de los ingresos generados por estas unidades de negocios, tiene una importante incidencia en la situación actual del sanatorio. Su organización gerencial o de *management* debe estar representadas por recursos humanos con poder de decisión, que no estén afectados a la actividad médica dentro del Sanatorio, y que, por lo tanto, puedan accionar medidas en pos de obtener rentabilidad, junto con bienestar del personal, y excelencia en la prestación de servicios.

La dependencia de las grandes obras sociales estatales, y la poca incidencia de las obras sociales diferenciales y prepagas, refiere a la falta de trabajo en una política diversificación de los ingresos sanatoriales.

Los resultados también permiten verificar que no es posible pronosticar y vigilar el entorno tan cambiante, lo cual afecta la supervivencia de la organización en términos de Pedrós y Gutiérrez (2005).

La utilización de la herramienta PETS (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos), permitió obtener información del contexto y analizar aquellos factores que no controla la organización y que pueden ser determinantes (Pedrós y Gutiérrez, 2005).

RECOMENDACIONES

A continuación, se formulan algunas recomendaciones y se proponen alternativas para desarrollar los cambios necesarios a nivel macro, meso y micro institucional, como sigue:

1. A la luz de los resultados aportados por el presente trabajo respecto de la importancia que tienen dentro de la estructura de Ingresos – Egresos de la entidad bajo estudio, los centros de costos de Personal, Cargas Sociales, Honorarios, Insumos, y Débitos, esto junto la carga fiscal y financiera verificada, *se recomienda al sanatorio bajo estudio, la implementación de un sistema certificado de gestión*. Este sistema, debe producir como “output”, un cuadro de mando integral, el cual, aportará la información de gestión necesaria para la toma de decisiones en áreas sensibles tales como: Recursos Humanos, Aranceles, Insumos, Obras Sociales, Cuentas Corrientes, Débitos.
2. El presente estudio ha verificado la demora que existe en el ciclo de negocio del sector, es decir, el tiempo que transcurre entre el pago por parte del efector de los gastos referentes a la prestación del servicio de salud, y el ingreso por parte del financiador del arancel correspondiente.

La gestión de pagos a los efectores de salud debe ser optimizada, mejorando los procesos a fin de evitar dilaciones innecesarias. Deben redactarse contratos de vinculación entre financiadores y efectores que prevean el tiempo de pago de aquellos, y cláusulas de imposición de intereses ante el atraso. Estos acuerdos, entre el prestador y los financiadores, deben permitir la emisión de notas de débitos automáticas ante la demora en el ingreso del pago. Para poder tener poder de

negociación ante las acciones recomendadas en este punto, es imprescindible que, los prestadores de salud (sanatorios y profesionales) se encuentren agremiados y trabajando en bloque.

3. Existe una alta concentración en grandes financiadores y atomización de efectores, esta situación permite que aquellos fijen precios arbitrariamente, ofreciéndolos al mejor postor en un mercado desregulado, con ninguna presencia estatal ni siquiera para sugerir valores mínimos.

En efecto, a la luz de lo verificado por este estudio, los aranceles están desregulados, verificándose gran cantidad de precios para una misma prestación que tiene un único costo. Además, los aranceles pagados por los financiadores no cubren el costo de otorgar la prestación. Así también, la evolución de los valores sanatoriales (aumentos de los financiadores a efectores) no alcanza a compensar la pérdida de poder adquisitivo del ingreso a causa de la inflación, ni toma en cuenta ningún parámetro automático de incremento, como podría ser la evolución de la política salarial del sector.

Se recomienda la gestión, por medio de las asociaciones de clínicas y gremiales, ante las autoridades de aplicación estatales, con el objetivo de instar a la elaboración de un nomenclador único valorizado de prestaciones, que tenga base en el efectivo costo del servicio prestado. El mismo deberá detallar y unificar las prácticas, valores, tasas de uso, etc. Los valores contenidos en el nomenclador deberán actualizarse en función de datos representativos de la evolución de los costos del sector y la mencionada actualización deberá ser cuantitativa, pero también cualitativa en función de cómo

evolucionan las variables económicas, sociales y sanitarias.

El efecto de esta medida sería múltiple, ya que define valores que van a permitir la sustentabilidad del sistema privado y regula lo que los aranceles que los financiadores deben pagar sincerando el sistema. Además, no es un limitador para que un financiador privado ofrezca valores superiores a éstos, u otros beneficios como una estrategia comercial o de captación.

4. Relacionado por el punto anterior, visto la cantidad de efectores que manejan recursos de la seguridad social en el sistema de salud de la República Argentina, podemos inferir que la forma en la cual se distribuye el recurso económico en el sistema de salud de la República Argentina no es eficiente. La cantidad de agentes intermedios que componen una variedad de capas intermedias por las cuales atraviesa la financiación del sector cargan costos adicionales que perjudican el aporte original al sistema. Además, el Estado nacional tiene una estructura de recaudación y transferencia de recursos (Afip, Anses, Ministerios, etc.), la cual interviene para derivar el recurso a otra estructura de recepción de ingresos (Obras Sociales, Prepagas), quienes, a su vez, cargan otra estructura para procesar ese ingreso y derivarlo, en algunos casos (antes de llegar a los efectores) a otra estructura (Gerenciadoras), quienes agregan más gastos, y luego transfieren el recurso al efector privado de salud, quien, como vimos en el presente estudio es el encargado de prestar el servicio y, por ende, pagar los costos que este genera.

A esta secuencia de sobre costos, se agregan otras particularidades, ya que muchos financiadores agregan otros fines al recurso, el cual es pagar servicios de salud,

como, por ejemplo: colonia de vacaciones, construcción de sedes, actividades académicas, préstamos a los afiliados, etc.

Por todo lo analizado, *se recomienda gestionar a través de las instituciones representativas de la clínicas y sanatorios, la modificación del sistema de transferencia de recursos actual, para dar paso a un nuevo esquema de transferencia de recursos a los efectores de manera directa*, de acuerdo con los servicios efectivamente prestados, sin mermas ni capas de intermediación que lo afecten.

Esta forma de vinculación debe imperiosamente tener un sistema de auditoría, compensaciones, y post revisiones de control entre efectores y financiador. Es necesario establecer una estructura de control de gestión que asegure la correcta aplicación del recurso, y el “enlace” del recurso con el resultado óptimo (eficiencia).

5. El presente estudio permitió verificar la importancia del rubro Débitos por Obras Sociales, estos son de gran relevancia en el análisis de los principales egresos. Este mecanismo es unilateral, y en muy pocas situaciones el financiador posee una estructura para poder verificar en terreno y acordar el débito con el efector, por lo que lo impone. La auditoría, el control de calidad prestacional, etc. tienen que ser gestiones compartidas y consensuadas entre las partes integrantes, de ninguna manera pueden darse unilateralmente. Con un trabajo de auditoria compartido y consensuado, el sistema asegurará la organización necesaria para su equilibrio, el cual es asegurar prestaciones de salud de calidad para todo aquel que la requiera. Se propone, entonces, *la creación de una Oficina de Control de Débitos y Aranceles con el objetivo de controlar y gestionar el débito y articular las medidas para el reclamo y*

recupero.

La acción de recupero debe tener un claro procedimiento ante la ocurrencia del descuento, y trabajar junto con el financiador en la categorización y delimitación de responsabilidades que originan la merma en el monto facturado por el efector. Esta oficina debe imponer en los contratos las reglas de trabajo ante el débito. Además, esta oficina será la encargada de observar los aranceles pagados por cada financiador, y trabajará para lograr niveles de ingresos por sobre los costos o valores de referencia.

6. La prestación de servicios privados de salud no posee beneficios fiscales ni excepciones que configuren un estímulo para su desarrollo, tampoco tiene políticas tributarias que diferencien el servicio esencial de salud de otros servicios.

El esquema fiscal aplicado a los efectores privados de salud, no sólo que carece de diferencias respecto de las de otros sectores de servicios no esenciales la economía, sino que, no toma en cuenta las particularidades de la actividad. Las especiales características del desarrollo de la actividad hacen que la presión fiscal agrave el impacto negativo sobre la sustentabilidad financiera, más que en otras actividades.

Se recomienda la gestión, a través de los canales institucionales adecuados, una reforma fiscal, la cual contemple los problemas planteados, y tenga un espíritu positivo referido a la actividad de los servicios privados de salud, con una visión superadora al actual esquema, buscando la accesibilidad a la salud de los ciudadanos en el marco del sistema de salud de Argentina.

Algunas de las reformas serían, permitir la compensación de los saldos generados

en el impuesto al valor agregado con otras obligaciones, revisar la aplicación del impuesto sobre los créditos y débitos bancarios, que no puede ser trasladado a precios, y eximir la venta de servicios de salud en los distintos niveles del estado (Ingresos Brutos, Tasas Municipales). También incentivar, a través de políticas fiscales, la inversión en calidad médica, motivar la progresividad fiscal atada a resultados de salud, etc.

Se hace difícil pensar en este esquema propuesto con un sistema de salud partido, estanco, y aislado como el que tenemos hoy, pero por un momento consideremos un sistema integral, vinculado e inteligente, el cual provea de información de gestión, en donde se puedan cotejar los resultados obtenidos. En el hipotético caso donde las acciones se tomen en base a la información de gestión emitida, esta información podría usarse para dar progresividad el esquema fiscal, estableciendo un régimen de incentivos positivos, los cuales alimentarían políticas públicas sanitarias integrales.

7. Según lo verificado por el presente estudio los ingresos sanatoriales se encuentran concentrados en pocos financiadores. En efecto se verifica una dependencia casi exclusiva de las obras sociales IAPOS y PAMI. *Se recomienda el inicio, a nivel gerencial, de una política de diversificación de financiadores.* Para el logro de este objetivo se estima necesario continuar con una fuerte de agremiación entre clínicas y sanatorios para hacer frente al poder de los actuales financiadores. Además, se sugiere establecer un plan de negocios que nos solo contemple la inversión en infraestructura, sino que también incluya la superación en calidad médica. Es

imprescindible para el sanatorio la creación de una jefatura de calidad.

Para cumplir el segundo objetivo, se propone el trabajo institucional conjunto con el resto de la estructura sanitaria privada. En un mercado que se presenta oligopólico del lado de los financiadores, con una estructura de aranceles desregulada, en donde la Superintendencia de Salud propone la negociación privada entre estos dos sectores con las consiguientes diferencias de fuerzas, deben articularse medidas de agremiación entre los actores, y perfeccionarlas en busca del bien común.

8. Existe una marcada concentración en los costos del sanatorio. El ítem que conforman los sueldos y jornales, cargas sociales y honorarios se lleva casi un 70% del total de erogaciones. La propuesta de trabajo en este caso es en dos niveles, a saber:
 - a) A nivel micro debe departamentalizarse la gestión de los mencionados recursos, estableciendo un responsable y asignando los suficientes recursos para que se lleven adelante políticas de recursos humanos que no solo logren la eficiencia del gasto, sino que logren transmitir valores organizacionales que repercutan en la calidad de la prestación. La creación de intangibles organizacionales como son, cultura, liderazgo, compromiso, conocimiento, etc. es trascendental y constituye la base por sobre la cual se asientan el resto de los componentes de la empresa.
 - b) A nivel macro, deben requerirse reformas fiscales que bajen la presión respecto de las obligaciones laborales de los empleadores, por ejemplo: baja en las alícuotas, progresión en la alícuotas en base a la acreditación en calidad del efector,

progresividad del sistema en base a los resultados obtenidos, posibilidad de pagos diferidos, posibilidad de computar como pago inversiones en infraestructura, etc.

Para culminar el presente análisis, se pone en relevancia que a nivel meso institucional, la organización bajo estudio debe continuar con su proceso de mejora, principalmente en lo que refiere a la recuperación de servicios rentables que hoy se encuentran afuera del esquema de ingresos sanatoriales. También es importante que su staff de directivos se capacite en dirección de empresas de salud, generando el compromiso del trabajo par y por la empresa sobre los intereses individuales.

A nivel macro institucional, sin lugar a dudas la acción propuesta por este estudio de lograr una red nacional prestacional que operativice la misión de la accesibilidad de todas y todos a la salud, así como la labor de motivar la inversión en el sector, vincular a los actores de los sistemas de manera que se logre una sinergia positiva entre ellos, tender a la unificación de la información de procesos, dictar normativas claras de actuación, eliminar sobre costos y superposiciones, establecer valores prestacionales adecuados, eficientar el traslado de los recursos económicos dentro del sistema, crear un fondo anti cíclico, controlar a las nuevas tecnologías diagnósticas, establecer políticas públicas de atención en base a información de gestión, regular el mercado de proveedores, evaluar el desempeño de las unidades componentes de los subsistemas, etc., son medidas de exclusiva injerencia estatal, que necesitan además ese nivel de compromiso y voluntad política para garantizar la accesibilidad a la salud para todas y todos sin distinción.

CONCLUSIONES

Se pudo dar cumplimiento a los objetivos propuestos de analizar y describir las características de la organización del trabajo y la sustentabilidad financiera a partir del análisis de la estructura de ingresos y egresos, la dinámica de funcionamiento, y los determinantes del contexto organizacional (inserción en el sistema de salud, marco normativo, normas impositivas, coyuntura económica) que afectan o favorecen al Sanatorio en tanto efector de salud perteneciente al sector privado, durante el periodo 2015 a 2017.

La metodología utilizada permitió obtener información de relevancia para el análisis propuesto.

Se relevaron datos provenientes de entidades relacionadas con el desarrollo de la actividad del Sanatorio, como la Asociación Médica del departamento General Obligado, y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina.

Se utilizó el análisis PEST (Factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos) para analizar la información del contexto. Cabe señalar, que la utilización de la herramienta PETS permitió obtener información del contexto y analizar aquellos factores que no controla la organización y que pueden ser determinantes de la sustentabilidad en los términos que mencionan Pedrós y Gutiérrez (2005).

Dentro de los principales hallazgos se pueden señalar que los ingresos sanatoriales se hayan concentrados en dos financiadores: PAMI 53.49%, IAPOS 16.39%; sobre los cuales el sanatorio tiene limitado poder de negociación. Los egresos están concentrados en Sueldos,

Jornales y Cargas Sociales con el 45.52%. Estos aumentan por ley (paritarias) todos los años, y el sanatorio también tiene escaso poder de negociación. Los aumentos otorgados por los financiadores no cubren el índice de aumento de precios del sector.

Además, los financiadores no cubren, con el valor del arancel Día Pensión, el valor de referencia (Precio de Venta). Asimismo, del total de las ventas en el período bajo análisis, el 90% es vendido (débito fiscal) a No Gravados en IVA, y del total de las compras (crédito fiscal) sólo el 66% son No Gravadas, esto genera saldos de IVA que no pueden ser compensados. El ciclo del negocio está desfasado en perjuicio de la empresa efectora de servicios esenciales de salud, los principales ingresos se cobran, en promedio, a 66.67 días, y el principal gasto se paga de contado.

El estudio permitió verificar la desregulación en los valores ofrecidos por los financiadores a la efectora, lo que sumado al hecho de que estos, en algunos casos, no cubren los costos de prestación, compromete la sustentabilidad de ésta, con impacto en los usuarios de servicios de salud que se encuentran con cobertura del subsector de obras sociales ya que el Estado no tiene en la región analizada forma de absorber la prestación por carencia de infraestructura y servicios.

Los resultados permiten corroborar que el sanatorio tiene graves problemas para desarrollarse, pues las condiciones y marcos de contención establecidos (legales, impositivos, laborales, económicos, políticos) para el ejercicio de la actividad, no toman en cuenta las particularidades en la prestación de estos servicios, por lo que no se los diferencia, en su tratamiento, de cualquier otra empresa que brinda servicios no esenciales. Esto expone a los efectores privados a graves problemas que ponen en riesgo su

supervivencia. Esta situación queda en evidencia al analizar los estados de resultados y de evolución patrimonial.

Al mismo tiempo, el modo en que los directivos del sanatorio han elegido para incrementar su infraestructura y oferta de servicios no fue el correcto, ya que excluyó a la empresa de ingresos correspondientes a servicios de alta rentabilidad, los que tributan a esquemas de ingresos separados de la empresa.

Es importante manifestar la necesidad que tiene la empresa de contar con directores capacitados en las prácticas de la administración de empresas, como así también la imperiosa necesidad de dotar a la estructura organizacional de jefaturas de calidad y recursos humanos.

También la falta de intervención del Estado como figura de articulación, coordinación y órgano rector de la actividad del sector salud, se verificó en el no control de prestadores monopólicos. En efecto, se encontró una ausencia del Estado en el tratamiento diferencial de empresas de salud, que no establece incentivos impositivos para la actividad. Sin embargo, abundan normativas vinculadas al control, regulación, y punitivas de tipo tributarias. El Estado no ejerce el rol de órgano rector del sector salud, librando la actividad del sector privado a las reglas del mercado.

De esta manera, la salud no está garantizada como derecho humano esencial, el Estado deja librado al mercado la prestación (o no) de un servicio esencial y condicionado el servicio a la población que tenga (o no) capacidad de pago. Esta situación genera no sólo problemas en la sustentabilidad de los efectores del sector privado, sino grandes inequidades en salud.

El devenir económico y financiero macro de la República Argentina se presenta con incertidumbre para las operaciones de cualquier sector que quiera desarrollarse en él. Devaluaciones, controles, prohibiciones, inflación, puja salarial, inestabilidad política, y una gran cantidad de variables, que dotan de incertidumbre e inestabilidad, son constantes formadoras de ciclos económicos.

El brindar servicios dentro del sector privado de salud tiene características propias diferentes a las de cualquier otro. Esta realidad, sumada a las externalidades descriptas arriba, dificulta aún más la sustentabilidad y subsistencia de los prestadores de salud.

Es necesario sentar nuevas bases de gestión para el desarrollo del sector salud del país, en términos de crecimiento y bienestar de la población. Para ello deben definirse ejes vectores inamovibles en el tiempo, que permitan establecer una estrategia a largo plazo. Uno de estos ejes necesariamente debe ser el sistema de salud concebido de manera integral. El Estado nacional debe cambiar el rol adoptado hasta el momento, e intervenir fuertemente en el funcionamiento del sistema de salud como un actor estratégico. Las acciones deben ir tanto sobre todos los actores, con el objetivo de maximizar la efectividad de los recursos aplicados en el sistema en su conjunto para garantizar la accesibilidad a la salud de la población.

Actualmente, el sistema de salud argentino intenta abastecer la demanda de la población a través de múltiples entes estatales, privados y mixtos; este “crisol” de sistemas debe someterse a una reforma estructural para permitir su óptima vinculación, articulación y coordinación sin sustitución del rol esencial del estado por el rol del mercado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Schiavone Miguel Ángel, Ríos Jorge Francisco. Economía y Financiamiento de la Salud. Capítulos: 1 – 2 – 4 – 5 – 9 – 11- 14. 2da Edición. Editorial Dunken. 2016.
- 2 Yardin Amaro. (2010). El Análisis Marginal. Capítulos: 1 – 2 - 5 – 14. 2da Edición. Editorial Osmar D Buyatti.
- 3 Volpentesta Jorge Roberto. (2002) Análisis y Gestión del a Productividad. Capítulo 1. Editorial Osmar D Buyatti.
- 4 Drimer Roberto L. (2001) Finanzas de Empresas. Capítulos: 1. 2da Editorial Osmar D Buyatti.
- 5 Gilli José Juan, Tartabini Amalia M. (2013) Organización y Administración de Empresas.
- 6 Tobar Federico. (2000). Herramientas para el análisis del sector de salud.
- 7 Tobar Federico. (2002). Modelos de Gestión en Salud.
- 8 Tobar Federico. Como curar el sistema de salud argentino.
- 9 Tobar Federico. (1998). *Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina*. En Medicina y Sociedad. Vol. 21, Nº 1
- 10 Tobar Federico. Diez Mitos sobre las Tesis.
- 11 Tobar Federico. ¿Qué es la gestión por resultados? (GPR)
- 12 Báscolo Ernesto. (2008). Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social Argentina. CEPAL.
- 13 Báscolo Ernesto. (2016). Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos
- 14 David Norton, Robert s Kaplan. (1996). El Cuadro de Mando Integral – Convirtiendo la estrategia en acción.
- 15 Drucker Peter. (1993). El Manangement del futuro.
- 16 Tobar Federico. (2002). Modelos de Gestión en Salud.

- 17 Schein Edgar H. (1989). *Organization Culture and Leadership*.
- 18 Huber Ramiro. (2013). *Apuntes de Clase. Cohorte Rosario 2013*.
- 19 Asociación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina. (2015-2016-2017-2018). *Publicaciones Económicas*.
- 20 Castiglia, G. y Echegoyemberry, M. (2017) *Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos*. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo* 6 (15) 10-32. doi: 10.31644/IMASD.15.2017.a01.
- 21 Arce, Hugo Eduardo. *El Sistema de Salud: de donde viene y hacia dónde va*. 1º ed. -- Buenos Aires: Prometeo Libros, 2010530 ISBN 978-987-574-442-4.
- 22 Arnaudo, María; Lago, Fernando; Moscoso, Nebel; Báscolo, Ernesto y Yavich, Natalia (2016). *Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales pos-desregulación: un análisis comparativo de los años 2009 y 2011*. En *Salud Colectiva*, Vol. 12, N° 1, Lanús, pp.-137.
- 23 Comes (2008). *El sector salud en Argentina: historia, configuración y situación actual*. Universidad de Palermo. Ficha de cátedra, versión electrónica
- 24 Bertaux, D. (1981). *Biography and Society: The Life Story Approach in the Social Sciences*. New York: Sage Publications.
- 25 Boyatzis R (1998). *Transforming qualitative information. Thematic analysis and code development*. California Sage: Thousand Oaks.
- 26 Delgado J, Gutiérrez J. (1995). *Metodología y técnicas cualitativas en Ciencias Sociales*, España, Síntesis.
- 27 Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- 28 Glaser, B; Strauss, A. (1976). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- 29 Goetz, JP; Lecompte, MD. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en Investigación educativa*. Madrid: Editorial Morata. 1988.
- 30 Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.

- 31 Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado C; Baptista L. (2016). Metodología de la investigación, 6ta edición, Mc Graw Hill Education, Interamericana Editores, SA de CV, México.
- 32 Tonón de Toscano, G. (2009). Reflexiones Latinoamericanas sobre investigación cualitativa. La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. San Justo. Prometeo –UNLAM; 56-75.
- 33 Costos Sanatoriales Reales. COSANAR. www.cosanar.com.ar.

