

Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Económicas
Contador Público
Seminario de Graduación

**Efectos económicos y contables de la
inflación en una empresa privada de
servicios de salud de la ciudad de Mar
del Plata**

Almarás, Lionel Alejandro

Asesoramiento
Tutor: Gamero, Daniel
Departamento de Metodología de Investigación

Junio de 2014

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron para brindarme todo su cariño y apoyo. Este es el momento de devolver un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

ÍNDICE

• <i>RESUMEN</i>	5
• <i>ABSTRACT</i>	6
• <i>PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</i>	7
• I. ÁREA TEMÁTICA	7
• II. TEMA	7
• III. FUNDAMENTACIÓN	7
• IV. OBJETIVO GENERAL	8
• V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
• VI. ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
• VII. MARCO TEÓRICO	9
• VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	19
• <i>INTRODUCCION</i>	22
• I. LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA	23
▪ I. A) EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ORGANIZACIÓN Y ALCANCE	23
▪ I. B) EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD	24
▪ I. C) LA INFLACION: UNA VARIABLE QUE CONDICIONA AL SISTEMA DE SALUD	27
• II. LA INFLACION Y SU INCIDENCIA SOBRE LAS RELACIONES COMERCIALES EXISTENTES EN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO	32
▪ II. A) RECLAMOS INTERSECTORIALES	33
▪ II. B) EL TIPO DE MERCADO SANITARIO	35
▪ II. C) LAS DIVERSAS MODALIDADES DE CONTRATACION	36
• III. LOS EFECTOS DE LA INFLACION SOBRE LA DEMANDA EN SALUD	38
▪ III. A) PARTICULARIDADES DEL ESTUDIO DE LA DEMANDA EN SALUD	38
▪ III. B) FACTORES CONDICIONANTES	39
• IV. LA INFLACION Y LOS COSTOS SANATORIALES	41
▪ IV. A) PARTICULARIDADES DEL ESTUDIO DE COSTOS EN SALUD	41
▪ IV. B) SISTEMAS DE COSTOS APLICADOS EN EL SECTOR SALUD	42
▪ IV. C) COSTOS E INFLACIÓN	44
• V. EL INCREMENTO EN LOS SUELDOS Y LA ILUSION MONETARIA	46
▪ V. A) INFLACION, AUMENTO DE SALARIOS Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO	46
▪ V. B) EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFLACION Y TEORÍA DE LA ILUSIÓN MONETARIA	47
• VI. EL IMPACTO CONTABLE DE NO EFECTUAR EL AJUSTE POR INFLACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE ESTADOS CONTABLES	50
▪ VI. A) LOS ESTADOS CONTABLES Y EL PROBLEMA DE LA UNIDAD DE MEDIDA	50

▪ VI. B) BREVE RESEÑA HISTÓRICA: NORMAS LEGALES Y CONTABLES	51
▪ VI. C) LA INFLACION Y SU REPRESENTATIVIDAD: LOS INDICES DE PRECIOS Y EL INDEC	52
▪ VI. D) AJUSTE INTEGRAL POR INFLACIÓN: LOS EFECTOS DE SU NO APLICACIÓN EN EL CONTEXTO INFLACIONARIO ACTUAL.....	55
▪ VII. A) TASA DE INFLACIÓN ANUAL (PERIODO 2002 – 2013): ANEXO I.....	58
▪ VII. B) ESTUDIO DE CASO: ANEXO II.....	58
▪ VII. C) ESTUDIO DE CASO: ANEXO III.....	60
▪ VII. D) ESTUDIO DE CASO: ANEXO IV	61
▪ VII. E) ESTUDIO DE CASO: ANEXO V	64
▪ VII. F) ESTUDIO DE CASO: ANEXO VI.....	65
▪ VII. G) CONSIDERACIONES FINALES Y SOLUCIONES RECOMENDADAS	69
• VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	723
• ANEXO I	76
• ANEXO II: ESTUDIO DE CASO	77
▪ A) EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES COMERCIALES CON LOS DIVERSOS TIPOS DE FINANCIADORES	77
▪ B) EVOLUCIÓN DE LOS ARANCELES	80
▪ C) MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	81
• ANEXO III: ESTUDIO DE CASO	82
▪ A) ANALISIS DE LAS CONSULTAS DE GUARDIA PARTICULARES	82
• ANEXO IV: ESTUDIO DE CASO.....	82
▪ A) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES REALES UTILIZADAS	83
▪ B) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES MÁXIMAS POSIBLES (80%)	86
▪ C) PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE AUMENTO ANUAL	86
• ANEXO V: ESTUDIO DE CASO	87
▪ A) EVOLUCIÓN DEL COSTO LABORAL	87
• ANEXO VI: ESTUDIO DE CASO	88
▪ A) ANALISIS DE ESTRUCTURA PATRIMONIAL.....	88
▪ B) ANALISIS DE ESTRUCTURA DEL ESTADO DE RESULTADOS	90
▪ C) INDICES	91

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo efectuar un análisis respecto de los efectos económicos y contables de la inflación sobre una empresa privada de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata a partir del año 2002 hasta fines del año 2013. Se ha decidido llevar a cabo esta investigación no solo por su complejidad en el desarrollo empresarial de la salud, sino también por la relevancia que las consecuencias de la inflación tienen en la actualidad económica y contable.

A dichos fines, se expone un análisis respecto del Sistema de Salud Argentino, el contexto económico en el cual se desenvuelve, y, por supuesto, la problemática inflacionaria como factor predominante, a la cual se indaga específicamente describiendo su incidencia sobre: las relaciones comerciales con Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, la demanda de los servicios de salud, los costos sanatoriales, y las consecuencias contables de no efectuar el Ajuste por Inflación en la preparación de los Estados Contables.

Para dar alcance a cada uno de los objetivos precedentes, se desarrolla adicionalmente un Estudio de Caso sobre una empresa representativa del sector para luego exponer diferentes soluciones posibles a la problemática planteada.

En conclusión, se demuestra que si bien el efecto inflacionario afecta no solo las formas en que el Prestador se relaciona comercialmente, sino también su estructura de costos, no condiciona directamente el comportamiento financiero y económico de las empresas. No obstante, su funcionamiento también está subordinado a que las mismas puedan contar con información contable sobre las distintas variables económicas logrando tomar decisiones anticipadas; es por ello que la profesión en Ciencias Económicas no puede continuar aceptando que los Estados Contables no reflejen los efectos significativos de la inflación.

Palabras Clave: Salud, Inflación, Prestador, Obras Sociales, Empresas de Medicina Privada, Costos Sanatoriales, Ajuste por Inflación, Estados Contables.

ABSTRACT

This work aims to conduct an analysis regarding the economic and financial effects of inflation on a private health service of the city of Mar del Plata from 2002 to late 2013. Has decided to refer out this research not only for its complexity in business development of health, but also the relevance of the effects of inflation have on the present economic and accounting issues.

For such purposes, an analysis is exhibited regarding the Argentine Health System, the economic context in which it operates, and, of course, the inflation problem as the predominant factor, to which it is investigated specially describing its incidence on: the commercial relations with Social Works and Health Insurance Companies, the demand for health services, the hospital costs, and accounting consequences of not making the adjustment for inflation in the preparation of the Financial Statements.

To reach each of the above objectives, is further developed a case study on a representative firm in the industry to then expose different possible solutions to the issues raised.

In conclusion, it is shown that while the inflationary effect affects not only the ways in which the provider relates commercially, but also its cost structure, not directly affects the financial and economic performance of companies. However, its performance also is subordinated to them to be able to rely on accounting information on the different economic variables making advance decisions; that is why the profession in Economic Sciences cannot continue to accept that financial statements do not reflect the significant effects of inflation.

Keywords: Health, Inflation, Provider, Health Insurance Companies, Hospital Costs, Adjustment for Inflation, Financial Statements.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

I. ÁREA TEMÁTICA

Economía – Contabilidad

II. TEMA

La inflación en el contexto económico argentino actual.

- Problema: Los efectos económicos y contables de la inflación en una empresa privada de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata a partir del año 2002 hasta el año 2013; decisiones y herramientas a adoptar. Estudio de Caso.

III. FUNDAMENTACIÓN

La Argentina se ha sumergido desde hace unos años en un contexto de elevada y constante inflación que tiene fuertes implicancias económicas y contables. Por un lado el Estado intenta demostrar que los valores surgidos del INDEC son ciertos y confiables mientras prácticamente toda la población argentina, salvo algunos sectores muy afines al oficialismo, considera a tales índices como extremadamente cuestionables. Por otra parte, desde el punto de vista contable, el reconocimiento del impacto de la inflación en Argentina, siempre ha sido problemático, desde su no reconocimiento o ignorancia total (antes del año 1983, por la no aplicación de un Método Integral o desde Octubre de 2003 a la fecha) con lo que se genera en ciertos períodos, la denominada “Ilusión Monetaria” por la utilización en un mismo juego de Estados Contables, expresiones monetarias de diferente poder adquisitivo. Sin embargo, la salud no puede regirse exclusivamente por las leyes del mercado ni por indicadores económicos o resoluciones de Consejos Profesionales, ya que forma parte de una problemática, no particularmente económica o contable, sino social, ante todo porque la salud no es un servicio prescindible o que pueda soslayarse.

Por lo expuesto anteriormente, es que se ha decidido llevar a cabo esta investigación y analizar la temática planteada, no solo por su complejidad y magnitud en el desarrollo empresarial (la cual será acotada al sector privado de la salud en la ciudad de Mar del Plata y particularmente sobre una clínica) sino también por su relevancia en la actualidad económica y contable de este país.

IV. OBJETIVO GENERAL

- Efectuar un análisis respecto de los efectos económicos y contables provocados por el contexto inflacionario acontecido entre los años 2002 y 2013 sobre una empresa privada de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata, planteando potenciales soluciones y herramientas a aplicar sobre dicho escenario.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la incidencia de la inflación en las políticas y relaciones comerciales con Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga.
- Establecer la relación existente entre el alza generalizado de los precios y la demanda de los servicios de salud.
- Determinar el impacto de la inflación en los costos sanatoriales.
- Describir el efecto de la “Ilusión Monetaria” en los sueldos.
- Analizar las consecuencias contables de no efectuar el Ajuste por Inflación en la preparación de Estados Contables, en virtud de lo dispuesto por la Resolución de la FACPCE N° 287/2003.
- Proponer, teniendo en cuenta el contexto analizado y las conclusiones alcanzadas, posibles decisiones a adoptar.

VI. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Si bien no se ha podido encontrar un trabajo que replique específicamente ni las intenciones ni la metodología del presente, se pueden enumerar algunos con ciertas características similares:

- En primer lugar, se destaca un trabajo elaborado por Adrián Alejandro Salvai. Este tiene por objeto investigar el efecto inflacionario sobre la rentabilidad de las empresas, analizado desde un punto de vista macroeconómico. El interés en esta problemática se sustenta en que el fenómeno inflacionario origina que las empresas que operan en la economía, ante la aparición del flagelo se ven obligadas a tomar medidas tendientes a atenuar sus efectos, por lo que recurren a la herramienta más fácil de manipular que es la suba de precios en sus productos. La hipótesis principal del trabajo define que la inflación no ejerce efectos negativos sobre la rentabilidad de las empresas, ya que esta última depende más de cómo se administren los recursos y se planifique el desenvolvimiento futuro de la empresa, que de operar en un entorno

inflacionario. Esto puede explicarse o deberse a las teorías expuestas sobre el carácter dinámico de la inflación y las expectativas racionales donde la rentabilidad depende del grado de adaptación de las empresas al medio en el que se desarrollan, ya que si las mismas cuentan con información sobre las distintas variables económicas podrán tomar decisiones anticipadas y de esta forma neutralizar los efectos negativos que puedan derivarse de amenazas como lo es el fenómeno inflacionario.

- En el volumen 9 N° 3 de la Revista del ITAES, el Economista y Master en Finanzas Jorge Colina desarrolló durante el año 2007 un artículo denominado *Los Precios del Sector Salud* en el cual, a partir del resurgimiento de la inflación en la Argentina, analiza y conjetura hipótesis acerca de la relación entre los precios de la medicina y la calidad médica. Concluye que con retrasos de precios, es muy difícil generar condiciones para inducir medicina con parámetros de calidad médica.
- En Agosto de 2009, el Licenciado en Administración Diego Marcelo Idoy publicó la obra *El Desarrollo Empresarial en Contextos Inflacionarios: Herramientas de Aplicación en Épocas de Inflación* publicado por la Editorial Aplicación Tributaria S.A. Esta tuvo como propósito conocer en profundidad el fenómeno de la inflación, como así también dilucidar de que manera impacta en los negocios y en las personas. En tal sentido, se realizó una recopilación histórica y estadística de la inflación de la República Argentina de los últimos años, recabando información bibliográfica teórica sobre la inflación e indagó sobre algunas herramientas de aplicación para el desarrollo de las empresas en procesos inflacionarios. Se concluyó sobre la posibilidad de las empresas de ver incrementados sus beneficios, como también se benefician los estados nacionales, aunque el mayor padecimiento sea por parte de las personas que habitan el país que la posee. En cuanto al aspecto teórico no se pudo encontrar como se produce la inflación, ya que existen distintas teorías, pero si se logró adosarle el carácter sistémico que conlleva el fenómeno.

VII. MARCO TEÓRICO

Tal como se expresó anteriormente el objetivo general de la presente investigación será determinar los efectos provocados por la inflación en una empresa privada de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata, teniendo por supuesto en consideración el contexto económico argentino actual.

Por lo tanto, en principio, se considera fundamental otorgarle algunas líneas de análisis al concepto de inflación que es en definitiva el que hace al núcleo de la problemática abordada.

Inflación es el aumento sostenido y generalizado del nivel de precios de bienes y servicios y factores de producción a lo largo del tiempo. Otras definiciones indican que la inflación es un alza persistente del nivel general de precios o la disminución persistente del poder adquisitivo del dinero.

En la práctica, para medir las variaciones de los precios en una economía se utilizan índices de precios, como son el índice de precios al consumidor o el índice de precios mayoristas. Por ejemplo, si el índice de precios al consumidor aumenta de 100 a 110 en un año, se suele afirmar que la inflación es del 10% anual. Entonces, la definición matemática de la inflación es:

$$\text{Inflación} = (\text{IPC1} - \text{IPC0} / \text{IPC0}) \times 100$$

Donde:

- IPC0: Índice de Precios al comienzo de un período determinado.
- IPC1: Índice de Precios al final de un período determinado.

Por ejemplo, si deseamos calcular la inflación durante el año 2011:

$$\text{Inflación 2011} = (\text{IPC Enero 2011} - \text{IPC Enero 2010} / \text{IPC Enero 2010}) \times 100$$

Entonces, la medida de la inflación depende de los métodos para el cálculo del índice de precios al consumidor, métodos que actualmente en la Argentina se encuentran como mínimo y siendo benévolo en la apreciación, cuestionados; fundamentalmente teniendo en cuenta, la total pérdida de objetividad y razonabilidad que afecta al INDEC., no solo en detrimento de la confiabilidad de las instituciones sino también (obviamente, aunque mucho menos relevante) de esta investigación.

En segundo, lugar existen distintos tipos de inflación, dado que las causas que la provocan son diferentes. De acuerdo a la Teoría Económica, se puede agrupar este fenómeno en tres tipos diferentes de inflación:

- Inflación de Demanda:
 - *Es la que se origina en el lado de la demanda de los mercados, como consecuencia de un aumento de la demanda agregada; lo que provoca un aumento del producto real y del nivel general de precios.*¹

¹ Mochón Morcillo, Francisco y Becker, Víctor Alberto (2008), *Economía: Principios y Aplicaciones*; México, Editorial McGraw Hill, p. 483

- Si se analizan los acontecimientos que pueden originar perturbaciones de demanda nos encontramos con dos escuelas de pensamiento económico:
 - Enfoque Keynesiano: Suponiendo que los componentes de la demanda agregada son el consumo de las familias, la demanda de inversión de las empresas y los gastos del Estado, la explicación keynesiana de la inflación se basa en que la suma de esos tres componentes puede ser superior a la capacidad productiva del país. Por tanto, es posible que el exceso de demanda se deba a que una mejora en las expectativas empresariales provoque crecimiento de la demanda de bienes de inversión; o a que el Estado decida mejorar las infraestructuras del país y aumente sus gastos en obras públicas; o a que las familias decidan ahorrar menos. El aumento en la demanda por uno de los agentes económicos provocará inflación si no está compensado por disminuciones en la demanda de los otros dos.
 - Enfoque Monetarista: para sintetizar las ideas monetaristas se debe recurrir a la Teoría Cuantitativa Del Dinero, dotada de contenido económico por Irving Fisher en 1911, mejorada por autores de la Universidad de Cambridge y actualizada por Milton Friedman durante los años '50:

El crecimiento de la cantidad de dinero que supera al crecimiento real de la economía (depurado los precios) se termina traduciendo en un incremento de los precios.

La Teoría Cuantitativa sostiene que cuando el Banco Central aumenta rápidamente la oferta monetaria el resultado es una elevada tasa de inflación.

Para explicar su teoría comienza por definir la "velocidad del dinero":

es el número de veces que un peso cambia de mano para comprar los productos durante un año².

$$V = (P * Y) / M$$

Donde:

“V”: es la velocidad de circulación del dinero

“P”: nivel de precios de la economía

² Mochón Morcillo, Francisco y Becker, Víctor Alberto (2008), Ob. Cit.; p. 380

“Y”: PBI en términos reales (depurado el efecto de los precios)

“P * Y”: PBI nominal

“M”: cantidad de dinero en circulación

$$P = (V * M) / Y$$

Teniendo en cuenta que la velocidad de circulación del dinero suele ser bastante estable en el tiempo y admitiendo, como sostiene la escuela clásica, que el dinero es neutral (no afecta al nivel de producción), de aquí se deduce que si aumenta la cantidad de dinero necesariamente esto termina provocando un aumento de precios.

- Inflación de Costos:

Se origina en el lado de la oferta de los mercados, como consecuencia de un incremento los costos³.

También se conoce como inflación provocada por una perturbación de oferta. Ejemplos de alteraciones que pueden originar perturbaciones de oferta son: Cambios Tecnológicos, Ajustes a Largo Plazo en los Costos de los Factores, Una Catástrofe Natural, etc.

- Inflación de Estructura:

La Teoría Estructuralista de la inflación fue desarrollada por un grupo de economistas latinoamericanos a partir de 1950, en base al análisis económico e institucional de sus propios países. Ciertamente cualquier explicación del tipo de "exceso de demanda" parece un sarcasmo en los países de renta per cápita muy baja por lo que las explicaciones monetaristas resultan muy insatisfactorias.

Estos teóricos expresan que, para localizar las raíces de la inflación, es necesario considerar los desajustes y las tensiones económicas y sociales que surgen con el desarrollo económico de los países no industrializados. Para esta corriente de pensamiento la inflación no se explica por factores monetarios, sino por factores reales, que se traducen en la incapacidad de adaptación de la producción interna a una demanda cuya intensidad y canalización no se ajustan a las exigencias de crecimiento de tales economías.⁴

³ Mochón Morcillo, Francisco y Becker, Víctor Alberto (2008), Ob. Cit.; p. 598

⁴ Hernández Venegas, Rogelio; *La Inflación: Causas y Desafíos*, en: http://www.economia.umich.mx/economia_oldsite/publicaciones/ReaEconom/RE13_07.html

Esas deficiencias se manifiestan principalmente en la desigual distribución de la renta y la riqueza, sobre todo de la propiedad de la tierra, la deficiente explotación de la agricultura, la presencia de monopolios y oligopolios en la industria, la falta de transparencia en los mercados, la insuficiente dotación de capital fijo social, la escasa diversificación de las exportaciones y la dependencia creciente de las importaciones, la población creciente y la baja productividad de inestabilidad social y política. Todo ello configura un especial escenario en el que el proceso de generación y propagación de la inflación no puede ser explicado únicamente por las teorías de la inflación de demanda y la de costos, sino que hay que tener en cuenta además todas estas deficiencias o desequilibrios estructurales del correspondiente país. En resumen, para los economistas estructuralistas, la inflación no es un fenómeno monetario sino el resultado de desequilibrios reales que se manifiestan en una subida general de los precios.

Por supuesto que en miras de alcanzar el objetivo primario propuesto por la investigación se deben abordar cada uno de los objetivos específicos previamente determinados.

Por lo tanto, principalmente es necesario abordar el tema respecto a como el contexto inflacionario actual influyo en los diversos actores del mercado de la salud, para lo cual se considera esencial, como primera medida, efectuar una breve descripción del mismo.

La provisión de servicios de salud constituye una acción social y una acción económica. En su carácter de acción social involucra a un conjunto de actores que se articulan de múltiples formas, a veces más cooperativas y otras más conflictivas. En su carácter de acción económica involucra flujos de recursos, incorpora valor y desarrolla bienes y servicios. El estudio de los modelos de contratación y pago por los servicios provistos requiere ser considerado desde estas dos dimensiones.

Cuando se hace referencia a los actores se contempla a aquellos que influyen en la determinación del volumen de ingresos a ser percibido por el prestador.

La literatura internacional de la economía de la salud suele identificar tres actores:

- *El pagador (asegurador -obras sociales, mutuales, prepagas, etc.- o regulador - ministerios o agencias autárquicas), que financia la provisión de servicios y establece la forma y nivel de pago a los prestadores.*
- *Los prestadores, proveedores ó -como suelen ser llamados en*

- *Argentina, efectores- que pueden ser tantos profesionales de la salud - médicos, kinesiólogos, odontólogos, psicólogos, etc.- o instituciones - clínicas, hospitales, laboratorios, centros de rehabilitación, etc., que toman decisiones sobre los tratamientos.*
- *Los usuarios o pacientes quienes pueden contar con mayor o menor cobertura del seguro.*
- *En la Argentina, merece destacarse un cuarto actor que son las instituciones intermediarias tales como asociaciones y colegios de profesionales, que muchas veces establecen contratos con las obras sociales. Estas instituciones actúan de manera similar a las agencias de contratación o a los proveedores mayoristas ya que reciben de la entidad aseguradora un volumen de recursos y se ocupan de reclutar y remunerar a los profesionales. Generalmente las obras sociales utilizan un modelo de pago para las entidades intermediarias y estas utilizan otros para remunerar a los profesionales que nuclean.⁵*

En el país, el agente denominado Pagador es regulado por la Ley 23660 (Régimen de Aplicación de Obras Sociales), la Ley 23661 (Sistema Nacional del Seguro de Salud), la Ley 20321 (Ley Orgánica para las Asociaciones Mutuales) y la Ley 26682 (Marco Regulatorio de Medicina Prepaga).

Por su parte, los Prestadores se encuentran organizados bajo el ámbito de FECLIBA (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires); es una Asociación sin fines de lucro, que en el presente nuclea a más de 350 Establecimientos Asistenciales -con y sin internación- localizados en territorio bonaerense. El amplio espectro de servicios que la Federación brinda a sus instituciones nucleadas tiene como eje esencial el de representarlas en el orden provincial, alzándose en portavoz en los Foros en los que se discuten temas de interés del sector. Idéntica representación se ejerce ante los organismos nacionales que lo nuclean y en toda contingencia que ponga en riesgo sus intereses. Otros servicios esenciales que ofrece son:

- Dar servicios a los beneficiarios de las obras sociales, mutuales, cooperativas, compañías de seguros, y cualquier otra forma organizada

⁵ Tobar, Federico Rosenfeld, Nicolás y Reale, Armando (1998); *“Modelos de Pago en Servicios de Salud”*, en: Cuadernos Médicos Sociales, N° 74, Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte

de la Comunidad, suscribiendo convenios en representación de los Establecimientos afiliados para la atención médico asistencial de la población.

- Gestionar permanentemente la obtención de nuevos convenios.
- Realizar auditorías en representación y apoyo a los afiliados.
- Velar por la actualización arancelaria.

El Partido de Gral. Pueyrredón se encuentra entre las jurisdicciones del Distrito IX de FECLIBA, el cual se encuentra integrado por 27 establecimientos asistenciales, de los cuales 24 poseen internación (entre ellos la Clínica Privada objeto del presente trabajo).

En el ámbito de la salud se suele denominar “Paciente” a quienes reciben asistencia médica. Este concepto es exclusivo de la salud y existe en varios idiomas. La palabra en si sugiere una cualidad que los ciudadanos que demandan servicios de salud cada vez tiene menos “paciencia”.

Una de las más fuertes tendencias en las reformas de los sistemas de salud originadas a partir de la segunda mitad de la década del noventa consiste en la potenciación de los usuarios. Esto involucra permitir que el ciudadano elija el tipo de servicios que quiere recibir y al prestador o asegurador con que quiere operar, buscar la satisfacción y respetar sus inclinaciones o intereses. Se trata de una tendencia que en realidad involucra a la reforma de los servicios públicos y que, por tanto, también afecta al sector salud.

Siguiendo esta corriente, es que en el año 2000 se firmó el Decreto 446, el cual en su artículo 1 establece lo siguiente:

“A partir del 1º de enero de 2001, los beneficiarios del Sistema creado por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 podrán ejercer el derecho de opción consagrado en las normas citadas en el Visto, entre las siguientes entidades:

a) Cualquiera de las Obras Sociales indicadas en el artículo 1º de la Ley N° 23.660, con excepción de las indicadas en su inciso g), y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) Cualquiera de las Entidades que se hubieran adherido al Sistema de la Ley N° 23.661 y su modificatoria.

c) Cualquiera de las Entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud de conformidad con lo establecido en el presente decreto y a la normativa a determinar por la Superintendencia de Servicios de

Salud como Autoridad de Aplicación. Estas Entidades deberán adicionar a su denominación la expresión "Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud"."

En el papel de Institución Intermediaria (Cuarto Agente del Mercado de la Salud) no se puede soslayar la actividad desempeñada por el Centro Médico de Mar del Plata; es una Asociación Civil sin fines de lucro, integrada actualmente por 928 profesionales médicos activos que representan todas las especialidades de la medicina y que se desempeñan en varias clínicas e instituciones del Partido de General Pueyrredón. Ha consolidado una importante representación y relevancia en la ciudad y su zona, tanto en el aspecto gremial como el del desarrollo científico y cultural, como asimismo en la atención médico sanitaria a través del Sistema de Atención Médica Integral (SAMI), y mediante contratos con numerosas obras sociales y mutuales lo que lo convierte en una muy importante organización al servicio de la salud de la población. Para esta atención, el Centro Médico mantiene una estrecha relación con la FECLIBA.

El siguiente de los objetivos intentara establecer el grado de variabilidad en la demanda de servicios de salud respecto al incremento de los precios sobre los mismos, lo cual esta íntimamente relacionado con el concepto de Elasticidad de la Demanda.

La Elasticidad de la Demanda es el grado en que varía el consumo en respuesta a un cambio de precio. La intensidad de la reacción de la demanda y los precios puede ser muy diferente; en unos casos la demanda reacciona violentamente, en otros, los cambios en las cantidades demandadas son pequeños. El concepto de elasticidad de la demanda ayuda a prever que efectos tendrán los cambios de los precios sobre el gasto total en una mercancía o servicio. Hay tres clases de elasticidad de la demanda:

- Demanda Elástica: las variaciones en el precio provocan sensibles alteraciones en la misma.
- Elasticidad Unitaria: se presenta cuando una baja o alza en el precio va acompañada de un cambio proporcional en la cantidad demandada, en tal forma que el valor del dinero gastado permanece igual.
- Demanda inelástica: los productos no sufren alteraciones notables por el aumento o disminución de los precios.

- En cuanto al siguiente objetivo propuesto, es decir, determinar el impacto de la inflación sobre los costos sanatoriales, en principio se deben puntualizar sobre algunos conceptos de importancia.
- Costo: Es la medida, en término monetarios, de los recursos sacrificados para conseguir un objetivo determinado. Referido en este caso a la prestación de un servicio, es la suma de dinero necesaria para prestarlo, o la suma de dinero con que se presto. Debe diferenciarse del concepto de gasto, ya que mientras aquel representa una inversión que se difiere hasta que se producen los ingresos que originan, el gasto es la expresión cuantitativa de todo esfuerzo, sacrificio o empleo de un factor económico cuyo devengamiento valorizado origina un resultado negativo.
- Clasificación de los Costos según la forma de imputación a las unidades de producto:
 - costos directos: aquellos cuya incidencia monetaria en un producto en una orden de trabajo puede establecerse con precisión (materia prima, jornales, etc.).
 - costos indirectos: aquellos que no pueden asignarse con precisión, por lo tanto se necesita una base de prorrateo (seguros, alquileres, etc.).
- Clasificación de los Costos según el tipo de variabilidad:
 - costos fijos: son aquellos en que necesariamente tiene que incurrir la empresa al iniciar sus operaciones. Se definen como fijos porque en el plazo corto e intermedio se mantienen constantes a los diferentes niveles de producción. El costo fijo total se mantendrá constante a los diferentes niveles de producción mientras la empresa se desenvuelva dentro de los límites de su capacidad productiva inicial. La empresa comienza las operaciones con una capacidad productiva que estará determinada por la planta, el equipo, la maquinaria inicial y el factor gerencial.
 - costos variables: son aquellos que varían al variar el volumen de producción. El costo variable total se mueve en la misma dirección del nivel de producción. El costo de la materia prima y el costo de la mano de obra son los elementos más importantes del costo variable.

En virtud de los anteriores criterios de clasificación, se pueden citar los siguientes ejemplos de costos sanatoriales:

- Costos Directos Variables: Medicamentos y Descartables, Alimentos, Ropa Sanitaria, etc.

- Costos Indirectos Variables: Gastos de Mantenimiento, Artículos de Limpieza, Oxígeno Líquido, etc.
- Costos Directos Fijos: Sueldos Brutos Directos, Cargas Sociales, Energía Eléctrica, etc.
- Costos Indirectos Fijos: Gastos Administrativos, Vigilancia, Gastos Telefónicos, etc.

Uno de los integrantes más relevantes del costo, es sin duda el correspondiente al pago de los sueldos, los cuales en el ámbito de la Sanidad Argentina se han incrementado en forma sustancial durante los últimos años; sin embargo, la incidencia de dichos incrementos en el poder adquisitivo real, a la luz de los efectos inflacionarios, es bastante cuestionable. Es por ello que esta investigación no solo se ha propuesto analizar la incidencia de la inflación en las remuneraciones al personal (y por lo tanto en el costo total), sino también en el comportamiento de los individuos respecto a las variaciones en los mismos; esto último analizado a la luz de la Teoría de la Ilusión Monetaria.

La Teoría de la Ilusión Monetaria puede definirse como el efecto por el que las decisiones de un agente económico se ven influidas por la expresión monetaria de las variaciones de los precios y las rentas en vez de por las variaciones en los precios y las rentas reales. En otras palabras, la ilusión monetaria hace que algunos agentes económicos actúen sin tener en cuenta el efecto de la inflación. Por ejemplo, si suponemos que el salario de un individuo sube un 20% en un momento en que la inflación es también del 20% en realidad la capacidad adquisitiva del individuo no ha variado. Pero si el individuo tiene ilusión monetaria creerá que es más rico ahora y modificará su comportamiento, consumiendo más o consumiendo otros productos. La corriente llamada de las "expectativas racionales" niega en sus análisis la existencia de ilusión monetaria en los agentes económicos.

Por último, en relación específica a la temática abordada y obviamente al título de grado de Contador Público que tiene como objetivo la culminación de este Trabajo Final, se ha considerado elemental efectuar un análisis respecto de las consecuencias contables de no efectuar el Ajuste por Inflación en la preparación de Estados Contables, en virtud de lo dispuesto por la Resolución de la FACPCE N° 287/2003, la cual establece lo siguiente:

“Artículo 1. En relación con el apartado 3.1. “Expresión en moneda homogénea” de la segunda parte de la Resolución Técnica N° 17 “Normas Contables Profesionales: Desarrollo de cuestiones de aplicación general” esta

Federación establece, y hasta tanto se expida nuevamente al respecto, que con efecto a partir del 01/10/2003, se considera que no existe un contexto de inflación o deflación en el país. Artículo 2. Discontinuar el ajuste para reflejar las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda a partir del 01/10/2003, declarando como último día del período con contexto de inflación o deflación al 30 de setiembre de 2003. En consecuencia corresponde reexpresar hasta esta fecha la información contable, considerando al efecto lo establecido por el capítulo 7 “Desviaciones aceptables y significación” de la Resolución Técnica N° 16.”

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Siempre tomando en consideración al marco teórico y objetivos previamente determinados, la investigación se dividirá en tres partes bien diferenciadas: en la primera de ellas se efectuará una presentación del estado actual de la cuestión y un análisis detallado de la problemática establecida, es decir, del contexto inflacionario argentino contemporáneo, de la presente situación de la Industria de la Salud y su comportamiento en virtud de aquel fenómeno; luego, se llevara a cabo un Estudio de Caso en una empresa representativa del sector en la ciudad de Mar del Plata, siempre a la luz de los objetivos específicos propuestos y del examen de los datos suministrados por la misma; la ultima parte quedara reservada para los comentarios y conclusiones finales.

Tipo de Investigación:

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Retrospectivo.
- Según el periodo y secuencia del estudio: Longitudinal.
- Según el análisis y alcance de los resultados: Estudio Correlacional con elementos Exploratorios y Descriptivos.

Delimitación del Campo Estudio:

- Universo de Análisis: Subsistema Privado de Salud
- Unidad de Análisis: Clínica Privada de la ciudad de Mar del Plata

Se trata de un muestreo no probabilístico ya que se ha seleccionado una empresa de la que se tiene acceso a la información necesaria para realizar el trabajo, siempre tratándose de una muestra que intenta ser representativa con respecto a la magnitud del sector. Esto es debido a que el ente en cuestión se encuentra entre las cinco instituciones privadas que más asistencia brinda a la comunidad marplatense, posee

una extensa y reconocida trayectoria de mas de 50 años, y además posee una amplia gama de prestaciones tales como Atención por Guardia Gral. y Pediátrica, Servicio de Cirugía, Internación Gral., Internación Premium, Neonatología, Unidad de Terapia Intensiva, Coronaria y de Cuidados Intensivos Pediátricos, cada una de ellas con particularidades y comportamientos diversos, lo cual permitirá efectuar un análisis múltiple de la problemática en cuestión. Por lo tanto, la importancia de dicha empresa en la ciudad de Mar del Plata es en definitiva lo que facultará a extender las conclusiones efectuadas a partir del Estudio de Caso, al resto del sector.

- Cantidad de Empleados a Diciembre 2013: 391
- Asociación Gremial: Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA)

Horizonte Temporal:

- Año 2002 – 2013.

Métodos de Recolección y Relevamiento de Datos:

- Revisión y análisis de diversos elementos de información
 - Revistas y Publicaciones Especializadas:
 - <http://www.bureaudesalud.com/v2/>
 - <http://www.fce.unam.edu.ar/> (Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional de Misiones)
 - <http://www.federicotobar.com.ar/>
 - <http://www.itaes.org.ar/> (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud)
 - Revista Médicos: Medicina Global
 - Revista Realidad Profesional (Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Buenos Aires)
 - Revista ISALUD: Universidad ISALUD (Fundación ISALUD)
 - Elementos Jurídicos:
 - Convenio Colectivo de Trabajo 122/1975 (Escalas Salariales)
 - Resoluciones Técnicas (FACPCE)
 - Resolución N° 287/2003 (FACPCE)
 - Decreto 446/2000.
 - Decreto 486/2002. Emergencia Sanitaria Nacional.
 - Ley 20321. Mutuales.
 - Ley 23660. Obras Sociales.
 - Ley 23661. Sistema Nacional del Seguro de Salud.

- Ley 26283. Procedimiento Fiscal. Sujetos alcanzados por el Estado de Emergencia Sanitaria Nacional. Plan de Facilidades de Pago por obligaciones adeudadas.
- Ley 26682. Marco Regulatorio de Medicina Prepaga.
- Decreto 1993/2011. Medicina Prepaga.
- Elementos Económicos pertenecientes a la Empresa sujeta a análisis:
 - Estadísticas de Costos
 - Libro de Sueldos
 - Estados Contables (fecha de cierre 31-10 de cada año)
 - Valor Unitario de las Prestaciones
 - Subdiario de Facturación
 - Subdiario de Compras

Herramientas a utilizar para la recolección y relevamientos de datos:

- En lo que respecta a la información obtenida de la Empresa sujeta a estudio (Información de Fuente Primaria), se utilizarán diversos formularios y planillas que tendrán como contenido datos referentes a los Precios de los distintos servicios, Costos Sanatoriales, Escalas Salariales según la categoría del empleado, Niveles de Ocupación, Facturación según la Obra Social o Prepaga y tipo de prestación, etc., los cuales se cuantificarán en términos porcentuales o absolutos según corresponda y en forma comparativa con periodos anteriores (Meses/Años).

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo efectuar un análisis respecto de los efectos económicos y contables de la inflación sobre una empresa privada de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata (MDP) a partir del año 2002 hasta fines del año 2013.

Se ha decidido llevar a cabo esta investigación y analizar la temática planteada no solo por su complejidad y magnitud en el desarrollo empresarial privado de la salud, el cual posee particularidades distintivas respecto de otros mercados, sino también por la relevancia que las consecuencias de la inflación tienen en la actualidad económica y contable a nivel nacional.

A los fines de cumplimentar el objetivo general de la tesis, en principio se expondrá un análisis respecto del Sistema de Salud Argentino actual y los tres subsistemas que lo componen, el contexto económico en el cual se desenvuelve, y por supuesto la problemática inflacionaria (con sus características y posibles causas) como factor predominante.

Posteriormente, se estudiara específicamente la incidencia de la inflación sobre: las relaciones comerciales con Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga; la demanda de los servicios de salud; y los costos sanatoriales. Además, se brindara una descripción desde el punto de vista del trabajador en relación de dependencia efectuando un análisis de la teoría de la Ilusión Monetaria en los sueldos. Por ultimo, se determinaran las consecuencias contables de no efectuar el Ajuste por Inflación en la preparación de los Estados Contables.

Para dar alcance a cada uno de los objetivos específicos se desarrollara adicionalmente un Estudio de Caso sobre una empresa representativa del sector, que ayudará a resolver las cuestiones anteriores desde un punto de vista práctico.

Finalmente se expondrán las conclusiones generales del trabajo, a las cuales se arribará partiendo desde el examen teórico de cada uno de los objetivos planteados pero cuyos resultados serán analizados a la luz del Estudio de Caso pertinente.

I. LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

I. A) EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ORGANIZACIÓN Y ALCANCE.

Esquemáticamente, el Sistema de Salud Argentino esta organizado a través de dos subsistemas: el Público (nacional, provincial y municipal) que pretende cubrir a toda la población independientemente de su actividad laboral y su capacidad contributiva, y el Privado. Por lo tanto, como puede observarse, en el país existen servicios públicos de alcance universal pero además, seguros privados que brindan cobertura a una porción de la población; es decir, que los beneficiarios de estos seguros privados acumulan coberturas, ya que el acceso a los servicios financiados por su seguro no le impide hacerlo a los financiados por el Estado, ya sea nacional, provincial o municipal.

Esto constituye una cuestión de saturación de coberturas ya que se involucran “costos asistenciales que se distribuyen en forma heterogénea” (Tobar 2002: 6). Por ejemplo, si se consideran dos ciudadanos que recurren a los servicios de internación en el ámbito del Estudio de Caso (EDC), pueden encontrarse con la siguiente situación. El primero de ellos no cuenta con cobertura médica de ningún tipo y por lo tanto concurre para su atención al Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), donde el costo de su atención será íntegramente financiado por los recursos de la Provincia de Buenos Aires. Por otro lado, el segundo ciudadano, cuenta con cobertura propia de una Empresa de Medicina Prepaga (EMP); sin embargo, al haber padecido un accidente de tránsito deberá ser trasladado en forma inmediata a la sala de emergencias del HIGA donde posteriormente será internado en Terapia Intensiva. Transcurridos los cuidados intensivos y una vez trasladado a Terapia Intermedia, sus familiares deciden su traspaso a una Clínica Privada de la ciudad en la cual el costo de su atención será financiado por su Prepaga. En este segundo caso se lleva a cabo un subsidio indirecto desde el subsistema público (Provincial) hacia el subsistema privado (Prepaga). Se denomina indirecto porque no equivale a una transferencia de dinero desde la Provincia hacia la Empresa, sino que dicha financiación pública le brinda la posibilidad a la Prepaga de no efectuar un desembolso, que consistiría en el costo prestacional del tratamiento que dicho paciente ya ha recibido en el HIGA.

I. B) EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

El Sistema Privado de la Salud enlaza dos subsistemas. El mayor de ellos, correspondiente a la Seguridad Social, y por otra parte, el Sector Privado Propiamente Dicho.

I. B) I. EL SUBSISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL: OBRAS SOCIALES Y PAMI.

La Seguridad Social esta compuesta por aproximadamente 280 Obras Sociales Nacionales (OSN), otras Obras Sociales como las pertenecientes al personal de las Fuerzas Armadas (FFAA), Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

Particularmente respecto a las OSN, es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) el ente encargado de su regulación y control. Existen OSN muy pequeñas, con no más de 3000 beneficiarios y otras que superan el millón. Aproximadamente el 70% de los beneficiarios se encuentra concentrado en alrededor de 30 entidades.

Los aportes personales (3% del salario) y contribuciones patronales (6% del salario), obligatorios para todos los trabajadores en relación de dependencia, son la fuente principal de los ingresos de las OSN y representan el 87% del total. El 13% restante reconoce otras fuentes como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc.

Además de las OSN, integran la Seguridad Social las OSP, que no conforman un sistema articulado y no son reguladas por la SSS. Se estima que sus beneficiarios son 5,5 millones y constituye un actor relevante en el funcionamiento del sistema de salud del país, a pesar de haber tenido un lugar secundario en interés respecto a las OSN. Este papel se ha visto resaltado a partir del proceso de descentralización del subsector público de la salud, dada la cantidad de beneficiarios y el monto de recursos de las OSP en cada distrito.

En su conformación como entidades autárquicas es posible afirmar que las OSP han buscado brindar atención de salud a los agentes de las administraciones públicas provinciales y los grupos familiares respectivos, a los que cubren obligatoriamente. Su fuente principal de financiamiento son los aportes de los de los afiliados y contribuciones del estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los

rangos de 3-5% y del 4-6%, respectivamente. De la misma manera, brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%) , mientras que existen casos en los que se presta cobertura a empleados municipales, docentes del sector privado y personal de las Universidades Nacionales (mediante convenios de adhesión), contando además con la posibilidad de incorporar afiliados voluntarios o adherentes particulares. Otro ingreso (no permanente) es el de las transferencias de los Estados provinciales para cubrir déficits financieros.

La cobertura de prestaciones médicas para los jubilados fue institucionalizada a partir de la Ley N° 19032 del año 1971. Desde su creación, como persona jurídica de derecho publico no estatal el Programa de Atención Médica Integrada (PAMI) del INSSJP ha estado intervenido en numerosas oportunidades y cambiado de órbita entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social. Los recursos para su financiamiento provienen de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3-6%) según el monto de los haberes percibidos. También los aportes del Tesoro Nacional han sido una importante fuente de financiamiento. Los beneficiarios del PAMI pueden ser las personas titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo (PNUD Argentina, OPS y CEPAL 2011).

I. B) II. EL SUBSISTEMA PRIVADO PROPIAMENTE DICHO: CLINICAS Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA.

Por su parte, el Sistema Privado (propiamente dicho) de salud es importante tanto desde el punto de vista sanitario como también el económico. Esta conformado principalmente por los prestadores de los servicios médico asistenciales (una clínica privada de MDP es tomada como EDC), los financiadores o empresas de seguros médicos (Prepagas), laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan.

Este subsistema (el cual compete particularmente para el desarrollo de este trabajo) es aquel donde se admiten los fines de lucro y alrededor del 70% se encuentra concentrado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Gran Buenos Aires (GBA) y las principales ciudades del país: Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y MDP.

Dentro del Sector Privado Asegurador hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas aunque, en términos generales, se orientan a la población de mayores ingresos ofreciendo cobertura a más de 5 millones de personas.

Especialmente el Sector Médico Prestador Privado, atiende la salud de 2 de cada 3 argentinos cubiertos por las OSN, OSP, PAMI y EMP. Produce anualmente 93 millones de consultas médicas, 2 millones de internaciones y 280 mil nacimientos. Esta conformado por las instituciones mas grandes y de mas alta complejidad de la República Argentina con mas de 10 mil (mas del 20% con internación) PYMES diseminadas por todo el territorio nacional. En la Argentina, para poder brindar prestaciones, las instituciones privadas tienen invertidos más de 6 millones en capacidad instalada, con 67 mil camas a lo largo del país y toda la tecnología médica necesaria. Además, el sector constituye una importante fuente de trabajo, ya que su actividad es mano de obra intensiva y emplea a más de 540 mil personas que representan el 60% del total de trabajadores del sector salud. En promedio, las instituciones cuentan con 3 empleados por cama, por lo tanto una clínica de 100 camas necesita contar como mínimo con 300 empleados (Bureau de Salud 2009).

I. B) II. I. PRESTADORES PRIVADOS EN EMERGENCIA ECONOMICA

Dentro de este resumen general, y habiendo presentado sintéticamente a los diversos actores, las clínicas y sanatorios privados se enfrentan a un volátil e inseguro escenario económico en una cuadro de situación de extrema fragilidad en donde, como parámetro general para la mayoría, los ingresos ya no permiten cubrir los costos de operatividad de dichos establecimientos. Esta cuestión puede traducirse en el hecho concreto de que el sector se encuentra en Emergencia Sanitaria desde el año 2002.

Si bien algunas ramas de la economía nacional se han beneficiado con el actual modelo, muchos sanatorios privados han quebrado o tenido que generar diversas acciones, aun a riesgo de atentar contra la calidad médica, tendientes a mantenerse en funcionamiento:

- Venta de establecimiento a Obras Sociales o EMP
- Convocatoria de Acreedores
- Quiebra
- Racionalización o sustitución de Recursos Humanos
- Racionalización de Insumos o sustitución por otros de inferior calidad
- Diferimiento en los pagos de compromisos comerciales e impositivos
- Postergación de Gastos de Mantenimiento e Inversiones

La situación es de tal gravedad que de colapsar el subsistema privado, colapsaría todo el sistema de salud, ya que los Hospitales Públicos (HIGA y Hospital Materno Infantil) en la ciudad se verían superados e incapacitados de prestar servicios a la demanda creciente.

I. C) LA INFLACION: UNA VARIABLE QUE CONDICIONA AL SISTEMA DE SALUD.

Si se profundiza un poco más en el objetivo del trabajo, la variable económica cuya evolución es vista con mayor preocupación por presentarse como una amenaza cierta a la viabilidad del Sistema de Salud es el permanente y acelerado incremento de la inflación. Uno de sus principales efectos es la distorsión de los conceptos de oferta y demanda como base formativa de precios y valores; teniendo en cuenta que el producto demandado en este caso es la Atención Médica, que no se extingue con el mero acceso a las prestaciones, la magnitud de esta problemática es aun mas significativa en relación a la salud.

Antes de comenzar a analizar los orígenes del contexto inflacionario reciente y actual, es conveniente mencionar que, a pesar de la existencia de diversas y variadas teorías al respecto, en todo proceso de aumento sostenido y generalizado de precios existe un denominador común generador de inflación: la lucha entre los agentes económicos y sociales por apropiarse de una mayor porción del ingreso, excepto que este crezca lo suficiente como para absorber las presiones o, si dichas presiones se neutralizan entre si. Los agentes son el Estado, que pretende obtener una mayor parte de ingreso vía recaudación impositiva; el Sector Privado, vía aumento de precios de bienes y servicios; y los Sindicatos, mediante presiones para lograr aumentos de salarios.

I. C) I. BREVE RESEÑA HISTORICA

Inmediatamente después de la fuerte devaluación que tuvo lugar en el año 2002 se disparo un vertiginoso proceso de aumento de precios que se expreso en una tasa de inflación del 41% entre los meses de diciembre de 2001 y 2002. No obstante, la trayectoria alcista se revirtió rápidamente, con índices de precios al consumidor (IPC) que durante el año 2003 alcanzo una variación de apenas el 3,7% anual. Esto debido principalmente a la implementación o incremento de los derechos de exportación para los productos agropecuarios e hidrocarburos. De esta manera, estas retenciones

actuaron disminuyendo el precio de referencia internacional y también permitiendo la caída del valor vigente en el mercado local de estos bienes.

Respecto a los productos no transables (servicios públicos, salud, educación, etc.) los precios no sufrieron, en un principio, un incremento sustancial. Para aquellos servicios regulados por el Estado, debido a la percepción de subsidios, con el fin de mantener sus tarifas previas o reducir los ajustes tarifarios. Para el caso de los servicios desregulados, los precios no se incrementaron inicialmente por el contexto de una fuerte recesión reinante que limitaba significativamente la demanda interna.

Sin embargo, en 2004 y 2005 se produjo una nueva escalada del nivel general de precios (6,1% y 12,3% respectivamente) que se redujo levemente en 2006 (9,8%), en cuyos últimos meses se sospecha que comenzó la manipulación de las estadísticas de precios en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC); desde entonces, se fue perdiendo progresivamente la credibilidad en las mediciones oficiales nacionales, hasta el punto de hallarse completamente desvirtuadas en la actualidad (CENDA 2008).

La decisión política del Estado nacional, interviniendo al INDEC y manipulando el IPC, no es otra cosa que ocultar una realidad que amenaza con poner en riesgo las bases del modelo económico. Esta “medida” sin duda se ha mostrado totalmente ineficaz, teniendo además una repercusión negativa sobre la problemática. De ninguna manera se pueden contener las expectativas inflacionarias de los agentes económicos y los reclamos salariales de los trabajadores sin referencias confiables de la inflación pasada y generando una incertidumbre que conlleva a una sobreestimación de la inflación futura.

Si bien cada vez más consultoras realizan relevamientos propios o elaboran índices de precios alternativos, lo cierto es que ninguna institución privada tiene los recursos ni el personal ni la experiencia para replicar la cobertura del INDEC. Los índices privados, además, responden también a los intereses particulares de quienes los calculan (y financian). La injustificable ausencia de datos fiables no sólo complica la tarea de los analistas, lo que sería un mal menor. Esta falencia perjudica especialmente a los trabajadores, que han perdido toda referencia cierta para encarar sus negociaciones, y a los propios responsables de la política económica, que navegan a la deriva.⁶

⁶ Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (CENDA) (2008), “La inflación, sus causas y los debates en torno a una política anti-inflacionaria”, en: Notas de la Economía Argentina, N° 5, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): CENDA, p. 1

De esta forma, desde el año 2007 la inflación, que se ha convertido en una cuestión central en la agenda de problemas del Estado, el sector empresarial y la ciudadanía, a pesar de un breve periodo de desaceleración y contracción de la actividad durante el año 2009, sigue su camino hasta estos días.

I. C) II. ORIGENES Y CAUSAS DEL PROCESO INFLACIONARIO ACTUAL

El primer factor determinante del impulso inflacionario en la Argentina en la etapa inmediata post-devaluación fue precisamente la salida de la regla cambiaria establecida por la Ley de Convertibilidad (\$1=US\$1). Dicho suceso tuvo efecto directo en un incremento del precio en pesos de los productos transables (soja, maíz, carne, etc.), cuyo precio interno se ajusta en dólares a los vigentes en el mercado internacional por lo cual se produjo una inflación de demanda (aumento de la demanda de ciertos productos sin un aumento de la oferta de los mismos).

A partir de 2005 podemos identificar una nueva etapa inflacionaria, donde el aumento de precios no es una consecuencia directa de la devaluación, sino que puede tener muchos orígenes diversos y simultáneos los cuales han sido materia de debate en la Argentina durante los últimos años (CENDA 2008).

Según algunos economistas la inflación continua teniendo su explicación por el lado de la teoría de la demanda atribuyendo su origen a un solo causante inmediato: con el fin de financiar el gasto público elevado (por ejemplo, asignación universal por hijo, subsidios, etc.) se ha implementado una política monetaria expansiva por parte del Banco Central de la Republica Argentina (BCRA). Esta política monetaria ha generado inflación, y la perspectiva de su continuación en el tiempo se ve reflejada en el fuerte aumento de las expectativas inflacionarias. No obstante, hay quienes argumentan que dichas expansiones sostenidas de dinero no se originaron para hacer frente a los gastos ya que existió un superávit primario muy grande (superior al 3% del producto en promedio) desde 2003 al 2008 y a pesar de que este se haya visto reducido desde 2009. Entonces, otra manera de entender lo que sucede, es que el BCRA esta siguiendo una política de tipo de cambio controlado. Según esta hipótesis, si el BCRA no quiere dejar que el tipo de cambio baje, la presión estará en la suba de precios y habrá inflación, ya que deberá elevar la cantidad de dinero para convalidar el aumento de precios.

Por otro lado, según el enfoque estructuralista, las causas de la inflación radican en la problemática estructural en la que encuentra el país, traducido por ejemplo en la existencia de un "cuello de botella" en la oferta de un bien básico de la economía (el dólar) que impacta en todos los precios, o en niveles de concentración de la oferta

muy altos con escasa competitividad, existiendo monopolios u oligopolios que ante un crecimiento de la demanda por diversos motivos (aumento de salarios, planes sociales, jubilaciones, nivel de empleo, gasto público del estado, reactivación de sectores como la construcción, etc.), en lugar de generar más bienes y servicios vía aumento de la inversión, aumentan los precios (Tealdo 2006).

I. C) III. UNA CONSTANTE AMENAZA AL SISTEMA DE SALUD

Si bien se han analizado las características generales y las probables causas del proceso inflacionario que afecta al país desde el año 2002, es interesante aclarar que el mismo puede ser diferente para varios sectores de la economía, los cuales presentan un comportamiento específico en cuanto precios se refiere, tanto por su composición de mercado como por el comportamiento de los consumidores. Para el caso de la salud, que ocupa particularmente al objetivo de este trabajo, se tienen algunas evidencias de que la problemática es superior al promedio de la economía lo cual parece obedecer al hecho de que en este sector predomina una inflación del lado de la oferta que se origina en gran parte por el alza de los costos de producción de los servicios de salud. Estas presiones inflacionarias pueden explicarse por varias razones, entre las que se destacan:

- Cambios en las técnicas médicas, aumentando los costos en la atención a medida que se incorpora tecnología de avanzada
- Alianzas estratégicas entre profesionales, financiadores y prestadores (principalmente entre especialistas, Prepagas y Clínicas Privadas), implicando limitaciones para el ingreso a la oferta y la definición de altas tarifas para los consumidores
- Estructura de precios relativos muy desfavorable a partir de la devaluación ya que los precios de algunos insumos importantes en la estructura de costos acompañaron la evolución del dólar, mientras que los ingresos quedaron condicionados a la evolución de los ingresos de la población
- Aumento del costo laboral
- Ante esta realidad, el Estado se vio forzado a declarar la Ley de Emergencia Sanitaria que, entre otras disposiciones, limitó el Programa Médico Obligatorio (PMO), las ejecuciones judiciales y se aumentaron las contribuciones patronales a las Obras Sociales. Sin embargo, y como se ha visto anteriormente, las manifestaciones de crisis y conflictos se siguen acumulando disponiendo una

situación muy delicada y comprometida de una parte importante de los prestadores privados.

II. LA INFLACION Y SU INCIDENCIA SOBRE LAS RELACIONES COMERCIALES EXISTENTES EN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO

Sin dudas, debido a la coyuntura por la que atraviesa el sector y de la que ya se expuso un adelanto en el Capítulo 1, que existe una crítica situación por la que atraviesan, desde el punto de vista económico y financiero, los prestadores privados, en la cual las presiones inflacionarias existentes juegan un papel preponderante sobre las relaciones entre dichos establecimientos y el resto de los actores del sistema.

Vale la pena aclarar que luego de la crisis económica, el Decreto N° 486/02 declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país y aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), a través de la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud. A partir de entonces, para la incorporación de prestaciones y servicios se deben respetar criterios de costo-efectividad y de medicina basada en la evidencia, con el fin de utilizar eficaz y eficientemente los recursos. No obstante los esfuerzos del Estado Nacional para ocultar la real situación de ciertos sectores, manipulando por ejemplo determinadas estadísticas oficiales como el IPC, la Ley de Emergencia Sanitaria ha sido prorrogada (su vencimiento vigente es el 31 de diciembre de 2014) en forma continua desde fines del año 2003.

También resulta importante resaltar para situarse mejor en contexto, que, después de muchos años de debates fue sancionada la Ley N° 26682 que brinda un marco regulatorio a la actividad de las EMP, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS), pero excluye a las OSN y OSP, Cooperativas y Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones, que están incluidos en otras normativas. Las principales cláusulas de dicha ley son:

- Las EMP están ahora obligadas a cubrir planes de cobertura médico-asistencial, el PMO y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad. Antes solo eran obligadas a garantizar una cobertura igual a la vigente para las OSN (PMOE).
- No se podrán incluir periodos de carencia en los contratos con el afiliado para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el PMO.
- Las prestaciones no podrán ser inferiores al PMO de las obras sociales sindicales.
- Los contratos deben ser autorizados por el Ministerio de Salud y los afiliados podrán rescindirlos en cualquier momento sin penalidad alguna.
- A los mayores de 65 años con al menos de 10 años de antigüedad en la cobertura no se les puede aumentar la cuota.
- No se puede rechazar a nadie por la edad ni por enfermedades preexistentes.

- Habrá un mecanismo por el cual el Estado autorice el aumento o no de la cuota.

II. A) RECLAMOS INTERSECTORIALES

II. A) I. PRESTADORES PRIVADOS

Reiteradamente, se han expresado en entrevistas, declaraciones y reclamos ante diversas entidades del Estado, las máximas autoridades tanto de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales de la Republica Argentina (ADECRA), la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) y como de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA), respecto a la existencia de un retraso arancelario crónico que proviene del fin de la Convertibilidad cuando se comenzó a hacer mas complicado reponer insumos en dólares.

Este diferimiento de precios que sufre el Sector Médico Prestador Privado de la República Argentina puede definirse como la brecha existente entre los precios que cobran las instituciones y lo que deberían cobrar si trasladaran todos los aumentos de insumos sufridos. Y aquí es donde se manifiesta una especie de circulo vicioso que hace años afecta al sector perjudicando de alguna manera el vinculo entre el prestador, la EMP y sus afiliados: muchas clínicas han recortado servicios que las prepagas prestan a los pacientes de la medicina privada debido a que estas no les reconocen el aumento de los aranceles que se ponen en marcha tras la firma de los periódicos convenios salariales del sector; y no los reconocen porque a su vez el Estado no autoriza a que las prepagas aumenten lo cuota a sus afiliados.

Los representantes de las diversas asociaciones de clínicas admiten que las empresas tienen que aumentar los salarios, pero a la vez reconocen la necesidad de cobrar mas para obtener los recursos y poder pagar dichos incrementos; plantean que el sector esta al limite no pudiendo absorber los mayores costos del sistema, y que mientras no exista un mecanismo de actualización automática de aranceles los prestadores privados seguirán siendo los verdaderos financiadores del sistema.

II. A) II. FINANCIADORES

Con respecto a la situación de los financiadores, clientes del sector prestador, si bien de una u otra forma sienten los efectos del contexto, existen diferentes realidades.

II. A) II. I. EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Por su parte, las prepagas también sostienen que no pueden absorber los costos e insisten permanentemente en aumentar la cuota a sus afiliados. Las reuniones con los representantes de los sanatorios son reiteradas a los fines de evitar el recorte de servicios o para prorrogar los plazos con la esperanza de que el Estado finalmente les permita aumentar.

Otro de los casos importantes es la inclusión permanente de nuevas prestaciones en el PMO sin financiamiento, de modo que las mismas no se corresponden con un aumento de precios, y dichas prestaciones son directamente pedidas a través de cualquier prestador médico, o mediante amparos judiciales.

Los gerentes generales de las principales EMP del país como Swiss Médical Group (SMG), Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) y Medifé no se han mantenido al margen de la situación de sus empresas reclamando en forma continua que el Estado debe hacer una amplia convocatoria para definir los límites de obligaciones de cobertura. Además han señalado que en los últimos años, al verse disminuido drásticamente el poder adquisitivo de la población, se noto una marcada disminución de aquellos afiliados que pagan la totalidad de la cuota de sus bolsillos, retrasando su decisión de contratar con una prepaga, abandonando su cobertura o adquiriendo planes de menor valor.

II. A) II. II. OBRAS SOCIALES NACIONALES

En el caso de las OSN, el lobby sindical ha venido consiguiendo importantes aumentos en pos de mejorar su recaudación:

- Valor Mínimo Garantizado que deben recibir las OSN.
- Fondos que el PAMI transfiere a las OSN que mantiene en su padrón de afiliados a sus jubilados.
- Aporte para salud de los monotributistas y personal domestico.
- Tope Salarial sobre el cual se calcula el aporte (3%) que hace el empleado en relación de dependencia a su Obra Social.

Además, es evidente que los aumentos sostenidos en la mayoría de los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) existentes, han beneficiado notablemente la situación financiera de muchas de las OSN en la ultima década; como el aporte de salud es un porcentaje fijo (9%), cuanto mayor es el salario mas dinero es lo que recibe la obra social. Adicionalmente, a partir del Decreto N° 1448/08, se estableció que no habrá topes máximos para las contribuciones empresarias del 6%.

II. A) II. III. OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

La realidad de las OSP que dan servicios de salud a los empleados públicos de las provincias y sus municipios, donde sobresale por su envergadura el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), es más complicada. Su destino está ligado a la situación fiscal de la provincia de Buenos Aires que se encuentra en estado crítico. Este contexto ha provocado una disminución en su flujo de fondos, lo que trae como correlato un estancamiento de los valores, demora en los pagos y débitos injustificados.

Frente a estas evidencias, el Estado Nacional pareciera interpretar que la problemática del sector salud no es más que un derivado de la situación general de la economía. Esto explicaría la pasividad en materia de reformas para el sector y la posición de conflictividad adoptada frente a los ajustes de los precios. Sin embargo, la estrategia está acumulando fuertes inconsistencias, ya que no parece coherente que los prestadores den tantos signos de precariedad financiera cuando sus principales clientes, las OSN, han experimentado un fuerte crecimiento en sus ingresos, no guardando esta relación con los ajustes que pretende el Estado para los planes de las EMP.

II. B) EL TIPO DE MERCADO SANITARIO

Otro factor más de conflictividad entre prestadores y financiadores es la escasa atomización del mercado de salud en que se desenvuelven (Diez 2007).

Por el lado de la oferta, en la ciudad de MDP solo existen 5 sanatorios privados de significativa envergadura (uno de los cuales es objeto del EDC) con capacidad no solo para satisfacer a una gran cantidad de demandantes, sino también un extenso y abarcativo alcance de prestaciones.

Desde el punto de vista de los financiadores, el hecho de que existan sanatorios muy bien posicionados en determinadas zonas, conlleva a que si no se incorporan a la cartilla exista una problemática muy grande. Este esquema oligopólico de los prestadores (lo cual se repite en la mayoría de las ciudades del interior del país) hizo que las posibilidades de negociación fueran cada vez menores, obligando a las EMP a terminar con contratos de adhesión en los cuales estos sanatorios prácticamente fijan una tarifa, que de no ser aceptada, lleva a cortes de servicios. Además, antes las negociaciones se realizaban con las clínicas directamente y hace un tiempo empezaron a hacerse a través de asociaciones, entidades gerencadoras o

intermediarias lo cual genera que los acuerdos sean mas complejos pero menos permanentes.

Sin embargo, desde el punto de vista de los prestadores privados, la realidad de su vínculo comercial con los financiadores pareciera ser distinta. Las EMP pertenecen, en general, a grupos económicos que siguen la mecánica del sistema imperante. Es decir que han participado de la concentración del mercado y la fijación de precios oligopólicos, donde no hay competencia de precios, como lo indica el hecho de que todas ajustan las cuotas y los aranceles al mismo tiempo y en los mismos porcentajes, y la capacidad de los oferentes de fijarlos queda muy restringida.

Esto se traduce en que por el lado de la demanda del mercado, este tiende al oligopsonio (Tobar 2002); esto es debido a que al no ser los propios pacientes quienes compran los servicios de salud sino que lo hacen a través de financiadores institucionales como EMP y obras sociales sindicales, existe una reducida cantidad de compradores. Además, entre los múltiples financiadores unos pocos concentran la mayor parte de la demanda.

Finalmente, todo este cuadro de situación se ve menoscabado en épocas inflacionarias donde, en virtud de los constantes aumentos de los CCT del sector salud, los prestadores han estado solicitando aumentos en forma muy acentuada provocando que las negociaciones se realicen de forma mas reiterada y compleja.

II. C) LAS DIVERSAS MODALIDADES DE CONTRATACION

Si bien como se ha visto las presiones inflacionarias han transformado en un punto trascendental y critico de las negociaciones entre prestadores y financiadores al valor de los aranceles de los servicios de salud, también lo es el convenio mediante el cual se estipulan los distintos modelos de pago o financiación por dichos servicios. La existencia de diversas modalidades de pago pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias alterando la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de los servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre financiador, prestador, profesional y paciente, etc.

El método de pago a prestadores cuya grado de desagregación esta llevado a su máximo exponente es el de Pago por Prestaciones, donde la base de cálculo de la facturación esta determinada por el número de prestaciones y servicios que el establecimiento brinda al paciente. La institución tratara de maximizar el ingreso derivado de la utilización de sus servicios por cada paciente. Desde el punto de vista del prestador, tiene como principal ventaja la facilidad en el manejo administrativo ya

que todas las acciones son facturables, traspasando de esta manera la mayor porción de riesgo al tercero pagador (financiado). Sin embargo, sus detractores señalan que su utilización facilita la sobreprestación ya que cuanto mas servicios sean realizados, mayor será el volumen facturado, requiriendo numerosos controles para su gestión y auditoria médica.

Por otro lado, en el modelo de pago por Cápita a cada institución se le asigna un número de pacientes potenciales por los cuales se le abona un valor fijo por un periodo de tiempo determinado (generalmente mensual), independientemente de que dichos pacientes utilicen o no los servicios del establecimiento. En este caso, se intentara maximizar la cantidad de capitas minimizando los actos propios sobre dicha cartera de pacientes. Este método facilita la presupuestación, mejora la efectividad de la actividad médica y le permite al prestador contar con un fijo regular de ingresos pudiendo ajustar la cápita por riesgo o por edad sin mayores complicaciones. No obstante, la puesta en práctica de esta modalidad puede generar una de las siguientes consecuencias negativas: o generar la selección de clientes (tomando a los de menor riesgo y rechazando al resto), o traducirse en una falta de capacidad operativa comprometiendo la calidad en la atención médica (tomando más pacientes que los indicados por el tamaño de la institución) (Tobar, Rosenfeld y Reale 1998).

Finalmente, otro de los métodos mas utilizados es aquel denominado por Módulo, donde dentro de una suma facturada por una practica médico-asistencial, generalmente con internación, se comprenden derechos sanatoriales, medicamentos, materiales descartables, honorarios de los profesionales intervinientes y todos los restantes estudios complementarios, independientemente de cuanto sea el gasto total real de todas los servicios y prestaciones brindados por la clínica al paciente. Aquí se transfiere de alguna manera el riesgo sobre el prestador, incentivándolo a llevar una auditoria de costos mas rigurosa; esto es debido a que al utilizar esta modalidad existe escaso control sobre el gasto global (control sobre el precio final y no sobre cantidades).

III. LOS EFECTOS DE LA INFLACION SOBRE LA DEMANDA EN SALUD

III. A) PARTICULARIDADES DEL ESTUDIO DE LA DEMANDA EN SALUD

En términos generales se plantea que la demanda por un bien determinado es función de las preferencias de sus potenciales consumidores por el mismo y fundamentalmente del precio con que es ofrecido en el mercado. Sin embargo, en salud esto es menos verdad que en cualquier otro mercado ya que presenta morfologías y dinámicas complejas, provocando que la demanda de atención sanitaria sea especialmente interesante para la teoría económica impidiendo analizarla utilizando las herramientas tradicionales.

Por el lado de la oferta, el lucro no es por si solo un motivo adecuado para explicar el mercado de la salud como lo es por para otro tipo de bienes y servicios, dado que hay un gran numero de instituciones públicas (nacionales, provinciales y municipales) sin fines de lucro que prestan servicios de salud. Como tales servicios no pueden tener a priori un precio definido en el mercado, se torna difícil medir las preferencias de los consumidores por ellos (Tobar 2009).

Adicionalmente, el mercado hospitalario presenta una estructura oligopólica; al no haber un producto homogéneo hay una tendencia a la diferenciación del producto, lo cual impide la competencia por precio.

Por el lado de la demanda, mas allá de que no existen sustitutos cercanos para la asistencia sanitaria, el papel decisorio del paciente no se corresponde con el papel que tiene como consumidor en el mercado de otros bienes de consumo ya que este no surge de un proceso de elección racional donde en la mayoría de los casos no prevalece un deseo sino una necesidad que impulsa dicho consumo. Estas necesidades de atención médica son altamente impredecibles para cada individuo en particular, caracterizando también a este mercado por la incertidumbre.

La demanda de atención médica es de naturaleza exógena debido a que muchas de las decisiones referidas al tipo y la cantidad de consumo sanitario son tomadas por el médico y no por el paciente. Es decir, que como se profundizara mas adelante, el médico actúa como agente de la demanda del paciente, por lo que oferente y demandante coinciden, violándose otra de las reglas básicas exigidas para el funcionamiento de un mercado en competencia perfecta (supuesto de independencia de oferta y demanda) (Temporelli 2008).

III. B) FACTORES CONDICIONANTES

Tal cual han señalado en sus publicaciones Karina Temporelli (2008) e Ignacio Apella (2009), es posible definir un conjunto de características que condicionan la demanda de servicios de salud.

En primer lugar, a medida que los individuos envejecen, demandan una mayor cantidad de servicios médicos para compensar las pérdidas crecientes de su nivel de salud; la edad afecta positivamente tanto la decisión de contacto con el médico como la frecuencia de visita.

Paralelamente, si bien los hombres muestran una mayor probabilidad de realizar la consulta de primer contacto con el médico frente a la presencia de un síntoma, una vez realizada, las mujeres mantienen una mucha mayor frecuencia de visitas.

Además, y a pesar de que la salud no es un bien inferior cuyo consumo no disminuye cuanto se incrementa el nivel de ingresos, este tiene efectos positivos sobre la demanda de salud por varios motivos. Las clases de ingresos más altos realizan mayor cantidad de acciones para promover la salud realizando una mayor cantidad de actos tendientes a la prevención, curación y rehabilitación. En materia de promoción se observa que a mayor ingreso mayor demanda de acciones para mantenerse sano. En materia de prevención, curación y rehabilitación, las clases con mayores ingresos tienen mayor capacidad económica e información para afrontar riesgos y responder eficazmente ante emergencias o secuelas de enfermedad.

Este enfoque teórico sugiere que las decisiones de utilización de servicios de salud quedan siempre bajo el control del individuo; sin embargo, la atención médica origina una gran cantidad de demandas derivadas (medicamentos, diagnósticos, prácticas, internación, mayores consultas, etc.). Es por ello que la demanda de salud debe explicarse como un proceso en dos etapas, planteando identificar en cada caso quien toma la decisión. Por un lado, una primera etapa, donde el paciente toma la iniciativa de consultar al médico, y por otro, donde la descripción del comportamiento se concentra en este último, quien determina el tratamiento y su intensidad. La incapacidad del paciente de contar con conocimiento e información completa deriva en la dependencia sobre la decisión del médico respecto del tipo y magnitud del servicio de salud a demandar (Relación de Agencia).

Finalmente, y como se vio hasta el momento tal cual es el objetivo de esta tesis, el funcionamiento del sistema de salud, al estar mayoritariamente conformado por actores del sector privado (EMP, OSN, OSP, Prestadores Médicos Privados), esta motorizado y condicionado por el sistema de precios. En consecuencia, las posibilidades de que los pacientes en Argentina tengan un acceso oportuno, equitativo

y apropiado a una atención médica de calidad, no dependen totalmente de decisiones directas del Estado sino de la dinámica de precios en el sector salud.

No obstante, es necesario recordar que para estos modelos privados de financiación de la salud existe un tercer pagador (financiador); esta intermediación, además del hecho de que la salud no es un bien inferior ni existen sustitutos cercanos en términos generales, hace que el paciente como consumidor resulte menos susceptible al precio de los servicios que recibe. Esto implica otra imperfección característica de los mercados de salud ya que significa la ausencia de elasticidad precio (inelasticidad), es decir que la demanda de los servicios de salud no se vería afectada ante variaciones en los precios de las prestaciones.

Por otra parte, el incentivo que estimula a un paciente a internarse en una determinada Clínica Privada rara vez es su precio. De hecho, por la mencionada Relación de Agencia, quien toma la decisión de la internación es el médico. En los casos en que el paciente tiene opción y la ejerce, su preferencia suele estar orientada más por la calidad (al menos por la calidad aparente) que por el precio (Tobar 2002).

IV. LA INFLACION Y LOS COSTOS SANATORIALES

Tal como se ha planteado en el Capítulo I, los efectos de la inflación sobre el sector en estudio son superiores al promedio de la economía debido a que predomina una inflación del lado de la oferta que tiene su causa en el alza de los costos de producción de los servicios de salud. Asimismo, el sector salud en general y los prestadores privados en particular presentan estructuras de costos que los diferencian de otros segmentos de la actividad económica.

En este sentido, se pueden señalar algunas características básicas del objeto a costear:

- *Intangible: aunque hay elementos materiales como medicamentos, placas radiográficas, etc., el producto mas importante brindado al paciente es la atención y/o intervención medica, la cual no se puede materializar físicamente.*
- *Como se analizará posteriormente, es difícil hallar una unidad de medida para la cantidad de servicios producidos.*
- *Son de fabricación artesanal, por lo que no se pueden automatizar como en otras industrias.⁷*

IV. A) PARTICULARIDADES DEL ESTUDIO DE COSTOS EN SALUD

En primer lugar, tal como afirma Federico Tobar (2002), una de las particularidades que los prestadores de salud presentan como agentes económicos es su concepción como plantas multiproducto, es decir, el establecimiento físico en el cual se desarrolla determinada actividad y donde a partir de una misma estructura de costos fijos se producen múltiples productos y servicios (hotelería, lavandería, restaurante, terapia intensiva, cirugías, exámenes, atenciones ambulatorias, etc.).

Además, llevando esta distinción al extremo se podría considerar que cada paciente representa un producto diferente (poco o nada homogéneo) ya que para un mismo diagnóstico pueden existir un conjunto de diferentes actos médicos pudiendo definirse diferentes procedimientos (cirugía con internación, cirugía ambulatoria, tratamiento no quirúrgico, etc.). La configuración del producto final es una consecuencia de la agregación y combinación de las características propias del paciente, de su patología y la evolución de la misma, que junto con la relación de agencia del proceso clínico por

⁷ Velarde, Martín y Montico, Eduardo (2008), “Una Propuesta de Costos para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Costos por Paciente y Patología”, en: Asociación Uruguaya de Costos, Uruguay, p. 9

parte del médico, han determinado el tipo y la cantidad de bienes y servicios (productos intermedios) que el paciente ha de recibir durante su estadía hospitalaria. Por este motivo resulta mucho más difícil que en otras ramas comerciales evaluar y comparar los costos de producción.

En segundo lugar,

resulta complicado identificar si hay o no economías de escala. Tradicionalmente se considera que solo tiene sentido mantener una unidad como planta multiproducto si existen economías de escala; es decir, si el costo de producir conjuntamente los productos resulta inferior al costo agregado de producirlos en forma separada.⁸

Sin ir mas lejos, la clínica privada objeto del EDC ha determinado en su oportunidad la inconveniencia de producir conjuntamente determinados productos y servicios, tomando la decisión de contratarlos en forma tercerizada, este es el caso de los Servicios de Alimentación, Lavandería, Diagnostico por Imágenes, Análisis Clínicos, Medicina Nuclear, Diálisis, Hemoterapia y Odontología. Sin embargo, no resulta fácil evaluar si en una determinada clínica se alcanzan o no economías de escala puesto que, como hemos afirmado, resulta muy difícil medir el producto hospitalario.

Por otra parte, cuando se consideran los servicios de internación se verifica que el costo de los sucesivos días de permanencia de un paciente ingresado en la clínica tiende a ser decreciente. En otros términos, el costo marginal de un día más de tratamiento siempre tiende a reducirse. Durante los primeros días, se incurre en un costo alto porque han de hacerse pruebas diagnosticas caras y en su caso, intervenir quirúrgicamente al paciente. Pasadas unas jornadas de permanencia, dependiendo del caso, los costos marginales son casi exclusivamente los costos (constantes) de los servicios de pensión (hotelería) y de unos cuidados mínimos de enfermería (Tobar 2002).

IV. B) SISTEMAS DE COSTOS APLICADOS EN EL SECTOR SALUD

A pesar de todo lo mencionado en el apartado anterior en relación a la particularidad del cálculo de costos en este tipo de instituciones, nada impide que sea entendida como una empresa más y por ende se pueda aplicar el sistema de costos que se

⁸ Tobar, Federico (2002), "Economía del Hospital", en: Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio, Rosario: Bascolo Ernesto, p. 3

considere mejor en función de la situación de cada prestador privado. Por lo tanto, antes que nada se debe recordar que no hay que tratar de aplicar el que parezca conceptualmente el mejor sistema de costos sino aquel que mejor se adecue a dicha organización.

IV. B). I. SISTEMA DE COSTOS POR PACIENTE Y PATOLOGIA

El sistema de costos por paciente analiza los costos generados por la atención de cada uno de ellos en forma individual. Desde el punto de vista operativo de la gestión medica, es una variante importante pasar de un cálculo de costo promedio a un costo mas específico que incluya la patología por la cual fue tratado ese paciente (Zanellato 2007: 28).

No existe una correlación exacta entre este sistema de costos y otro particular ya existente, sino que es una combinación de metodologías: Costos por Órdenes de Producción, Costos por Procesos y Costeo basado en las Actividades (ABC).

Todos los costos se clasifican de acuerdo a su variabilidad en:

- **Costos Asignables al Paciente:** son los costos variables, es decir todos aquellos que se pueden imputar sin problema alguno directamente al paciente (medicamentos, materiales de uso médico, estudios realizados, interconsultas), igual que en el sistema de costos por ordenes de producción. Como se generan desde una orden, todo lo que en el tratamiento se vaya consumiendo se ira asignando a su cuenta corriente y se deben captar en el momento en que se producen.
- **Costos por Utilización de los Servicios:** son aquellos costos que aunque ningún paciente deba ser atendido, igual existen. Es el costo por la utilización de parte de las instalaciones de la empresa (derecho de cirugía, valor de pensión, consulta médica). Se calculan mediante el sistema de Costos por Procesos, utilizándose el método ABC para la distribución de los costos indirectos.

IV. B) II. SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COSTOS EN CASCADA

Se trata de un sistema de costos basado en sectores de Concentración de Costos, el cual sigue las pautas del Sistema de Costos por Procesos (Velarde y Montico 2008: 12).

La implantación de este sistema de costos obliga a dividir al Prestador Privado en sectores de actividad, productores de servicios intermedios y finales y cuyos gastos sean claramente medibles y atribuibles al producto:

- **Finales:** son aquellos que definen la actividad final de la clínica, por ejemplo medicina clínica, ginecología, obstetricia, cuidado intensivo, etc. Estos centros son los que proporcionan el producto final al usuario, siendo auxiliados para su producción por la actividad del resto de los centros de costos. Fundamentalmente tienen relación directa con la asistencia del paciente.
- **Intermedios:** son los responsables de la logística de la empresa, y trabajan a petición de otros centros de costos. No constituyen en sí mismos una línea de actividad, sino que realizan la misma en función de las demandas de los centros finales, aunque normalmente serán susceptibles de facturación. Cada centro de costo intermedio debe medir su actividad con alguna Unidad de Actividad Intermedia, la cual resume su producción y permite el traslado a los centros que requieren sus servicios. Tradicionalmente serán los centros de tratamiento y diagnóstico, por ejemplo: laboratorio y radiología.
- **Básicos, estructurales o de servicios generales:** son aquellos que no realizan una actividad asistencial pero son los que dan soporte a los centros de costos finales e intermedios para el desarrollo de su actividad, además de realizar tareas administrativas centrales. Normalmente son independientes de la actividad asistencial, no siendo facturables en sentido estricto al no disponer en su mayoría de una unidad de producción determinada, ejemplo de este tipo de centros serían: mantenimiento, administración, lavandería, etc.

Tanto los centros básicos como los intermedios distribuirán sus costos en los centros finales; en un principio dicha distribución se hará en cascada, esto es, los centros básicos distribuirán sus costos sobre los intermedios y estos a su vez sobre los finales.

IV. C) COSTOS E INFLACIÓN

Tal como se ha venido explicando en el desarrollo de este trabajo, el Sector Privado de la Salud se ve en este momento seriamente amenazado debido a la constante situación inflacionaria por la que esta atravesando, la cual tiene su causa en el alza de los costos de producción.

El derrumbe del régimen cambiario conocido como Convertibilidad impactó fuertemente en los precios de bienes y servicios de salud, particularmente en el de los medicamentos. Esta variable, de significación no menor, está constituida por el incremento lento y continuado del valor del dólar estadounidense, circunstancia especialmente relevante en relación al tema en análisis, debido a la fuerte incidencia

de los componentes importados en la producción de los mismos. Este panorama se complica aun más a partir de la concentración de los laboratorios nacionales y multinacionales y, como en todo proceso inflacionario, del efecto de conductas de orden especulativo. Como mero indicador de esta situación, cabe señalar que desde el año 2002 se incrementó exponencialmente el precio de los medicamentos, que en las condiciones contractuales habituales de los Convenios Modulados, son absorbidos por el prestador.

Adicionalmente, el equipamiento de alta complejidad (Tomógrafos, Resonadores Magnéticos, Aparato e Instrumental Quirúrgico y de Cuidados Intensivos, Medidores Digitales, etc.) en su gran mayoría es importado (80%) y por lo tanto el costo de reposición y/o reparación se multiplicó en relación a la depreciación del peso.

A esto se suma los permanentes ajustes salariales, los cuales tienen un fuerte impacto sobre los costos sanatoriales, dado que el 60% de los gastos en que incurre un establecimiento lo constituyen sueldos y cargas sociales (sobre este tema se ocupara específicamente el capítulo siguiente), y los aumentos de servicios logísticos esenciales, como la contratación en forma tercerizada de empresas que se encargan del Lavado de ropa de cama, Catering Profesional y Vigilancia Privada.

Por último, sin duda que merece destacarse especialmente que el sistema sanitario argentino soporta una fortísima presión tributaria que también distorsiona sus costos y termina conspirando contra la atención de los pacientes. Una sociedad anónima dedicada a servicios de salud debe tributar en forma directa impuestos como Ganancias, Ganancia Mínima Presunta (GMP), Valor Agregado (IVA), Créditos y Débitos Bancarios (Ley 25413), Cargas Sociales, Ingresos Brutos (IIBB), Inmobiliario, Sellos (sólo algunas jurisdicciones y actividades) y Tasas Municipales. Un claro ejemplo de esta distorsión, puede verse reflejada en el hecho de que gran parte de la actividad de un Prestador Privado de Salud esta exenta de IVA (facturación a OSN, OSP y PAMI), pero la totalidad de sus compras están gravadas con dicho impuesto, y solo puede utilizarse el Crédito Fiscal de acuerdo a la proporción correspondiente a las operaciones gravadas (facturación a EMP y particulares).

V. EL INCREMENTO EN LOS SUELDOS Y LA ILUSION MONETARIA

V. A) INFLACION, AUMENTO DE SALARIOS Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO

En el alza de los costos sanatoriales convergen varios factores, entre ellos los constantes aumentos a los trabajadores pertenecientes al Sector Médico Prestador Privado dispuestos por el Estado Nacional desde el año 2002. En este sentido, mas allá de la discusión sobre lo acertado de la medida, lo cierto es que dichos aumentos terminaron de desequilibrar las finanzas de la mayoría de las clínicas, en un contexto en el que no se cobran en tiempo y forma las prestaciones efectuadas y en el que, como vimos en el capítulo precedente, insumos y equipamientos también experimentaron incrementos importantes.

Desde el año 2005, la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), ha firmado convenios anuales (Agosto de cada año) de incrementos salariales con pisos del 25% para aquellos trabajadores incluidos en el CCT 122/75 (Clínicas y Sanatorios Privados), que generalmente se terminan abonando en 3 cuotas (Septiembre, Enero y Marzo).

Según evalúan los directivos de FECLIBA y CONFELISA, esta etapa de aumentos del CCT no solo ha generado que el costo de la mano de obra de los sanatorios ascienda en promedio a un 60% del costo total de los servicios, sino también que el alto costo no salarial (cargas sociales) de la contratación en relación de dependencia, induzca a las instituciones a apelar a la relación contractual del pago por honorarios que en muchos servicios centrales están siendo entendidas como relaciones de dependencia encubierta.

No obstante, a esta situación que los prestadores médicos privados deben enfrentar, se añade aquello planteado en el Capítulo II y que involucra a toda la estructura del Sistema de Salud Argentino: un círculo de desfazaje y deterioro económico-financiero que tiene como origen a la inflación. En primer lugar, todo comienza con la pérdida del poder adquisitivo de la moneda de la población y la necesidad imperante de que ese menoscabo sea subsanado mediante el incremento de sus salarios; en este contexto de análisis, trabajadores de la sanidad pertenecientes a establecimientos privados de salud cuyas escalas salariales se ven acrecentadas año tras año. Obviamente, que para que dichos aumentos puedan llevarse a cabo, sus empleadores (Clínicas y Sanatorios Privados) deben obtener los recursos necesarios, a través de incrementos en los aranceles de las prestaciones médicas por parte de los Financiadores (OSN, OSP y EMP). A su vez, estos Financiadores podrán hacer frente a este requerimiento

sin complicar gravemente su situación económica, si tienen la posibilidad de trasladar la suba de los aranceles a los precios de las cuotas a sus afiliados, los cuales solo podrán soportar dicha carga si transfieren parte o el total del aumento de sueldo percibido.

A este desarrollo, podría sumarse como actor principal al Estado Nacional, ya que interviene, a través de la Secretaria de Comercio y la SSS, en varias oportunidades con medidas tendientes a neutralizar (u ocultar) el impacto inflacionario, como por ejemplo ordenando a la EMP que no aumenten los valores de las cuotas a sus afiliados.

Como se plantea, se trata de un proceso que no solo provoca un perjuicio desde el punto de vista monetario, en el que se observa que el primer y ultimo componente afectado muchas veces es el individuo, sino también desde las dificultades para negociar y vincularse entre los distintos actores del sistema.

V. B) EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFLACION Y TEORÍA DE LA ILUSIÓN MONETARIA

Existen numerosos estudios con relación a los efectos económicos que producen las tasas elevadas de inflación en la economía de un país. Sin embargo, no ha recibido la misma atención el efecto psicológico de la constante variación de precios. Esto se debe, en parte, a la dificultad metodológica que presenta este tipo de investigaciones (elevada cantidad de variables poco controlables).

Uno de los ejes en que el ser humano basa su desarrollo personal y profesional es su capacidad de tener control sobre su situación actual y futura. A mayor tasa de inflación, menor es la capacidad de las personas para planificar adecuadamente sus finanzas personales, lo que promueve muchas veces sentimientos de inseguridad, incertidumbre y miedo. Cuando el consumidor promedio siente que el “dinero le quema” porque entiende que pierde valor día tras día, la primera intención es colocar esos billetes en bienes, sobre todo aquellos de consumo durable y semidurables. Esto explica, en buena parte, la explosión de venta de autos, el renovado impulso del mercado inmobiliario y la fiebre en el consumo de electrodomésticos. Y este proceso genera una suerte de antidepresivo económico. El que puede, una parte muy reducida de la población, consume mucho más que el promedio.

Además, muchas personas carecen de las habilidades cognitivas para manejarse con parámetros que cambian todo el tiempo. Una inflación alta es, en realidad, un cambio relativamente gradual de sistema de moneda. Está muy bien documentada la

confusión (y consecuente vivencia de incompetencia) de personas mayores o poco educadas cuando sucede este cambio paulatino.

Por otra parte, la inflación genera fuertes asimetrías en la economía y algunos sectores se ven más beneficiados que otros provocando que las personas varían en su capacidad para tolerar algunos de los cambios bruscos que perciben a su alrededor. En un contexto inflacionario, hay sectores que actualizan sus ingresos mucho más rápido que otros, como estamos viendo, los sueldos negociados por los sindicatos. Esto genera en mucha gente la sensación de que su situación es injusta y les cuesta entender los motivos por los cuales a otros sectores de la población les va mejor independientemente de las características intrínsecas de su actividad.

Si el individuo tiene edad suficiente para haber experimentado previamente algún contexto inflacionario, es probable que, conscientemente o inconscientemente, asocie los hechos actuales con situaciones pasadas y esto tenga algún impacto en su conducta o forma de sentir. A su vez, esta conducta puede o ser o no muy adecuada a la situación actual.

Resumiendo, la población siempre piensa que hay más inflación de la que hay. Si encima se manipula la información, como lo viene haciendo el Estado Nacional con las estadísticas del INDEC, se retroalimentan las expectativas de inflación que generalmente están sesgadas hacia el alza.

Por ultimo, según un estudio que publicaron en la revista *Proceedings of the National Academy of Science (PNAS)*, dos investigadores de la Universidad de Bonn (Alemania), el economista Armin Falk y el neurólogo Bernd Weber, la gente prefiere que le incrementen su salario en un 3% con una inflación al 5% antes que un recorte del 2% de su sueldo pero con precios estables, aunque el poder adquisitivo sea igual en ambos casos; es decir, un aumento de salario hace feliz a la gente a pesar de que también haya un crecimiento de la inflación.

En otras palabras, el cerebro cae en la trampa de la "ilusión del dinero", según la cual las personas tienden a valorar más un aumento en los ingresos independientemente de si pueden comprar más o no.

Si bien muchos economistas dudan de la existencia de este efecto, Falk y Weber consiguieron probar que la denominada "ilusión del dinero" estimula la parte del cerebro encargada de procesar las recompensas o premios.

En el primer grupo, la actividad en el área del cerebro donde se procesan las sensaciones placenteras era mucho menor que en el segundo. En términos económicos, esto podría traducirse por una preferencia del cerebro por la inflación y salarios más altos frente a la posibilidad de precios estables e ingresos más bajos, explica el artículo de Cotizalia.com.

En definitiva, lo que Falk y Weber demostraron con este estudio es cómo los grandes números consiguen seducir a las personas lo que explicaría, por ejemplo, por qué los salarios nominales rara vez caen, mientras que los salarios reales o el “poder de compra”, por el contrario, pierden valor en períodos de inflación.

VI. EL IMPACTO CONTABLE DE NO EFECTUAR EL AJUSTE POR INFLACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE ESTADOS CONTABLES

VI. A) LOS ESTADOS CONTABLES Y EL PROBLEMA DE LA UNIDAD DE MEDIDA

La información contenida en los estados contables de publicación atraviesa desde hace algún tiempo una severa crisis de credibilidad.

Entre los factores relevantes que se han analizado, se destaca el aspecto relacionado con la unidad de medida adoptada por las normas contables profesionales vigentes, es decir, moneda homogénea.

El concepto de moneda homogénea se encuentra ligado a la definición del contexto en el que se encuentra inmersa la economía en un momento dado. Así, en un período de estabilidad la moneda nominal cumple con los requerimientos necesarios para tal definición, mientras que en épocas de inestabilidad de precios la moneda nominal se considera heterogénea o expresada en términos monetarios de diferente poder adquisitivo y, por lo tanto, se deberá ajustar.

Es la misma entidad emisora de normas contables profesionales quien evalúa la existencia de un contexto de inflación o deflación sobre la base del análisis de determinados indicadores como:

- a) la existencia de una corrección generalizada de los precios y/o de los salarios;
- b) la preferencia de la población de invertir los fondos en moneda argentina o mantener su riqueza en activos no monetarios o en una moneda extranjera relativamente estable, para mantener su poder adquisitivo;
- c) la relevancia de la brecha existente entre la tasa de interés por las colocaciones realizadas en moneda argentina y en una moneda extranjera;

En la actualidad y luego de analizar los indicadores mencionados, la autoridad competente ha definido un contexto de estabilidad, lo que implica que la moneda nominal se considera homogénea y no deben realizarse ajustes en las cifras contenidas en los estados contables de publicación.

No obstante lo expuesto, se advierte un incremento sostenido en los índices oficiales que reflejan la evolución del nivel general de los precios, el que ha alcanzado niveles preocupantes por su efecto en la información contable.

Si se analiza el incremento acumulado desde septiembre de 2003, mes en el que se discontinuó la aplicación del ajuste integral por inflación, no es posible afirmar que los estados contables estén expresados en moneda de poder adquisitivo de la fecha a la cual corresponden, tal como exige la norma vigente.

VI. B) BREVE RESEÑA HISTÓRICA: NORMAS LEGALES Y CONTABLES

La sanción de la Ley 22903 en el año 1983, que agregó al Art. 62 de la Ley 19550 un párrafo donde se establece que los Estados Contables deben presentarse en moneda constante, obligó a los organismos representativos de la profesión contable a dictar una norma técnica de aplicación uniforme en respuesta a la norma legal. De esta forma, la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (FACPCE) aprobó en 1984 la Resolución Técnica (RT) 6 denominada “Estados Contables en Moneda Constante”. En ella se interpretó el concepto de “moneda constante” como la moneda de poder adquisitivo de la fecha a la cual se refieren los estados contables (moneda de cierre), y se dispuso un método de ajuste integral mediante la corrección de las partidas expresadas en moneda de fecha anterior a la medición con índices generales de precios. Esta resolución permitía reconocer totalmente los efectos acumulados de la inflación, pues requería su aplicación obligatoria independientemente del contexto o de la tasa de inflación y la primera reexpresión fue retroactiva aunque no se computó como Ajuste de Resultados de Ejercicios Anteriores.

Con la aplicación del Plan de Convertibilidad en 1991, se dejó de utilizar el Método Integral de Ajuste por Inflación, discontinuándose su aplicación por la vigencia de normas legales en primer término (Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 316/95) y luego por aplicación de normas contables: la FACPCE emitió, el 29 de marzo de 1996, la Resolución N° 140 que permitía la opción de considerar que si la variación anual del índice de precios establecido por la RT 6 no superaba el 8%, la moneda de curso legal sin ningún tipo de ajuste se utilizara como unidad de medida para la preparación de los estados contables.

Con la crisis y el fin de la convertibilidad, la situación imperante hizo que el Poder Ejecutivo Nacional (PEN) emitiera en julio de 2002 el Decreto 1269 mediante el que se dejó sin efecto el Decreto 316/95 y por lo tanto se instruyó a los organismos de contralor dependientes del PEN para que dicten normas a los fines de la recepción de estados contables confeccionados en moneda constante. La vigencia de este decreto tuvo efectos para balances cerrados a partir del 17 de julio de 2002.

Es necesario aclarar que este periodo (enero 2002 a septiembre 2003) en el que se reanudó el Ajuste Integral por Inflación, las mediciones contables no reflejaron apropiadamente la situación de las empresas. Sin embargo, “se aplicó una solución inadecuada ya que no se trataba de una inflación generalizada de precios sino un reacomodamiento de precios relativos” (Fernández, Martín, Nannini y Vázquez 2007:14), como ya se ha comentado.

Posteriormente, una aparente nueva estabilidad monetaria, llevó al PEN a emitir el 25 de marzo de 2003 el Decreto 664, mediante el que volvió a prohibir a los organismos de contralor dependientes de este la aceptación de estados contables ajustados por inflación con cierre posterior a esa fecha. En línea con esta disposición, la Resolución N° 287/03 de la FACPCE determinó que a partir del 1 de octubre de 2003 existe estabilidad monetaria y consecuentemente desde esa fecha se debió discontinuar el ajuste para reflejar las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda considerando que la exigencia de utilizar una moneda homogénea se satisface con la moneda nominal.

Desde el momento en que se discontinuó la aplicación del ajuste integral por inflación en los estados contables el incremento del nivel general de precios, medido según índices oficiales publicados por el INDEC, nunca cesó.

A septiembre de 2007 (momento hasta el cual las cifras publicadas pueden considerarse como confiables y por lo tanto objetivas) la inflación no reconocida en los estados contables se acercaba al 47%, y en virtud de lo previsto en la RT N° 6 dicho impacto no se reflejaría, lo cual afecta al Modelo Contable en su concepción de aproximación a la realidad.

VI. C) LA INFLACION Y SU REPRESENTATIVIDAD: LOS INDICES DE PRECIOS Y EL INDEC

Otra cuestión a analizar es cómo medir el incremento de precios mencionado, tarea que la teoría estadística ha perfeccionado elaborando índices que muestran un promedio ponderado de los precios de un conjunto de bienes y servicios para un período determinado.

De acuerdo a lo expuesto, las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda se miden a través de un índice general de precios (IGP), que muestra la evolución promedio de los precios de la economía.

En términos generales, cuando la inflación es alta los niveles de precios están dominados por los cambios generales de los mismos. En cambio si la inflación es baja los cambios en los precios relativos de los bienes son dominantes.

En resumen, cuando el contexto es inflacionario, todos los precios tienden a acompañar al nivel general y la utilización de un índice general parece una buena opción. Si el contexto es de estabilidad, el aumento de los precios no es generalizado sino selectivo: algunos precios suben, otros bajan y algunos se mantienen sin cambios. En este contexto la utilización de un índice general presenta dudas acerca de su representatividad.

Las normas de nuestro país han privilegiado la accesibilidad del índice a utilizar. Es por ello que han adoptado siempre los elaborados por el organismo estadístico oficial en la Argentina (INDEC), como han sido el índice de precios mayoristas nivel general y el índice de precios internos al por mayor. Cuando estos índices crecen, reflejan que la moneda pierde poder adquisitivo.

En relación al ámbito geográfico de aplicación, existe acuerdo en la doctrina en que los índices deben ser representativos de las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda, para lo cual la canasta de bienes y servicios considerada para su preparación debe ser lo suficientemente diversificada como para limitar, en la medida de lo posible, los efectos de las variaciones entre distintas zonas geográficas.

Esto no está sucediendo actualmente en la Argentina, si se analiza la información disponible referida al índice al consumidor. El INDEC prepara este índice sobre la base de un relevamiento realizado en CABA y GBA. Además publica los índices elaborados por las provincias de Buenos Aires, Mendoza, San Luís, Tucumán, Catamarca, Córdoba y Santa Fe. En las provincias no incluidas, el aumento de los precios minoristas fue, por ejemplo, en agosto de 2013, entre 5 y 7 veces lo que marca el Instituto Nacional.

En agosto de 2007, el índice de precios al consumidor elaborado por el INDEC fue del 0,6%. Consultando información de distintas provincias surge que en Neuquén el porcentaje fue 4,6%, en Chubut 3,9%, en Entre Ríos 3,5% y en Misiones el 2,7%.

Si se considera la inflación proyectada para el año 2007, éste cerró con un índice de precios al consumidor oficial cercano al 8% mientras que hubo ocho provincias con índices propios que sufrieron una inflación anual de entre 15% y 28%, aún considerando que algunas de ellas utilizaban la metodología del organismo nacional.

Como se puede apreciar, las diferencias entre los índices del INDEC y los de las provincias son notables cuando se trata del índice al consumidor. Si bien el índice general no tiene el mismo comportamiento que el anterior, no es posible esperar que las cifras suministradas por las provincias sean similares a las nacionales, aún utilizando la misma metodología.

En cuanto a la credibilidad de los índices oficiales, en 1985 se afirmaba que *“En nuestro país existen índices preparados por diversos organismos públicos y privados, entre los que naturalmente se destaca el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC), ente cuyo trabajo es generalmente considerado como serio. Por supuesto, hay quienes desconfían de los índices del INDEC porque ese organismo depende del MINISTERIO DE ECONOMÍA y podría, por lo tanto, ver enervada su independencia de criterio. Pero el hecho es que no conocemos casos concretos en*

que se haya comprobado que las publicaciones del INDEC no representasen razonablemente la realidad...⁹

Sin embargo, es de público conocimiento lo que ha venido sucediendo con el INDEC en los últimos tiempos. Hoy sí se conocen casos concretos y la falta de credibilidad pública de los valores difundidos por este Instituto, con la sospecha generalizada de su manipulación, se ha instalado en la sociedad desde hace algunos meses. Sólo basta citar algunos artículos periodísticos referidos a los índices del mes de agosto 2007 para graficar la situación:

“...La difusión del IPC Nacional se realizó en medio de un escándalo, porque desde el Indec, donde se recopila la información enviada por las direcciones provinciales, se cambió el índice de al menos una provincia: Mendoza. En ese distrito, que venía exhibiendo los números más altos de inflación a lo largo del año, y que era tomada por los analistas privados como referencia real frente al intervenido IPC tradicional, el organismo nacional informó una variación de precios de 1,5% cuando en realidad fue de 3,1%...El lunes el Indec dio a conocer a medianoche, siete horas después de lo previsto, las cifras del IPC Nacional.

Y se falsearon los datos enviados por Mendoza” (Diario La Capital de Rosario, 26/09/2007).

“A pesar de que no son formalmente comparables porque toman canastas de productos diferentes, y en el caso del Índice de Precios al Consumidor también un paquete de servicios, las diferencias dejan alguna señal para los consumidores. Los precios en los supermercados tuvieron en agosto un alza de 2,6 por ciento, cuatro veces más que la inflación que el INDEC calculó para el mes en el área metropolitana. Así surge de la Encuesta de Supermercados que el INDEC difundió esta tarde, y en medio de una fuerte polémica por las denuncias de manipulaciones en estadísticas clave de la economía que viene realizando la oposición y empleados del organismo.” (Diario Clarín (28/09/2007).

Por último, con respecto a la periodicidad, en periodos hiperinflacionarios, la utilización de índices mensuales es insuficiente. Por lo tanto, debería elaborarse coeficientes teóricos mediante la interpolación entre los índices existentes.

⁹ Fowler Newton, Enrique (2002), *Contabilidad con Inflación*; Buenos Aires, Editorial La Ley

VI. D) AJUSTE INTEGRAL POR INFLACIÓN: LOS EFECTOS CONTABLES DE SU NO APLICACIÓN EN EL CONTEXTO INFLACIONARIO ACTUAL

La inflación, dependiendo de la magnitud de su tasa anual y/o acumulada, impacta sobre los estados contables, tanto en la medición del Patrimonio del Ente, como también en la generación de un resultado específico, el cual en la Argentina ha sido denominado de diferentes formas: Corrección Monetaria, Ajuste Global del Estado de Resultados; Resultado por Exposición a la Inflación (REI) o Resultados por el Cambio en el Poder Adquisitivo de la Moneda (RECPAM).

Entre las distorsiones más relevantes de no reconocer contablemente las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda, se pueden mencionar:

VI. D) I. REQUISITOS DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS ESTADOS CONTABLES, PREVISTAS EN EL MARCO CONCEPTUAL DE LAS NORMAS CONTABLES PROFESIONALES (RT N° 16)

En un contexto de inestabilidad monetaria, los importes nominales están expresados en moneda de distinto poder adquisitivo, y en consecuencia, sus acumulaciones y comparaciones producen información que no cumple con algunos de las cualidades de la información contable, enunciados en el Marco Conceptual de las normas contables profesionales. Fundamentalmente ellos son:

- Aproximación a la realidad: las mediciones obtenidas no guardan correspondencia razonable con lo que pretenden describir.
- Confiabilidad o Credibilidad: por falta de aproximación a la realidad, difícilmente los usuarios la consideren de utilidad a la hora de tomar decisiones. Adicionalmente, los estados contables emitidos en moneda heterogénea carecen de utilidad con fines de análisis. El analista puede valerse de información adicional publicada en moneda homogénea si existiera. No obstante, el análisis financiero a partir de ratios como liquidez corriente y seca se puede calcular sin distorsiones significativas a pesar de la falta de homogeneidad de la moneda. Sin embargo, en el análisis de la situación patrimonial intervienen rubros que pueden tener distorsiones que invalidan su cálculo, como por ejemplo el activo no corriente o el patrimonio neto. De manera similar, el análisis de la situación económica, que se basa principalmente en el estado de resultados como rentabilidad neta o rentabilidad bruta, tampoco es viable. La información contenida en los estados contables no refleja

adecuadamente la realidad y por ello, puede contribuir al ocultamiento de crisis empresariales.

- Comparabilidad: la prescindencia de una moneda homogénea no permite formular comparaciones válidas de datos contenidos en el mismo estado contable, ni en distintos estados de un mismo período o de periodos sucesivos, ni con información de otros entes.
- Integridad: se omite la información sobre los resultados generados por la tenencia de activos y pasivos expuestos a los cambios en el poder adquisitivo de la moneda.

VI. D) II. CAPITAL A MANTENER

Una de las variables más afectadas del Modelo Contable, es el correspondiente al Capital a Mantener, ya que habiéndose definido la alternativa del Capital a Mantener Financiero (Monetario o Dinerario), la medición en moneda nominal altera la cuantificación del mismo, en épocas de inflación.

Además, la utilización de valores corrientes en la medición de activos destinados a la venta y el no reconocimiento del efecto inflacionario en el Capital a Mantener, genera una distorsión en la Composición del Patrimonio (Mayores Resultados Acumulados y Menor Capital a Mantener).

VI. D) III. OTRAS CUESTIONES CONTABLES PARTICULARES

- Las acumulaciones contables se distorsionan al sumarse importes que representan mediciones efectuadas en moneda de distinto poder adquisitivo y, consecuentemente, desprovistas de significado. Es válido resaltar que cuando se acumulan importes más antiguos las distorsiones son mayores. Tal es el caso de mediciones de activos a costo original o sobre la base de éste, como **bienes de uso e intangibles, los aportes de los propietarios y los resultados acumulados**.
- El **resultado del período** no es real por ser la suma algebraica de importes medidos en moneda de diferente poder adquisitivo, agravado por el cómputo de magras amortizaciones de activos no corrientes calculadas sobre costos originales, por los sobredimensionados resultados por tenencia y financieros, y por la omisión del RECPAM, que muestra la desvalorización de las partidas expuestas a la inflación. La errónea determinación del resultado del período trae aparejada una serie de consecuencias posteriores, como por ejemplo:

- La **determinación del impuesto a las ganancias**, de acuerdo con normas fiscales conlleva a una tributación más gravosa. Carece de sentido la exigencia del método del activo y pasivo para el reconocimiento contable del impuesto a las ganancias.
- Las **distribuciones de dividendos en efectivo, las retribuciones de directores y síndicos o de socios gerentes**, calculadas a partir de resultados que representan ganancias nominales, generan una distribución del capital a mantener. No obstante, los accionistas reciben dividendos en efectivo por un valor real menor por ser calculados sobre resultados determinados a la fecha de cierre del ejercicio y no en moneda de la fecha de la distribución (o de la puesta a disposición, si se buscara una solución más justa en este sentido).
- Los inversores carecen de información adecuada para calcular el valor de su participación en el ente, ya que el **valor patrimonial de la inversión** generalmente está medido en defecto debido a que el patrimonio también lo está, y, contrariamente, el rendimiento de la inversión está sobredimensionado, pues se determina relacionando resultados abultados con patrimonios disminuidos.
- Contablemente, las **comparaciones de datos y las cifras obtenidas por diferencia entre magnitudes**, se ven afectadas, como por ejemplo:
 - Los **ingresos y costos** relacionados para determinar resultados por actividad.
 - Las comparaciones de las mediciones primarias de los activos con sus correspondientes valores recuperables, particularmente en el caso de **activos medidos a costo original**, que pueden provocar la omisión de desvalorizaciones en términos reales.
 - Los **resultados por tenencia**, por la aplicación de mediciones a valores corrientes, están sobrevaluados.
 - Los **resultados financieros generados por activos o pasivos** (intereses explícitos, intereses implícitos, diferencias de cambio, etc.) se encuentran sobredimensionados, ya que incluyen sobreprecios de inflación.
 - Las **variaciones del efectivo y sus equivalentes**, requeridas para su inclusión en el estado que muestra sus causas, presentan un aumento ficticio que incide en el análisis de las actividades operativas, de inversión y de financiación, ya sea por aumentos o disminuciones.

VII. EVALUACIÓN FINAL: CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS

A lo largo del presente trabajo, se ha pretendido analizar los efectos, primero desde un punto de vista económico – comercial, y finalmente (particularmente en el capítulo inmediato anterior), desde el punto de vista contable, del sostenido proceso inflacionario que tiene lugar en el país desde el año 2002.

A continuación, se sintetizarán los resultados de la investigación respecto de los objetivos generales y específicos trazados inicialmente, los cuales fueron desarrollados en principio en su faz teórica, para luego ser expuestos a la realidad práctica mediante el EDC pertinente.

VII. A) TASA DE INFLACIÓN ANUAL (PERIODO 2002 – 2013): ANEXO I

- **Se ha decidido dividir el periodo analizado en 3 Etapas:**
 - Etapa 0: Año en el cual se produce la devaluación y salida de la Convertibilidad (2002).
 - Etapa 1: se produce un reacomodamiento de los precios relativos pero la tasa de inflación no disminuye (2003-2006).
 - Etapa 2: se acentúa y profundiza el proceso inflacionario, mientras que las estadísticas oficiales son arbitrarias y escasamente confiables (2007-2013).

VII. B) ESTUDIO DE CASO: ANEXO II

VII. B) I. FACTURACIÓN A INSTITUCIONES

- **Objetivo:** analizar como el proceso inflacionario pudo haber influido en las relaciones comerciales entre la empresa objeto del EDC (El Prestador) y los distintos tipos de Financiadores.
- **Observaciones:** en principio, se procedió a clasificar a cada una de las Instituciones con las cuales El Prestador se vinculó comercialmente en 6 grandes tipos de Financiadores (ART, Cooperativas y Mutuales, EMP, OSN, OSP y Otros Prestadores y Empresas Varias).
- **Datos recolectados:**
 - Facturación anual (en Pesos), lo que permitió obtener el porcentaje de facturación de cada tipo de Financiador en relación al resto.

- Cantidad de tipo de Financiadores entre los 10 con mayor porcentaje de facturación anual.
 - Respecto de las Cooperativas y Mutuales, EMP, OSN y OSP, valor unitario a Diciembre de cada año del arancel del Día Cama (Pensión), lo que permitió obtener, no solo la tasa de aumento anual, sino también el numero de veces en el año en que se produjeron incrementos de dicho arancel.
 - Respecto de las EMP, OSN y OSP, promedio de días de demora en la cobranza de la facturación.
- **Resultados obtenidos:**
 - Es interesante observar como a partir de la Etapa 2 se verifican los siguientes comportamientos:
 - En términos generales, hubo una tendencia al alza en la cantidad de aumentos en los aranceles.
 - Por su parte, respecto de las ART, su porcentaje de facturación se vio incrementado, lo cual, como se verá mas adelante en VII. E), esta vinculado a la incidencia que dicha cobertura sobre cada trabajador en relación de dependencia tiene en los costos laborales.
 - A pesar de que en promedio los plazos de pago no variaron significativamente, la relevancia de las OSN ve vio disminuida, no solo en relación a la facturación total sino también a la cantidad de entidades entre las de mayor envergadura.
 - En cambio, las EMP no cesaron su continuo crecimiento, el cual fue acompañado de sutiles disminuciones en los plazos de cobranza.
 - Para el caso del valor unitario de la Pensión, en el año 2009 (salvo para las Cooperativas y Mutuales donde se analizo particularmente a AMEBPBA) también se registraron aumentos pero con una tasa marcadamente decreciente y una cantidad anual de subas de aranceles inferior al promedio; este comportamiento se observa reflejado en la tasa de inflación de dicho año, que tanto para el INDEC (Rubro Salud) y las Consultoras Privadas, fue la menor de la Etapa.
 - De igual manera, se puede concluir que el proceso inflacionario no causo ningún efecto en la relación del Prestador con IOMA ya que,

dada su magnitud en el ámbito de la PBA, su relevancia en la facturación global ha sido constante en todo el periodo bajo análisis, no obstante los atrasos en las cobranzas y los escasos aumentos de arancel.

VII. B) II. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

- **Objetivo:** determinar como las subas en los valores de los aranceles influyo en la modalidad de facturar y negociar los mismos por parte del Prestador y sus Financiadores.
- **Observaciones:**
 - Las formas de facturación por Módulos o por Prestación son utilizadas exclusivamente en el caso de prácticas quirúrgicas u oncológicas (sesiones de quimioterapia); no obstante, en esta investigación dichos porcentajes se calcularon en función a lo facturado por el total de las prestaciones debido a su posibilidad comparativa con el modelo de Facturación por Cápita.
 - Se han excluido del análisis a la OSP y las Empresas Varias ya que su método de facturación no es comparable al resto de las instituciones.
- **Datos recolectados:** facturación anual (en Pesos) de cada tipo de modalidad, lo que permitió obtener la proporción de cada una en relación al total facturado.
- **Resultados obtenidos:**
 - Los primeros años de la Etapa 1 es donde se observa una mayor utilización de la Facturación por Capitá, muy probablemente sostenido por la necesidad del Prestador de contar con una cantidad fija de ingresos en un periodo marcado por la incertidumbre financiera.
 - Respecto a las prácticas quirúrgicas con internación, a partir de la Etapa 2 se verifica la importancia adoptada por las EMP y su preferencia de contratar mediante Módulos, donde el riesgo del control de costos recae sobre el Prestador.

VII. C) ESTUDIO DE CASO: ANEXO III

- **Objetivo:** definir el efecto producido por los aumentos en los precios sobre la demanda de atención sanitaria.

- **Observaciones:** se ha tomado como única variable de estudio a las consultas de guardia efectuadas por pacientes particulares, esto debido a los siguientes motivos:
 - La necesidad de atenderse por decisión propia mediante un servicio siempre disponible, no se ve distorsionada como el resto de las prestaciones médicas, en donde el profesional actúa como agente de la demanda del paciente.
 - El hecho no de poseer cobertura por ningún Financiado al momento de recibir la atención por guardia (puede darse el caso que posteriormente se realice un trámite por reintegro) facilita la investigación, de modo que no existe ningún intermediario que condicione la operación.
- **Datos recolectados:**
 - Cantidad anual de consultas de guardia efectuadas por pacientes particulares, lo que permitió obtener el porcentaje de variación en dicha cantidad.
 - Precio unitario facturado y su porcentaje de aumento anual.
 - Elasticidad precio de la demanda.
- **Resultados obtenidos:** a través del citado análisis, puede demostrarse lo ya verificado por la teoría económica:
 - A pesar del intento de trasladar hacia el campo convencional del mercado de bienes y servicios una demanda de atención sanitaria, esta no sufre, ante variaciones en los precios, una significativa variación en su cantidad demandada.

VII. D) ESTUDIO DE CASO: ANEXO IV

- **Objetivo:** determinar el impacto de la inflación en los costos sanatoriales.
- **Observaciones:**
 - El Prestador dispone su estructura de costos en función de 6 Departamentos principales, cada uno expresado de acuerdo a su unidad de referencia:
 - Clínica e Internación: Día Cama
 - Cirugía: Hora Quirófano
 - Unidad de Terapia Intensiva (UTI): Día Cama
 - Neonatología: Día Cama
 - Guardia: Consulta

- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP): Día Cama
- **Datos recolectados:**
 - Costos Anuales por Departamento clasificados en:
 - Directos Variables
 - Imputados en forma directa: Elementos de Higiene – Insumos, Lavadero y Ropa Sanitaria, Alimentos, Oxígeno, Residuos Patológicos, Medicamentos y Descartables, Honorarios Instrumentadoras
 - Indirectos Variables
 - Proporcional al uso de cada depto.: Oxígeno Líquido
 - Según superficie propia + espacios comunes: Gastos de Mantenimiento, Artículos de Limpieza Grales.
 - Directos Fijos
 - Imputados en forma directa: Sueldos Brutos Directos, Mano de Obra Adicional (MOA), Cargas Sociales, Bonificaciones No Remunerativas, Gastos Varios
 - Según superficie propia: Gas, Amortizaciones Espacios Propios, Impuesto Inmobiliario, Tasa de Servicios Urbanos (TSU), Seguros de Comercio (espacios propios)
 - Según consumo (KW): Energía Eléctrica
 - Según personal afectado al sector: Seguros del Personal
 - Indirectos Fijos
 - Diversos parámetros de distribución: Sueldos Brutos, MOA, Bonificaciones No Remunerativas, Cargas Sociales y Gastos Varios de cada Servicio de Apoyo a los Departamentos Principales
 - Proporcional a la utilización de cada depto.: Agua y Teléfono
 - Proporcional a los costos directos de cada depto.: Gastos Administrativos, Gastos de Gestión
 - Según superficie espacios comunes: Energía Eléctrica, Gas, Amortizaciones, Vigilancia,

Impuesto Inmobiliario, TSU, GMP, Impuesto a los Bienes Personales, Seguros de Comercio y de Responsabilidad Civil (espacios comunes)

- Las Unidades Máximas Posibles (80%) expresadas anualmente.
- Las Unidades Totales Utilizadas (Reales) y las Unidades Totales Posibles (100%), cuyo cociente permite obtener el factor de ocupación promedio (anual) de cada departamento (salvo para el depto. de Guardia cuyas unidades de referencia serán siempre coincidentes con las reales).
- El Costo Unitario Total (Fijo + Variable) de cada departamento (considerando Unidades Reales Utilizadas).
- El Costo Unitario Total de cada departamento excepto la Guardia (considerando el 80% de la capacidad total).
- **Resultados obtenidos:**
 - Considerando Unidades Reales Utilizadas:
 - Se hace evidente que a partir de la Etapa 2 el esfuerzo económico por mantener operativo cada departamento (porción fija de los costos totales) se torna mas arduo y complejo, lo cual esta íntimamente relacionado con el crecimiento sostenido (como se vera mas adelante) de los costos laborales en cada unidad productiva.
 - Prueba de lo expuesto anteriormente, es el hecho de que si se estudia el año con más cantidad de Unidades Reales (mayor factor de ocupación promedio de todos los departamentos), se obtiene uno de los mas bajos promedios de costos totales del periodo bajo análisis.
 - Por otra parte, al efectuar una comparación con la Tasa de Inflación Anual (Anexo I), solo se verifica una simetría en el comportamiento de ambas variables en la Etapa 1, donde los promedios de aumento no son del todo elevados.
 - Considerando Unidades Máximas Posibles:
 - Al contar en este caso con una variable de referencia fija, se observa como la evolución de los costos de cada departamento es comparable con cada una de las Etapas Inflacionarias consideradas
 - Si se analiza particularmente al servicio de UTI, las Unidades Máximas fueron siendo disminuidas progresivamente, lo cual,

si esto es tomado como una política de reducción de costos, no ha sido favorable, debido a la fuerte incidencia de los costos fijos en el componente total.

VII. E) ESTUDIO DE CASO: ANEXO V

- **Objetivo:** establecer el alcance de los incrementos salariales.
- **Observaciones:**
 - En primer lugar el estudio del aumento en los costos laborales se fundamento desde el punto de vista del Prestador; no obstante, adicionalmente, se considero oportuno brindar una descripción de cómo tales aumentos son absorbidos por los empleados y como interactúa en este ámbito la Ilusión Monetaria en los sueldos.
 - A los efectos de analizar esto último se tomo la decisión de utilizar 2 variables:
 - La primera de ellas es la solicitud de Anticipos de Sueldos, la cual miden de alguna forma la incapacidad que tiene el Sueldo Neto (o de bolsillo) de satisfacer al empleado.
 - Por otro lado, la retención efectuada a los empleados por Impuesto a las Ganancias (4° categoría), concepto que sin duda disminuye el total a percibir.
- **Datos recolectados:**
 - Cantidad anual promedio de empleados en relación de dependencia.
 - Sueldo Básico de la categoría Enfermera de Piso vigente a Diciembre de cada año según el CCT 122/75.
 - Promedio mensual de cada año calendario:
 - Sueldo Neto (Total y Unitario)
 - Sueldos (Haber con descuento y exentos) y Cargas Sociales (Total y Unitario)
 - Anticipos de Sueldo (Total y Unitario)
 - Retención de Impuesto a las Ganancias (Total y Unitario)
- **Resultados obtenidos:**
 - Respecto a la incidencia sobre el Prestador se concluyen algunas cuestiones de importancia:
 - A pesar de la coyuntura inflacionaria y el elevado costo unitario, la nomina de empleados nunca ha dejado de crecer.

- El aumento promedio de las escalas salariales (básico) no es acompañada por el costo laboral global (sueldos totales + cargas sociales); esto debido a que, como se explicara en el cuerpo teórico de esta investigación, el Prestador bajo análisis se encuentra amparado en la Ley de Emergencia Económica y determinados incrementos no son absorbidos por las Contribuciones a la Seguridad Social.
- Sin embargo, el promedio acumulado de estas subas si son consecuentes con su correlativo impacto en los costos totales y explican la directa trascendencia que tienen los recursos humanos sobre el desarrollo y funcionamiento de esta empresa en particular.
- Respecto al impacto sobre los empleados (en teoría beneficiarios de estos convenios), puede determinarse la existencia de una matizada Ilusión Monetaria, no solo porque a pesar de los aumentos recibidos, el sueldo de bolsillo se verifica insuficiente (las solicitudes de Anticipos de Sueldo no cesan año tras año), sino porque gracias a dichos aumentos y a un retraso arbitrario de la legislación impositiva, las retenciones sobre el salario tampoco han dejado de aumentar.

VII. F) ESTUDIO DE CASO: ANEXO VI

- **Objetivo:** analizar las consecuencias contables de no efectuar el Ajuste por Inflación en la preparación de Estados Contables.
- **Observaciones:**
 - Los ejercicios contables concluyen el 31 de Octubre de cada año.
 - El Prestador ha presentado sus balances ajustados por inflación hasta el ejercicio finalizado el 31/10/2005 (inclusive); durante los ejercicios siguientes se ha discontinuado su realización.
 - A partir del balance finalizado el 31/10/2006 (inclusive), a fines pedagógicos y comparativos, a cargo del presente EDC se han llevado a cabo ajustes por inflación de los saldos a fecha de cierre de cada ejercicio contable; consideraciones:
 - Rubros No Monetarios: Bienes de Cambio, Bienes de Uso, Aportes de los Propietarios, Ganancias Reservadas, Resultados No Asignados (RNA), Servicios Prestados y Otros Ingresos, Costo de los Servicios, Gastos.

- El coeficiente corrector utilizado para el ejercicio finalizado el 31/10/2006 es el IPC GBA (Rubro Atención Médica y Gastos de la Salud) del INDEC (Anexo I).
 - El coeficiente corrector utilizado para los ejercicios siguientes es un promedio de aquellos efectuados por Consultoras Privadas (Anexo I).
 - Los Bienes de Cambio se valúan al Costo Última Compra y sus existencias finales se consideran incorporadas al patrimonio en Octubre de cada año (partida expresada en moneda de cierre).
 - Bienes de Uso reexpresados a Moneda Constante= {Saldo Final Ejercicio Anterior X OCT2/OCT1} + {[Existencia Final (EF) – Existencial Inicial (EI)] X OCT2/PROMEDIO(NOV1 A OCT2)} = Ajuste Saldo Final Ejercicio Anterior + Incorporaciones del Presente Ejercicio
 - Aportes de los Propietarios y Saldo Inicial de RNA reexpresados a Moneda Constante= {Saldo Final Ejercicio Anterior X OCT2/OCT1} = Ajuste Saldo Final Ejercicio Anterior
 - Ganancias Reservadas reexpresadas a Moneda Constante= {Saldo Final Ejercicio Anterior X OCT2/OCT1} + {Constitución Reservas X OCT2/OCT1} = Ajuste Saldo Final Ejercicio Anterior + Incorporaciones del Presente Ejercicio
 - Servicios Prestados y Gastos reexpresados a Moneda Constante: {Saldo Final del presente ejercicio X OCT2/PROMEDIO(NOV1 A OCT2)} = Ajuste Saldo Final Ejercicio Actual
 - Costos de los Servicios (CSP) reexpresados a Moneda Constante= {EI X OCT2/OCT1} + {[CSP – EI + EF] X OCT2/PROMEDIO(NOV1 A OCT2)} – EF = EI + Compras del Ejercicio – EF
- **Datos recolectados:**
 - Estados Contables periodo 2002 – 2013 expresados a Moneda Histórica y Constante:
 - Estado de Situación Patrimonial
 - Estado de Evolución del Patrimonio Neto
 - Estado de Resultados
 - Resultado por Exposición a la Inflación (REI)

- Análisis de Estructura Patrimonial (Vertical).
- Análisis de Tendencia Patrimonial (Horizontal).
- Índices (ratios):
 - Financieros (Corto Plazo)
 - Patrimoniales (Largo Plazo)
 - Económicos (Análisis del Estado de Resultados)
- **Resultados Obtenidos:**
 - Si se centra el foco de atención en el Resultado del Ejercicio, puede observarse con claridad las consecuencias de no efectuar el Ajuste por Inflación correspondiente:
 - A lo largo de todo el periodo analizado, puede observarse como el superávit económico (a pesar del contexto inflacionario imperante) es relativamente estable, siendo el coeficiente entre este y el total de Servicios Prestados del periodo nunca superior al 3% anual.
 - En cambio, si se exponen los saldos ajustados y el REI correspondiente, se verifica, que salvo en los primeros años de la Etapa 2, el Resultado del Ejercicio es radicalmente superior (en la Etapa 0, en el año 2006 donde el ajuste comenzó a estar a cargo de este EDC y en los últimos años de la Etapa 2) o totalmente opuesto (Etapa 1).
 - Las divergencias vuelven a manifestarse si, como se profundizara mas adelante, se estudia la composición patrimonial:
 - En los balances expresados a moneda histórica la estructura del patrimonio se mantiene durante todas las etapas en cuanto a una relativa paridad entre los Activos Corrientes (AC) y no Corrientes (ANC), y un Patrimonio Neto (PN) cuya magnitud va decreciendo hacia una proporción aproximada del 20% respecto de los bienes totales de la empresa.
 - Por otro lado, en aquellos balances expresados a moneda constante, la distribución del Activo esta representada en aproximadamente 2/3 por el ANC (en donde incide fundamentalmente la reexpresión de partidas muy anticuadas correspondientes a los saldos de los Bienes de Uso), mientras que el PN alcanza casi una porción estable del 60% del Patrimonio, esta situación radicada en el hecho de la

- consideración de los saldos del Pasivo como Rubros Monetarios y expuestos a la inflación.
- Para el caso particular de la utilización de índices financieros a corto plazo, como las variables intervinientes están representadas en todos los casos por Rubros Monetarios, la incidencia de la moneda a utilizar es neutra ya que estas relaciones siempre serán exteriorizadas respecto de saldos actuales expuestos a la inflación.
 - No obstante, se observa como los altas tasas inflacionarias sufridas en la Etapa 0 y al finalizar la Etapa 2, pueden haber provocado un Índice de Liquidez Corriente inferior a la unidad, es decir que por cada peso de Pasivo a cancelar en el corto plazo (máximo 1 año), la empresa no posee su equivalente en disponibilidades liquidas.
 - Si en cambio se pretende hacer uso de los Índices Patrimoniales o Económicos para la posterior toma de decisiones, los coeficientes obtenidos son fuertemente influenciados por la realización o no de los ajustes correspondientes:
 - Los resultados obtenidos del análisis efectuado de los Índices Patrimoniales arrojarían una situación totalmente opuesta de tratarse de balances ajustados por inflación o de saldos expresados en moneda histórica, ya que respecto de estos últimos (a diferencia de los primeros), el contexto financiero es bastante crítico: un índice de solvencia inferior a la unidad (y expuesto horizontalmente, decreciente), y un índice de endeudamiento desfavorable que refleja una creciente dependencia del capital ajeno.
 - Por otra parte, y como ya se explico con anterioridad, el grado de inmovilización de la inversión es muy superior en aquellos balances a moneda constante, esto debido a los ajustes realizados al rubro Bienes de Uso.
 - Por ultimo, y si bien la Rentabilidad Bruta para ambos Estados Contables se ha mantenido constante a lo largo de todo el periodo, la Rentabilidad Neta y del PN, ambas influenciadas por el Resultado del Ejercicio (y en su caso por el REI) son sustancialmente superiores (en la Etapa 0, en el año 2006 donde el ajuste comenzó a estar a cargo de este EDC y en los

últimos años de la Etapa 2) o totalmente opuestas (Etapa 1) en aquellos balances reexpresados.

VII. G) CONSIDERACIONES FINALES Y SOLUCIONES RECOMENDADAS

A lo largo de esta investigación se ha pretendido describir, analizar y puntualizar los efectos que la inflación ha estado provocando no solo en los comportamientos financieros y operativos de los agentes económicos sino también en la información contable de los que estos se nutren para la toma de sus decisiones.

En principio, pudo verificarse como el proceso inflacionario determino la forma en que el Prestador Privado se relaciono con el Subsistema de Salud del que forma parte. Si bien fue un periodo signado por las fricciones y negociaciones en materia de suba de aranceles, se potenciaron los vínculos con las EMP, no solo en los volúmenes de facturación respecto de otros tipos de financiadores, sino también en las modalidades de contratación, en las que predomino en la última etapa la Facturación Por Módulos. Estas cuestiones reflejan la magnitud y trascendencia comercial que en la actualidad tienen las EMP (a pesar de sus reclamos y vaivenes con el Estado Nacional) sobre los Prestadores en general.

Por otra parte, se concluyo a partir del EDC, lo ya adelantado en la exposición teórica: la demanda de atención sanitaria no sufre, ante variaciones en los precios, una significativa variación en su cantidad demandada.

Respecto a la inflación del lado de la oferta originada por el alza de los costos de producción de los servicios de salud, pudo determinarse como durante todo el periodo bajo análisis y particularmente a partir del año 2007 (Etapa 2), los costos fijos de cada departamento productivo fueron creciendo progresivamente, esto provocado en su gran mayoría por la influencia de los sucesivos incrementos en los costos laborales.

Sin embargo, hay que destacar que si se basa el estudio en el promedio de aumentos acumulados a lo largo de todo el periodo, los porcentajes incrementales en los Costos (totales y laborales) y Facturación son equivalentes entre si, pero además superiores a la Tasa de Inflación Anual Acumulada. Entonces, si se adiciona que ningún Balance presentado por el Prestador Privado objeto del EDC ha sido negativo, podría afirmarse que los efectos de la inflación no solo no han sido desfavorables sino todo lo contrario. No obstante, si el diagnostico se restringiera solo a estos factores se caería en una simplificación bastante peligrosa.

Si bien la facturación ha llegado a niveles que alcanza para hacer frente al aumento correlativo en los costos, también a aumentado la proporción que sobre dicho volumen facturado le corresponde a terceros (Profesionales, Servicios Tercerizados y Estado

vía impuestos), lo cual ha quedado perfectamente reflejado en el Análisis (vertical) de la Estructura Patrimonial (Anexo VI) por el creciente aumento de la proporción de las Deudas (comerciales, bancarias, sociales y fiscales) sobre la correspondiente al PN y los (crecientes) Índices Patrimoniales de Dependencia y Endeudamiento.

Por otra parte, a pesar de la importancia que las EMP han adquirido en los últimos años, y todas las derivaciones que de ello se han producido, el financiador de mayor relevancia para los Prestadores sigue siendo IOMA, cuyos aranceles son los más bajos y plazos de cobranza más lejanos.

A los referidos problemas coyunturales se le agregan los estructurales del Sector. Uno de los de mayor relevancia es la falta de definición de la actividad de Salud como prioritaria en orden al Bien Público. No se debe olvidar que el Sector Privado está reemplazando o compensando carencias del Sistema Estatal.

Finalmente, como se ha comprobado empíricamente (Anexo VI), la información contable no refleja adecuadamente como debiera una aproximación a la realidad, estando la moneda expresada en momentos de diferente poder adquisitivo. Se enuncian a continuación algunas medidas tendientes a acabar o por lo menos atenuar este flagelo:

- El reconocimiento de los efectos de la inflación debiera efectuarse en forma permanente utilizando el Método Integral dispuesto por la RT 6: para alcanzar el requisito de comparabilidad es imprescindible que todos los datos que integran un juego de estados contables estén expresados en moneda homogénea, preferentemente en moneda de cierre. Para lograrlo debe aplicarse el mecanismo de ajuste integral por inflación, que responde a los siguientes conceptos generales:
 - Deben reemplazarse en la unidad de medida homogénea adoptada aquellas mediciones que se encuentren expresadas en moneda heterogénea.
 - Las nuevas mediciones así obtenidas reciben el tratamiento que les corresponde de acuerdo con el modelo contable a aplicar.
 - A los efectos de reexpresar en moneda constante las distintas partidas o rubros integrantes de los estados contables deben aplicarse los siguientes pasos:
 - Segregar los componentes financieros implícitos contenidos en los saldos de las cuentas patrimoniales y de resultados.
 - Las partidas expresadas en moneda de cierre no deben reexpresarse.

- Las partidas expresadas en moneda de fecha anterior al cierre, deberán reexpresarse en moneda de cierre del siguiente modo:
 - Eliminación de los ajustes parciales contabilizados para reflejar el efecto de la inflación, a fin de evitar su duplicación.
 - Determinación del momento o período de origen de las partidas (anticuación).
 - Cálculo de los coeficientes de reexpresión aplicables.
 - Aplicación de los coeficientes de reexpresión a los importes de las partidas anticuadas, a efectos de reexpresarlas en moneda de cierre.
- En ningún caso los valores determinados para los diversos activos -por aplicación de las normas precedentes- podrán exceder a su valor recuperable, individualmente o en conjunto, según lo indiquen las normas contables.
 - El índice a emplear será el resultante de las mediciones del índice de precios internos al por mayor (IPIM) del INDEC.
 - Los coeficientes aplicables a las distintas partidas resultan de dividir el valor del índice correspondiente a la fecha de cierre por el valor del índice correspondiente a la fecha o período de origen de la partida.
- La medición del Capital a Mantener debe efectuarse en moneda homogénea, es decir, que de acuerdo al modelo contable establecido en la RT 16, el capital financiero (el invertido en moneda), debe expresarse de acuerdo al poder adquisitivo de la fecha a la cual corresponde. Por lo tanto, y teniendo en cuenta el contexto actual, no debiera prohibirse la aplicación del Ajuste Integral por Inflación explicado en el punto anterior.
- En el caso de reexpresión de estados contables, luego de un período sin ajuste, las partidas patrimoniales, expresadas en monedas de diferente poder adquisitivo, debieran reexpresarse desde el último momento en que se practicó el ajuste por inflación. La contrapartida de dicho ajuste debiera afectar los resultados acumulados al inicio.
- Se recomienda que los Bienes de Uso sean revaluados de acuerdo a la RT 31: el empleo de un modelo de revaluación implica que los activos sobre los que resulta aplicable el referido modelo puedan ser medidos a partir de valores del momento en el cual se practica la medición (valores corrientes). En el caso

particular del modelo de revaluación empleado por la RT 31 ese valor se encuentra representado en el valor razonable asignable a los activos a la fecha en que la revaluación tiene lugar. Por lo tanto, se concluye en que la adopción del modelo de reevaluación aplicable a los bienes de uso, introducida por la RT 31, ha de ser muy bien recibida por muchos entes que, por aplicación del criterio de medición al costo (Ver Anexo VI – Análisis de Estructura Patrimonial en Moneda Histórica), reflejaban un patrimonio muy alejado de su valor de mercado, enfrentando de este modo inconvenientes para lograr financiación y calificar para ciertos tipos de negocios.

Tal como se ha expuesto en líneas anteriores, si bien el efecto inflacionario afecta no solo las formas en que el Prestador se relaciona comercialmente, sino también su estructura de costos (especialmente aquellos que se mantienen constantes de acuerdo al nivel de actividad), no condiciona directamente el comportamiento financiero y económico de las empresas (o por lo menos a aquella objeto del EDC); esto puede explicarse o deberse a las teorías expuestas sobre el carácter dinámico de la inflación y las expectativas racionales donde su funcionamiento depende del grado de adaptación de las empresas al medio en el que se desarrollan. Sin embargo, dicha actuación también está subordinada a que las mismas puedan contar con información contable sobre las distintas variables económicas logrando tomar decisiones anticipadas y de esta forma neutralizar los efectos negativos que puedan derivarse de amenazas como lo es el fenómeno inflacionario.

Por lo tanto, y concluyendo, la profesión en Ciencias Económicas no puede continuar aceptando que los Estados Contables no reflejen los efectos significativos de la inflación y avalar dicha situación con opiniones favorables en los Informes de Auditoría.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Antonelli, Eduardo (2005), *“La Inflación y los Salarios”*, en: Actualidad Económica, N° 56, p. 21-24
- Apella, Ignacio (2009), *“Estimación de la Función de Demanda de Salud. El Caso Argentino”*, en: Nuevos Documentos CEDES, N° 59, Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
- Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (CENDA) (2008), *“La inflación, sus causas y los debates en torno a una política anti-inflacionaria”*, en: Notas de la Economía Argentina, N° 5, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): CENDA, p. 13 a 21
- Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Buenos Aires, *Las Dimensiones de la Salud*, en: http://www.cpba.com.ar/Biblioteca_Virtual/Publicaciones/Informes_Coyuntura/2009_Las_dimensiones_de_la_salud.pdf
- Díaz, Francisco (2009), *“Seis Años de Retrasos de Precios en Salud”*, en: Revista Médicos, N° 54, p. 28
- Diez, Julio (2007), *“Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Sistemas Prepagos de Salud”*, en: Serie de Seminarios de Salud y Política Pública, Buenos Aires: CEDES
- Fernández, Analía, Martín, Oscar, Nannini, María y Vázquez, Claudia (2007), *“El problema de la unidad de medida: pautas para la aplicación del Ajuste Integral por Inflación en diversos contextos”*, en: XXVIII Jornadas Universitarias de Contabilidad (Mar del Plata), Universidad Nacional de Rosario: Facultad de Ciencias Económicas y Estadísticas
- Fowler Newton, Enrique (2002), *Contabilidad con Inflación*; Buenos Aires, Editorial La Ley, 221 p.
- Gilardo, Hernán, *Ante la inflación, las empresas se financian postergando el pago de impuestos*, en: <http://www.fecliba.org.ar/index/home/documentacion/Impositivos08/Interes/parrafosDownloads/01119/document/Ante%20la%20inflaci%C3%B3n%20las%20empresas%20se%20financian%20postergando%20el%20pago%20de%20impuestos.pdf>
- González, José María (2007), *“Impacto en el modelo contable argentino por el no reconocimiento de la inflación”*, en: XXVIII Jornadas Universitarias de

Contabilidad (Mar del Plata), Facultad de Ciencias Económicas: Facultad Nacional de Entre Ríos

- Hirsch, Pablo (2012), *¿Cómo nos impacta desde el punto de vista psicológico la inflación?*, en: <http://www.pablohirsch.com/1/post/2012/06/cmo-nos-impacta-desde-el-punto-de-vista-psicologico-la-inflacin.html>
- iProfesional.com (2009), *La ilusión del dinero: el cerebro prefiere los sueldos altos a pesar de la inflación*, en: <http://www.iprofesional.com/notas/80234-La-ilusin-del-dinero-el-cerebro-prefiere-los-sueldos-altos-a-pegar-de-la-inflacin>
- Lobo, Félix, Alvarez, Begoña y Pellisé, Laura (2000), *“Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)”*, en: Revista Panamericana de Salud Pública, N° 8, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Mammoni, Gustavo (2009), *“La Salud No Forma Parte de la Agenda del Estado”*, en: Revista Médicos, N° 53, p.30.
- Mammoni, Gustavo y Jañez, Jorge (2007), *“Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Prestadores de Salud”*, en: Serie de Seminarios de Salud y Política Pública, Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
- Mochón Morcillo, Francisco y Becker, Víctor Alberto (2008), *Economía: Principios y Aplicaciones*; México, Editorial McGraw Hill, 619 p.
- Nannini, María Susana y Otros, *El Problema de la Unidad de Medida: Pautas para la Aplicación del Ajuste Integral por Inflación en Diversos Contextos*, en: http://www.fce.unam.edu.ar/iiec/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=35&Itemid=3
- Otero, Ricardo, *Oferta, Demanda y Calidad de Atención Médica*, en: <http://www.itaes.org.ar/BIBLIOTECA/OfertademandayQ.pdf>
- Pichon-Riviere, Andrés y Otros, *Base de Datos de Costos Sanitarios Argentinos*, en: http://www.iecs.org.ar/metodologia_BDCU_oct_2006.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD Argentina), OPS, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2011: El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo, Logros Alcanzados y Desafíos Futuros*, Buenos Aires: PNUD
- Tealdo, Julio (2006), *“La inflación, ¿un fenómeno que nos afecta a todos?”*, en: El Santafesino, Santa Fe

- Temporelli, Karina (2008), *“Análisis de la demanda de asistencia sanitaria: la utilidad del médico como determinante”*, en: Ensayos de Economía de la salud, p. 247 – 276, Buenos Aires: Del Rey, Cleto y Paz, Jorge
- Tobar, Federico (2002), *“Economía del Hospital”*, en: Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio, Rosario: Bascolo Ernesto
- Tobar, Federico (2009), *“Historia de la Demanda en Salud”*, en: Revista Médicos, N° 53, Buenos Aires: Sabatini, Jorge
- Tobar, Federico Rosenfeld, Nicolás y Reale, Armando (1998); *“Modelos de Pago en Servicios de Salud”*, en: Cuadernos Médicos Sociales, N° 74, Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte
- Velarde, Martín y Montico, Eduardo (2008), *“Una Propuesta de Costos para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Costos por Paciente y Patología”*, en: Asociación Uruguay de Costos; Uruguay
- Zallenato, Hernán (2007), *“Método para la asignación de recursos económicos en sistemas capitados”*, en: Revista ISALUD, Año II, N° 6, Buenos Aires: Instituto Universitario ISALUD

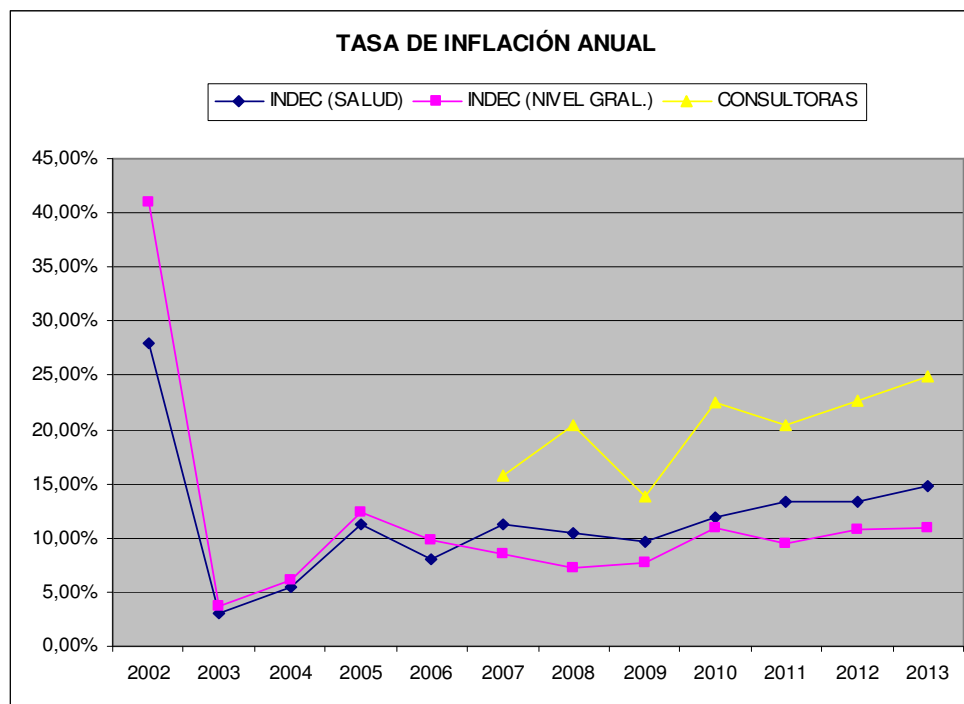
ANEXO I

A) EVOLUCION DE LA TASA DE INFLACION: PERIODO 2002 – 2013

AÑO	TASA DE INFLACION ANUAL		
	INDEC (1)		CONSULTORAS PRIVADAS (2)
	ATENCION MEDICA Y GASTOS PARA LA SALUD	NIVEL GENERAL	
2002	27,89%	40,95%	
2003	3,06%	3,66%	
2004	5,49%	6,10%	
2005	11,26%	12,33%	
2006	8,03%	9,84%	
2007	11,29%	8,47%	15,75%
2008	10,46%	7,24%	20,40%
2009	9,62%	7,69%	13,90%
2010	11,86%	10,92%	22,45%
2011	13,36%	9,51%	20,41%
2012	13,33%	10,84%	22,69%
2013	14,72%	10,95%	24,92%

(1) FUENTE: INDEC: Empalme de las Series Base 1943, 1960, 1974, 1988 y 1999 con la Serie Base abril 2008=100

(2) FUENTE: Promedio calculado entre mediciones efectuadas por las siguientes consultoras: Buenos Aires City, Estudio Bein, Ecolatina e IPC Congreso



ANEXO II: ESTUDIO DE CASO

A) EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES COMERCIALES CON LOS DIVERSOS TIPOS DE FINANCIADORES

TIPO DE FINANCIADOR	ASEGURADORAS DE RIESGOS DE TRABAJO (A)			COOPERATIVAS, MUTUALES, ASOC. CIVILES Y FUNDACIONES (B)			EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (C)				
	AÑO	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	COB. (J)
	2002	\$ 117.828,05	1,68%	0	\$ 316.610,66	4,51%	0	\$ 2.682.535,87	38,21%	4	65
	2003	\$ 141.516,36	1,66%	0	\$ 533.959,99	6,27%	1	\$ 3.351.921,73	39,34%	5	70
	2004	\$ 112.928,40	1,03%	0	\$ 572.356,73	5,23%	0	\$ 4.031.577,61	36,85%	6	66
	2005	\$ 132.206,17	1,09%	0	\$ 752.401,48	6,21%	0	\$ 5.331.817,61	43,98%	7	57
	2006	\$ 382.616,23	2,33%	0	\$ 861.574,18	5,24%	0	\$ 6.257.595,02	38,06%	5	57
	2007	\$ 805.648,38	3,69%	0	\$ 691.632,10	3,17%	0	\$ 8.459.565,26	38,80%	5	54
	2008	\$ 1.260.369,98	4,32%	0	\$ 724.205,87	2,48%	1	\$ 12.296.759,13	42,12%	6	52
	2009	\$ 1.764.790,81	5,28%	0	\$ 1.493.443,27	4,47%	0	\$ 14.915.230,97	44,62%	7	53
	2010	\$ 1.864.827,33	4,22%	0	\$ 1.325.565,96	3,00%	0	\$ 20.018.509,31	45,31%	7	48
	2011	\$ 2.334.718,24	3,88%	0	\$ 3.197.037,02	5,31%	1	\$ 27.312.572,92	45,37%	7	49
	2012	\$ 4.214.997,56	5,12%	0	\$ 3.774.583,06	4,59%	0	\$ 37.057.740,35	45,04%	7	46
	2013	\$ 6.865.862,56	6,33%	0	\$ 3.975.117,60	3,66%	0	\$ 53.703.196,10	49,48%	7	45

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

A) EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES COMERCIALES CON LOS DIVERSOS TIPOS DE FINANCIADORES (continuación)

TIPO DE FINANCIADOR	OBRA SOCIALES NACIONALES (D)				OBRA SOCIALES PROVINCIALES (E)				OTRAS (F)			
	AÑO	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	COB. (K)	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	COB. (L)	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)
	2002	\$ 1.974.953,74	28,13%	5	72	\$ 1.547.454,13	22,04%	1	84	\$ 381.571,76	5,43%	0
	2003	\$ 2.229.862,32	26,17%	3	61	\$ 1.932.546,77	22,68%	1	80	\$ 329.839,47	3,87%	0
	2004	\$ 2.584.868,91	23,63%	3	52	\$ 3.031.968,74	27,71%	1	70	\$ 606.667,43	5,55%	0
	2005	\$ 2.630.251,89	21,70%	2	53	\$ 2.857.089,91	23,57%	1	59	\$ 418.428,49	3,45%	0
	2006	\$ 4.485.359,29	27,28%	4	46	\$ 3.662.977,66	22,28%	1	58	\$ 792.870,12	4,82%	0
	2007	\$ 6.484.914,88	29,74%	4	52	\$ 4.422.430,87	20,28%	1	70	\$ 939.661,25	4,31%	0
	2008	\$ 6.675.151,53	22,87%	2	55	\$ 6.991.726,09	23,95%	1	72	\$ 1.244.577,24	4,26%	0
	2009	\$ 5.339.504,10	15,97%	2	47	\$ 8.096.840,15	24,22%	1	75	\$ 1.815.940,39	5,43%	0
	2010	\$ 7.999.482,45	18,11%	2	50	\$ 10.405.520,48	23,55%	1	81	\$ 2.568.172,87	5,81%	0
	2011	\$ 9.187.788,97	15,26%	1	55	\$ 14.336.571,60	23,82%	1	74	\$ 3.827.689,07	6,36%	0
	2012	\$ 15.084.300,88	18,33%	2	52	\$ 18.003.694,52	21,88%	1	76	\$ 4.138.973,79	5,03%	0
	2013	\$ 17.980.344,50	16,57%	2	54	\$ 20.221.444,96	18,63%	1	74	\$ 5.780.170,34	5,33%	0

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

A) EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES COMERCIALES CON LOS DIVERSOS TIPOS DE FINANCIADORES (total)

AÑO	\$ (G)	% (H)	TOP TEN (I)	% AUMENTO DE FACT.
2002	\$ 7.020.954,21	100,00%	10	-5,05%
2003	\$ 8.519.646,64	100,00%	10	21,35%
2004	\$ 10.940.367,82	100,00%	10	28,41%
2005	\$ 12.122.195,55	100,00%	10	10,80%
2006	\$ 16.442.992,50	100,00%	10	35,64%
2007	\$ 21.803.852,74	100,00%	10	32,60%
2008	\$ 29.192.789,84	100,00%	10	33,89%
2009	\$ 33.425.749,69	100,00%	10	14,50%
2010	\$ 44.182.078,40	100,00%	10	32,18%
2011	\$ 60.196.377,82	100,00%	10	36,25%
2012	\$ 82.274.290,16	100,00%	10	36,68%
2013	\$ 108.526.136,06	100,00%	10	31,91%
				309,16%

REFERENCIAS

- (A) PROVINCIA ART, SMG ART, LA CAJA ART, ASOCIART, MAPFRE ARG. Y OTRAS
 (B) A.M.E.B.P.B.A., JERARQUICOS SALUD, FUNDACION COMEI, CAJA DE ABOGADOS, COLEGIO DE ESCRIBANOS Y OTRAS
 (C) OSDE, MEDICUS, OMINT, MEDIFE, GALENO, SWISS MEDICAL, SAMI, THEMA Y OTRAS
 (D) OSARPYH, LUZ Y FUERZA, OSPSA, UNION PERSONAL, SUMA Y OTRAS
 (E) IOMA
 (F) OTROS PRESTADORES Y EMPRESAS VARIAS
 (G) FACTURACION ANUAL
 (H) RANKING DE FACTURACION SEGÚN TIPO DE FINANCIADOR
 (I) CANTIDAD DE TIPO DE FINANCIADORES ENTRE LOS 10 CON MAYOR FACTURACION ANUAL
 (J) VALOR UNITARIO DEL ARANCEL DIA CAMA
 (K) TASA DE AUMENTO ANUAL DEL VALOR UNITARIO
 (L) NUMERO DE VECES EN EL AÑO QUE SE PRODUJERON AUMENTOS DEL VALOR UNITARIO
 (M) PROMEDIO DE DIAS DE DEMORA EN LA COBRANZA DE LA FACTURACION (MEDIFE - OSDE - OMINT - SWISS MEDICAL)
 (N) PROMEDIO DE DIAS DE DEMORA EN LA COBRANZA DE LA FACTURACION (OSARPYH - LUZ Y FUERZA)
 (O) PROMEDIO DE DIAS DE DEMORA EN LA COBRANZA DE LA FACTURACION (IOMA)

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

B) EVOLUCIÓN DE LOS ARANCELES

AÑO	COOPERATIVAS, MUTUALES, ASOC. CIVILES Y FUNDACIONES (A)			EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (B)			OBRAS SOCIALES NACIONALES (C)			OBRAS SOCIALES PROVINCIALES (D)		
	\$(E)	% (F)	CANT. AUMEN.(G)	\$(E)	% (F)	CANT. AUMEN.(G)	\$(E)	% (F)	CANT. AUMEN.(G)	\$	% (F)	CANT. AUMEN.(G)
2002	\$ 104,95	6,15%	1	\$ 113,80	0,00%	0	\$ 52,08	0,00%	0	\$ 75,00	0,00%	0
2003	\$ 104,95	0,00%	0	\$ 126,75	11,38%	1	\$ 68,82	32,14%	1	\$ 90,00	20,00%	1
2004	\$ 104,95	0,00%	0	\$ 126,75	0,00%	0	\$ 68,82	0,00%	0	\$ 90,00	0,00%	0
2005	\$ 137,50	31,01%	1	\$ 157,25	24,06%	1	\$ 91,75	33,32%	1	\$ 90,00	0,00%	0
2006	\$ 171,88	25,00%	1	\$ 256,00	62,80%	4	\$ 114,45	24,74%	2	\$ 90,00	0,00%	0
2007	\$ 206,25	20,00%	1	\$ 283,00	10,55%	1	\$ 137,35	20,01%	1	\$ 150,00	66,67%	1
2008	\$ 320,55	55,42%	2	\$ 400,50	41,52%	2	\$ 204,65	49,00%	2	\$ 300,00	100,00%	1
2009	\$ 490,20	52,92%	2	\$ 458,15	14,39%	3	\$ 204,65	0,00%	0	\$ 300,00	0,00%	0
2010	\$ 586,20	19,58%	2	\$ 643,70	40,50%	3	\$ 322,80	57,73%	4	\$ 300,00	0,00%	0
2011	\$ 795,25	35,66%	3	\$ 756,95	17,59%	3	\$ 426,63	32,17%	3	\$ 300,00	0,00%	0
2012	\$ 1.006,04	26,51%	3	\$ 923,35	21,98%	3	\$ 564,19	32,24%	3	\$ 900,00	200,00%	2
2013	\$ 1.257,54	25,00%	3	\$ 1.282,00	38,84%	3	\$ 744,79	32,01%	3	\$ 900,00	0,00%	0
		297,26%			283,62%			313,36%			386,67%	

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

REFERENCIAS

(A) AMEBPBA

(B) OSDE

(C) OSARPYH

(D) IOMA

(E) VALOR UNITARIO DEL ARANCEL DIA CAMA

(F) TASA DE AUMENTO ANUAL DEL VALOR UNITARIO

(G) NUMERO DE VECES EN EL AÑO QUE SE

PRODUJERON AUMENTOS DEL VALOR UNITARIO

C) MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

MODALIDADES	FACTURACION POR MODULOS		FACTURACION POR CÁPITA		FACTURACION POR PRESTACIÓN		TOTAL (A)	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
2002	\$ 782.346,67	15,36%	\$ 40.971,13	0,80%	\$ 4.268.610,52	83,83%	\$ 5.091.928,32	100,00%
2003	\$ 912.317,12	14,58%	\$ 403.368,56	6,45%	\$ 4.941.574,72	78,97%	\$ 6.257.260,40	100,00%
2004	\$ 913.990,19	12,52%	\$ 492.740,19	6,75%	\$ 5.895.001,27	80,73%	\$ 7.301.731,65	100,00%
2005	\$ 922.473,07	10,43%	\$ 276.483,00	3,13%	\$ 7.647.721,08	86,45%	\$ 8.846.677,15	100,00%
2006	\$ 1.380.179,93	11,51%	\$ 395.588,43	3,30%	\$ 10.211.376,36	85,19%	\$ 11.987.144,72	100,00%
2007	\$ 1.804.704,35	10,98%	\$ 504.679,27	3,07%	\$ 14.132.377,00	85,95%	\$ 16.441.760,62	100,00%
2008	\$ 3.053.435,09	14,57%	\$ 905.924,87	4,32%	\$ 16.997.126,55	81,11%	\$ 20.956.486,51	100,00%
2009	\$ 2.999.271,24	12,76%	\$ 1.042.686,22	4,43%	\$ 19.471.011,69	82,81%	\$ 23.512.969,15	100,00%
2010	\$ 4.781.175,76	15,32%	\$ 1.329.664,36	4,26%	\$ 25.097.544,93	80,42%	\$ 31.208.385,05	100,00%
2011	\$ 6.232.597,99	14,83%	\$ 1.612.618,80	3,84%	\$ 34.186.900,36	81,34%	\$ 42.032.117,15	100,00%
2012	\$ 9.735.939,71	16,19%	\$ 1.806.090,02	3,00%	\$ 48.589.592,12	80,81%	\$ 60.131.621,85	100,00%
2013	\$ 12.448.933,51	15,09%	\$ 2.348.412,35	2,85%	\$ 67.727.174,90	82,07%	\$ 82.524.520,76	100,00%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

REFERENCIA

(A) SE EXCLUYE LA FACTURACION A LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES (IOMA) Y OTRAS ENTIDADES (OTROS PRESTADORES Y EMPRESAS VARIAS)

ANEXO III: ESTUDIO DE CASO

A) ANALISIS DE LAS CONSULTAS DE GUARDIA PARTICULARES

CONSULTAS DE GUARDIA PACIENTES PARTICULARES					
AÑO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	ELASTICIDAD PRECIO DE LA DEMANDA		
			% AUMENTO CANT.	% AUMENTO PCIO.	RESULTADO
2002	9272	\$ 25,00	-	-	-
2003	14614	\$ 30,00	57,61%	20,00%	-1,31
2004	15411	\$ 30,00	5,45%	0,00%	-1,05
2005	11229	\$ 35,00	-27,14%	16,67%	-0,62
2006	14263	\$ 35,00	27,02%	0,00%	-1,27
2007	16852	\$ 50,00	18,15%	42,86%	-0,83
2008	12580	\$ 50,00	-25,35%	0,00%	-0,75
2009	10806	\$ 70,00	-14,10%	40,00%	-0,61
2010	11860	\$ 80,00	9,75%	14,29%	-0,96
2011	11594	\$ 100,00	-2,24%	25,00%	-0,78
2012	11985	\$ 120,00	3,37%	20,00%	-0,86
2013	12084	\$ 150,00	0,83%	25,00%	-0,81
			53,36%	203,81%	-0,22

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

ANEXO IV: ESTUDIO DE CASO

A) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES REALES UTILIZADAS

AÑO	CLÍNICA E INTERNACIÓN						CIRUGÍA					
	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO	\$/HORA QUIROFA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO
2002	\$ 151,00	-	\$ 49,00	\$ 102,00	32,45%	67,55%	\$ 286,00	-	\$ 147,00	\$ 139,00	51,40%	48,60%
2003	\$ 168,00	11,26%	\$ 61,00	\$ 107,00	36,31%	63,69%	\$ 331,00	15,73%	\$ 174,00	\$ 157,00	52,57%	47,43%
2004	\$ 179,00	6,55%	\$ 63,00	\$ 116,00	35,20%	64,80%	\$ 402,00	21,45%	\$ 186,00	\$ 216,00	46,27%	53,73%
2005	\$ 202,00	12,85%	\$ 65,00	\$ 137,00	32,18%	67,82%	\$ 390,00	-2,99%	\$ 173,00	\$ 217,00	44,36%	55,64%
2006	\$ 255,00	26,24%	\$ 68,00	\$ 187,00	26,67%	73,33%	\$ 440,00	12,82%	\$ 177,00	\$ 263,00	40,23%	59,77%
2007	\$ 329,00	29,02%	\$ 83,00	\$ 246,00	25,23%	74,77%	\$ 545,00	23,86%	\$ 202,00	\$ 343,00	37,06%	62,94%
2008	\$ 432,00	31,31%	\$ 106,00	\$ 326,00	24,54%	75,46%	\$ 717,00	31,56%	\$ 250,00	\$ 467,00	34,87%	65,13%
2009	\$ 568,00	31,48%	\$ 126,00	\$ 442,00	22,18%	77,82%	\$ 1.065,00	48,54%	\$ 353,00	\$ 712,00	33,15%	66,85%
2010	\$ 644,00	13,38%	\$ 143,00	\$ 501,00	22,20%	77,80%	\$ 1.313,00	23,29%	\$ 444,00	\$ 869,00	33,82%	66,18%
2011	\$ 814,00	26,40%	\$ 162,00	\$ 652,00	19,90%	80,10%	\$ 1.561,00	18,89%	\$ 466,00	\$ 1.095,00	29,85%	70,15%
2012	\$ 1.088,00	33,66%	\$ 162,00	\$ 926,00	14,89%	85,11%	\$ 1.601,00	2,56%	\$ 388,00	\$ 1.213,00	24,23%	75,77%
2013	\$ 1.404,00	29,04%	\$ 240,00	\$ 1.164,00	17,09%	82,91%	\$ 1.975,00	23,36%	\$ 508,00	\$ 1.467,00	25,72%	74,28%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

A) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES REALES UTILIZADAS (continuación)

AÑO	UTI						NEONATOLOGÍA					
	\$/DIA CAMA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO	\$/DIA CAMA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO
2002	\$ 418,00	-	\$ 149,00	\$ 269,00	35,65%	64,35%	\$ 327,00	-	\$ 45,00	\$ 282,00	13,76%	86,24%
2003	\$ 435,00	4,07%	\$ 146,00	\$ 289,00	33,56%	66,44%	\$ 571,00	74,62%	\$ 81,00	\$ 490,00	14,19%	85,81%
2004	\$ 460,00	5,75%	\$ 137,00	\$ 323,00	29,78%	70,22%	\$ 456,00	-20,14%	\$ 43,00	\$ 413,00	9,43%	90,57%
2005	\$ 521,00	13,26%	\$ 135,00	\$ 386,00	25,91%	74,09%	\$ 1.053,00	130,92%	\$ 110,00	\$ 943,00	10,45%	89,55%
2006	\$ 647,00	24,18%	\$ 136,00	\$ 511,00	21,02%	78,98%	\$ 766,00	-27,26%	\$ 68,00	\$ 698,00	8,88%	91,12%
2007	\$ 873,00	34,93%	\$ 169,00	\$ 704,00	19,36%	80,64%	\$ 1.877,00	145,04%	\$ 94,00	\$ 1.783,00	5,01%	94,99%
2008	\$ 1.165,00	33,45%	\$ 215,00	\$ 950,00	18,45%	81,55%	\$ 1.563,00	-16,73%	\$ 106,00	\$ 1.457,00	6,78%	93,22%
2009	\$ 1.611,00	38,28%	\$ 340,00	\$ 1.271,00	21,10%	78,90%	\$ 2.399,00	53,49%	\$ 204,00	\$ 2.195,00	8,50%	91,50%
2010	\$ 1.807,00	12,17%	\$ 353,00	\$ 1.454,00	19,54%	80,46%	\$ 2.510,00	4,63%	\$ 171,00	\$ 2.339,00	6,81%	93,19%
2011	\$ 2.228,00	23,30%	\$ 398,00	\$ 1.830,00	17,86%	82,14%	\$ 3.833,00	52,71%	\$ 206,00	\$ 3.627,00	5,37%	94,63%
2012	\$ 2.908,00	30,52%	\$ 389,00	\$ 2.519,00	13,38%	86,62%	\$ 4.824,00	25,85%	\$ 277,00	\$ 4.547,00	5,74%	94,26%
2013	\$ 4.405,00	51,48%	\$ 719,00	\$ 3.686,00	16,32%	83,68%	\$ 3.027,00	-37,25%	\$ 168,00	\$ 2.859,00	5,55%	94,45%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

A) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES REALES UTILIZADAS (continuación)

AÑO	GUARDIA						UCIP					
	\$/CONSULTA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO	\$ VAR.	\$ FIJO	% VAR.	% FIJO
2002	\$ 19,02	-	\$ 1,58	\$ 17,44	8,31%	91,69%	\$ 517,00	-	\$ 70,00	\$ 447,00	13,54%	86,46%
2003	\$ 19,77	3,94%	\$ 1,65	\$ 18,12	8,35%	91,65%	\$ 535,00	3,48%	\$ 63,00	\$ 472,00	11,78%	88,22%
2004	\$ 16,78	-15,12%	\$ 1,45	\$ 15,33	8,64%	91,36%	\$ 608,00	13,64%	\$ 69,00	\$ 539,00	11,35%	88,65%
2005	\$ 21,34	27,18%	\$ 1,29	\$ 20,05	6,04%	93,96%	\$ 534,00	-12,17%	\$ 71,00	\$ 463,00	13,30%	86,70%
2006	\$ 32,49	52,25%	\$ 1,38	\$ 31,11	4,25%	95,75%	\$ 635,00	18,91%	\$ 66,00	\$ 569,00	10,39%	89,61%
2007	\$ 28,58	-12,03%	\$ 1,52	\$ 27,06	5,32%	94,68%	\$ 692,00	8,98%	\$ 73,00	\$ 619,00	10,55%	89,45%
2008	\$ 37,99	32,93%	\$ 1,96	\$ 36,03	5,16%	94,84%	\$ 1.185,00	71,24%	\$ 149,00	\$ 1.036,00	12,57%	87,43%
2009	\$ 68,66	80,73%	\$ 3,55	\$ 65,11	5,17%	94,83%	\$ 1.793,00	51,31%	\$ 120,00	\$ 1.673,00	6,69%	93,31%
2010	\$ 62,37	-9,16%	\$ 3,13	\$ 59,24	5,02%	94,98%	\$ 2.843,00	58,56%	\$ 187,00	\$ 2.656,00	6,58%	93,42%
2011	\$ 77,15	23,70%	\$ 3,32	\$ 73,83	4,30%	95,70%	\$ 2.238,00	-21,28%	\$ 172,00	\$ 2.066,00	7,69%	92,31%
2012	\$ 105,10	36,23%	\$ 3,49	\$ 101,61	3,32%	96,68%	\$ 3.122,00	39,50%	\$ 214,00	\$ 2.908,00	6,85%	93,15%
2013	\$ 149,34	42,09%	\$ 11,90	\$ 137,44	7,97%	92,03%	\$ 3.882,00	24,34%	\$ 256,00	\$ 3.626,00	6,59%	93,41%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

B) EVOLUCIÓN DE LOS COSTOS SANATORIALES UNITARIOS POR DEPARTAMENTO CONSIDERANDO UNIDADES MÁXIMAS POSIBLES (80%)

AÑO	CLÍNICA E INTERNACIÓN		CIRUGÍA		UTI		NEONATOLOGÍA		UCIP	
	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO	\$/HORA QUIROFANO	% AUMENTO	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO	\$/DÍA CAMA	% AUMENTO
2002	\$ 127,00	-	\$ 209,00	-	\$ 316,00	-	\$ 156,00	-	\$ 197,00	-
2003	\$ 152,00	19,69%	\$ 257,00	22,97%	\$ 334,00	5,70%	\$ 236,00	51,28%	\$ 225,00	14,21%
2004	\$ 177,00	16,45%	\$ 306,00	19,07%	\$ 375,00	12,28%	\$ 244,00	3,39%	\$ 303,00	34,67%
2005	\$ 206,00	16,38%	\$ 304,00	-0,65%	\$ 412,00	9,87%	\$ 393,00	61,07%	\$ 345,00	13,86%
2006	\$ 266,00	29,13%	\$ 346,00	13,82%	\$ 505,00	22,57%	\$ 479,00	21,88%	\$ 481,00	39,42%
2007	\$ 338,00	27,07%	\$ 423,00	22,25%	\$ 628,00	24,36%	\$ 575,00	20,04%	\$ 599,00	24,53%
2008	\$ 421,00	24,56%	\$ 564,00	33,33%	\$ 855,00	36,15%	\$ 774,00	34,61%	\$ 713,00	19,03%
2009	\$ 514,00	22,09%	\$ 736,00	30,50%	\$ 1.119,00	30,88%	\$ 1.106,00	42,89%	\$ 765,00	7,29%
2010	\$ 627,00	21,98%	\$ 907,00	23,23%	\$ 1.388,00	24,04%	\$ 1.266,00	14,47%	\$ 1.084,00	41,70%
2011	\$ 830,00	32,38%	\$ 1.080,00	19,07%	\$ 1.784,00	28,53%	\$ 1.841,00	45,42%	\$ 1.388,00	28,04%
2012	\$ 1.057,00	27,35%	\$ 1.210,00	12,04%	\$ 2.424,00	35,87%	\$ 2.537,00	37,81%	\$ 2.025,00	45,89%
2013	\$ 1.354,00	28,10%	\$ 1.568,00	29,59%	\$ 3.534,00	45,79%	\$ 3.139,00	23,73%	\$ 2.338,00	15,46%

C) PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE AUMENTO ANUAL

AÑO	UNID. REALES UTILIZADAS	UNID. MÁXIMAS POSIBLES
2002	-	-
2003	18,85%	22,77%
2004	2,02%	17,17%
2005	28,18%	20,10%
2006	17,86%	25,36%
2007	38,30%	23,65%
2008	30,63%	29,54%
2009	50,64%	26,73%
2010	17,14%	25,08%
2011	20,62%	30,69%
2012	28,05%	31,79%
2013	22,18%	28,53%
	274,46%	281,42%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

ANEXO V: ESTUDIO DE CASO

A) EVOLUCIÓN DEL COSTO LABORAL

PERSONAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA															
AÑO	CANT. (1)	SUELDO BASICO (2)		SUELDO NETO (1)			ANTICIPOS DE SUELDO (1)			RETENCION IMPUESTO A LAS GANANCIAS (1)			TOTAL SUELDOS Y CARGAS SOCIALES (1)		
		ENF.	% AUM.	TOTAL	UNIT.	% AUM.	TOTAL	UNIT.	% AUM.	TOTAL	UNIT.	% AUM.	TOTAL	UNIT.	% AUM.
2002	218	\$ 472,00	-	\$ 126.905,08	\$ 581,02	-	\$ 14.661,08	\$ 67,12	-	\$ 273,00	\$ 1,25	-	\$ 197.409,96	\$ 903,82	-
2003	230	\$ 590,00	25,00%	\$ 167.804,83	\$ 728,79	25,43%	\$ 6.872,96	\$ 29,85	-55,53%	\$ 299,12	\$ 1,30	3,94%	\$ 241.768,79	\$ 1.050,03	16,18%
2004	251	\$ 646,00	9,49%	\$ 214.370,58	\$ 853,50	17,11%	\$ 8.966,67	\$ 35,70	19,60%	\$ 387,16	\$ 1,54	18,65%	\$ 317.841,47	\$ 1.265,46	20,52%
2005	272	\$ 1.070,00	65,63%	\$ 262.247,67	\$ 963,56	12,89%	\$ 9.827,25	\$ 36,11	1,14%	\$ 467,30	\$ 1,72	11,39%	\$ 382.148,79	\$ 1.404,10	10,96%
2006	289	\$ 1.273,00	18,97%	\$ 376.089,78	\$ 1.303,60	35,29%	\$ 11.071,22	\$ 38,38	6,28%	\$ 473,07	\$ 1,64	-4,50%	\$ 548.494,27	\$ 1.901,19	35,40%
2007	299	\$ 1.527,60	20,00%	\$ 470.679,54	\$ 1.573,74	20,72%	\$ 11.300,20	\$ 37,78	-1,54%	\$ 272,11	\$ 0,91	-44,52%	\$ 686.638,56	\$ 2.295,81	20,76%
2008	320	\$ 1.909,50	25,00%	\$ 626.846,17	\$ 1.961,96	24,67%	\$ 14.824,16	\$ 46,40	22,80%	\$ 686,69	\$ 2,15	136,23%	\$ 940.270,19	\$ 2.942,94	28,19%
2009	321	\$ 2.272,31	19,00%	\$ 763.026,33	\$ 2.379,50	21,28%	\$ 21.502,17	\$ 67,05	44,52%	\$ 1.485,82	\$ 4,63	115,59%	\$ 1.160.880,65	\$ 3.620,21	23,01%
2010	328	\$ 2.885,83	27,00%	\$ 954.574,50	\$ 2.906,60	22,15%	\$ 27.187,75	\$ 82,78	23,46%	\$ 2.037,21	\$ 6,20	33,87%	\$ 1.463.523,00	\$ 4.456,30	23,10%
2011	352	\$ 3.840,19	33,07%	\$ 1.339.267,33	\$ 3.809,25	31,06%	\$ 37.676,03	\$ 107,16	29,45%	\$ 5.410,03	\$ 15,39	148,06%	\$ 2.010.616,15	\$ 5.718,75	28,33%
2012	374	\$ 4.920,00	28,12%	\$ 1.905.664,58	\$ 5.095,36	33,76%	\$ 55.953,99	\$ 149,61	39,61%	\$ 18.476,70	\$ 49,40	221,06%	\$ 2.809.850,96	\$ 7.512,97	31,37%
2013	376	\$ 6.300,00	28,05%	\$ 2.491.251,67	\$ 6.625,67	30,03%	\$ 70.100,79	\$ 186,44	24,62%	\$ 23.243,38	\$ 61,82	25,13%	\$ 3.632.257,22	\$ 9.660,26	28,58%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

REFERENCIAS

(1) PROMEDIO MENSUAL

**(2) SUELDO BASICO DE LA ENFERMERA VIGENTE AL 31-12 DE
CADA AÑO SEGÚN C.C.T. 122/75**

ANEXO VI: ESTUDIO DE CASO

A) ANALISIS DE ESTRUCTURA PATRIMONIAL

ESTADO DE SITUACIÓN PATRIMONIAL	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
ACTIVO												
ACTIVO CORRIENTE												
CAJA Y BANCOS	2,95%	2,95%	3,81%	3,81%	3,94%	3,94%	8,64%	8,64%	5,28%	5,28%	5,94%	5,94%
CREDITOS	46,80%	46,80%	46,24%	46,24%	51,20%	51,20%	48,67%	48,67%	45,56%	45,56%	37,89%	37,89%
BIENES DE CAMBIO	2,82%	2,82%	2,35%	2,35%	2,36%	2,36%	3,75%	3,75%	2,85%	2,85%	1,67%	1,67%
CARGOS DIFERIDOS	0,00%	0,00%	2,68%	2,68%	1,48%	1,48%	1,93%	1,93%	2,23%	2,23%	2,48%	2,48%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	52,58%	52,58%	55,07%	55,07%	58,98%	58,98%	62,99%	62,99%	55,92%	55,92%	47,99%	47,99%
ACTIVO NO CORRIENTE												
BIENES DE USO	47,39%	72,02%	44,90%	70,04%	40,99%	66,19%	37,01%	61,59%	44,08%	63,02%	52,01%	69,30%
INVERSIONES	0,03%	0,02%	0,03%	0,02%	0,03%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
GTOS. PAGADOS POR ADEL.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	47,42%	72,04%	44,93%	70,06%	41,02%	66,20%	37,01%	61,59%	44,08%	63,02%	52,01%	69,30%
TOTAL ACTIVO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
PASIVO												
PASIVO CORRIENTE												
DEUDAS COMERCIALES	8,74%	4,65%	7,05%	3,83%	8,08%	4,63%	9,76%	5,95%	8,91%	5,89%	10,50%	6,72%
DEUDAS BANCARIAS	1,37%	0,73%	1,64%	0,89%	2,07%	1,19%	1,84%	1,12%	1,39%	0,92%	2,22%	1,42%
DEUDAS SOCIALES Y FISCALES	38,17%	20,30%	24,55%	13,35%	37,45%	21,46%	36,67%	22,36%	33,28%	22,01%	23,34%	14,93%
DEUDAS VARIAS	9,24%	4,92%	5,30%	2,88%	2,70%	1,55%	4,00%	2,44%	6,02%	3,98%	6,34%	4,05%
ANTICIPO DE MUTUALES	3,82%	2,03%	5,35%	2,91%	0,83%	0,48%	0,29%	0,18%	1,66%	1,10%	3,95%	2,53%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	61,35%	32,63%	43,89%	23,86%	51,13%	29,30%	52,56%	32,05%	51,25%	33,90%	46,34%	29,64%
PASIVO NO CORRIENTE												
TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	11,30%	6,01%	27,53%	14,97%	20,81%	11,92%	20,98%	12,79%	12,32%	8,15%	23,28%	14,89%
TOTAL PASIVO	72,65%	38,64%	71,42%	38,83%	71,94%	41,22%	73,54%	44,85%	63,57%	42,05%	69,62%	44,53%
PATRIMONIO NETO												
APORTES DE LOS PROPIETARIOS												
CAPITAL SOCIAL INICIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
AJUSTES DE CAPITAL	0,88%	17,79%	0,86%	17,95%	0,80%	17,40%	0,71%	16,55%	18,32%	13,43%	14,78%	12,35%
AUMENTOS DE CAPITAL	19,23%	10,23%	18,98%	10,32%	17,46%	10,01%	15,61%	9,52%	10,53%	7,72%	8,50%	7,10%
TOTAL APORTES DE LOS PROPIET.	20,10%	28,02%	19,85%	28,27%	18,26%	27,41%	16,32%	26,07%	28,85%	21,15%	23,27%	19,46%
GANANCIAS RESERVADAS												
TOTAL GANANCIAS RESERVADAS	0,03%	0,01%	0,03%	0,01%	0,02%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,04%	0,03%
RESULTADOS NO ASIGNADOS												
SALDO INICIAL RDOS. NO ASIG.	6,34%	3,37%	7,13%	33,63%	8,01%	31,89%	9,48%	29,82%	6,83%	23,59%	6,09%	33,84%
CONSTITUCIÓN DE RESERVA LEGAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,03%	0,00%
RESULTADO DEL EJERCICIO	0,88%	29,96%	1,58%	-0,74%	1,77%	-0,54%	0,63%	-0,75%	0,73%	13,20%	1,00%	2,14%
TOTAL RESULTADOS NO ASIG.	7,22%	33,33%	8,71%	32,89%	9,78%	31,35%	10,12%	29,07%	7,56%	36,79%	7,07%	35,98%
TOTAL PATRIMONIO NETO	27,35%	61,36%	28,58%	61,17%	28,06%	58,78%	26,46%	55,15%	36,43%	57,95%	30,38%	55,47%
TOTAL PASIVO + PAT. NETO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

A) ANALISIS DE ESTRUCTURA PATRIMONIAL (continuación)

ESTADO DE SITUACIÓN PATRIMONIAL	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
ACTIVO												
ACTIVO CORRIENTE												
CAJA Y BANCOS	4,80%	4,80%	0,87%	0,87%	2,87%	2,87%	2,49%	2,49%	1,50%	0,77%	1,49%	0,77%
CREDITOS	46,05%	46,05%	48,25%	48,25%	40,99%	40,99%	49,78%	49,78%	58,77%	30,16%	58,05%	30,02%
BIENES DE CAMBIO	1,85%	1,85%	2,63%	2,63%	1,46%	1,46%	1,52%	1,52%	1,59%	0,82%	1,49%	0,77%
CARGOS DIFERIDOS	3,15%	3,15%	1,77%	1,77%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,04%	4,16%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	55,84%	55,84%	53,52%	53,52%	45,32%	45,32%	53,79%	53,79%	61,87%	31,75%	69,08%	35,72%
ACTIVO NO CORRIENTE												
BIENES DE USO	43,94%	66,38%	46,21%	67,79%	53,24%	75,10%	44,43%	71,21%	37,09%	67,72%	29,12%	63,35%
INVERSIONES	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,22%	0,65%	1,19%	0,62%	0,55%	0,28%	0,34%	0,18%
GTOS. PAGADOS POR ADEL.	0,21%	0,13%	0,27%	0,16%	0,21%	0,11%	0,59%	0,31%	0,49%	0,25%	1,46%	0,75%
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	44,16%	66,51%	46,48%	67,95%	54,68%	75,86%	46,21%	72,13%	38,13%	68,25%	30,92%	64,28%
TOTAL ACTIVO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
PASIVO												
PASIVO CORRIENTE												
DEUDAS COMERCIALES	13,13%	7,87%	11,12%	6,66%	7,08%	3,77%	7,70%	3,99%	10,02%	5,14%	9,14%	4,73%
DEUDAS BANCARIAS	2,00%	1,20%	2,99%	1,79%	2,90%	1,54%	7,63%	3,95%	4,54%	2,33%	4,34%	2,24%
DEUDAS SOCIALES Y FISCALES	19,12%	11,47%	33,07%	19,80%	39,84%	21,22%	45,46%	23,56%	51,05%	26,20%	28,92%	14,95%
DEUDAS VARIAS	6,71%	4,02%	3,03%	1,81%	2,91%	1,55%	4,93%	2,55%	8,23%	4,22%	7,08%	3,66%
ANTICIPO DE MUTUALES	1,07%	0,64%	2,15%	1,29%	4,56%	2,43%	0,75%	0,39%	0,96%	0,49%	0,51%	0,26%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	42,02%	25,20%	52,35%	31,35%	57,28%	30,51%	66,47%	34,44%	74,80%	38,39%	49,99%	25,85%
PASIVO NO CORRIENTE												
TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	29,98%	17,98%	23,45%	14,04%	20,06%	10,68%	14,83%	7,69%	10,29%	5,28%	38,26%	19,78%
TOTAL PASIVO	72,00%	43,18%	75,80%	45,39%	77,33%	41,19%	81,31%	42,13%	85,09%	43,67%	88,25%	45,63%
PATRIMONIO NETO												
APORTES DE LOS PROPIETARIOS												
CAPITAL SOCIAL INICIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
AJUSTES DE CAPITAL	12,08%	11,67%	9,86%	10,76%	9,08%	10,93%	6,82%	10,09%	5,18%	9,32%	3,86%	8,61%
AUMENTOS DE CAPITAL	6,95%	6,71%	5,67%	6,19%	5,22%	6,29%	4,21%	5,80%	3,20%	5,36%	2,38%	4,95%
TOTAL APORTES DE LOS PROPIET.	19,03%	18,37%	15,53%	16,95%	14,30%	17,22%	11,03%	15,89%	8,37%	14,69%	6,24%	13,56%
GANANCIAS RESERVADAS												
TOTAL GANANCIAS RESERVADAS	0,07%	0,05%	0,06%	0,05%	0,24%	0,16%	0,18%	0,14%	0,20%	0,13%	0,17%	0,12%
RESULTADOS NO ASIGNADOS												
SALDO INICIAL RDOS. NO ASIG.	5,78%	33,98%	7,26%	35,41%	7,92%	38,20%	6,27%	38,24%	5,68%	38,68%	4,72%	38,32%
CONSTITUCIÓN DE RESERVA LEGAL	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,18%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,06%	0,00%	-0,10%	0,00%
RESULTADO DEL EJERCICIO	3,16%	4,41%	1,34%	2,20%	0,39%	3,24%	1,21%	3,60%	0,72%	2,84%	0,72%	2,37%
TOTAL RESULTADOS NO ASIG.	8,90%	38,39%	8,60%	37,61%	8,13%	41,44%	7,48%	41,84%	6,34%	41,51%	5,35%	40,69%
TOTAL PATRIMONIO NETO	28,00%	56,82%	24,20%	54,61%	22,67%	58,81%	18,69%	57,87%	14,91%	56,33%	11,75%	54,37%
TOTAL PASIVO + PAT. NETO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

B) ANALISIS DE ESTRUCTURA DEL ESTADO DE RESULTADOS

ESTADO DE RESULTADOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
SERVICIOS PRESTADOS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
COSTO DE LOS SERVICIOS	-51,16%	-53,84%	-54,34%	-54,32%	-52,97%	-52,97%	-52,01%	-52,01%	-67,37%	-67,65%	-64,04%	-65,66%
RESULTADO BRUTO	48,84%	46,16%	45,66%	45,68%	47,03%	47,03%	47,99%	47,99%	32,63%	32,35%	35,96%	34,34%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
OTROS GASTOS	-47,80%	-47,95%	-44,08%	-46,97%	-45,46%	-47,87%	-47,39%	-49,83%	-31,88%	-31,88%	-34,93%	-34,93%
TOTAL GASTOS	-47,80%	-47,95%	-44,08%	-46,97%	-45,46%	-47,87%	-47,39%	-49,83%	-31,88%	-31,88%	-34,93%	-34,93%
REI	0,00%	47,68%	0,00%	-0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	19,32%	0,00%	3,77%
RESULTADO DEL EJERCICIO	1,05%	45,89%	1,58%	-1,37%	1,57%	-0,84%	0,59%	-1,15%	0,74%	19,78%	1,03%	3,18%

ESTADO DE RESULTADOS	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
SERVICIOS PRESTADOS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
COSTO DE LOS SERVICIOS	-61,17%	-60,63%	-60,09%	-58,14%	-63,32%	-65,30%	-59,81%	-59,36%	-59,50%	-59,00%	-58,55%	-58,27%
RESULTADO BRUTO	38,83%	39,37%	39,91%	41,86%	36,68%	34,70%	40,19%	40,64%	40,50%	41,00%	41,45%	41,73%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-26,47%	-26,47%	-30,25%	-30,25%	-31,71%	-31,71%	-33,21%	-33,21%
OTROS GASTOS	-36,08%	-36,08%	-38,61%	-38,61%	-9,89%	-9,89%	-8,89%	-8,89%	-8,20%	-8,20%	-7,62%	-7,62%
TOTAL GASTOS	-36,08%	-36,08%	-38,61%	-38,61%	-36,36%	-36,36%	-39,13%	-39,13%	-39,91%	-39,91%	-40,83%	-40,83%
REI	0,00%	2,53%	0,00%	0,13%	0,00%	6,29%	0,00%	4,03%	0,00%	3,08%	0,00%	2,69%
RESULTADO DEL EJERCICIO	2,75%	5,82%	1,31%	3,38%	0,32%	4,63%	1,06%	5,54%	0,59%	4,17%	0,62%	3,59%

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

C) INDICES

INDICES (RATIOS)	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
FINANCIEROS (CORTO PLAZO)												
LIQUIDEZ CORRIENTE	0,86		1,25		1,15		1,20		1,09		1,04	
LIQUIDEZ SECA O PRUEBA ÁCIDA	0,81		1,20		1,11		1,13		1,04		1,00	
LIQUIDEZ EXTREMA O FLUJO DE FDOS.	0,05		0,09		0,08		0,16		0,10		0,13	
PATRIMONIALES (LARGO PLAZO)												
SOLVENCIA	0,38	1,59	0,40	1,58	0,39	1,43	0,36	1,23	0,57	1,38	0,44	1,25
AUTONOMÍA	0,27	0,61	0,29	0,61	0,28	0,59	0,26	0,55	0,36	0,58	0,30	0,55
DEPENDENCIA	0,73	0,39	0,71	0,39	0,72	0,41	0,74	0,45	0,64	0,42	0,70	0,45
ENDEUDAMIENTO	2,66	0,63	2,50	0,63	2,56	0,70	2,78	0,81	1,75	0,73	2,29	0,80
GRADO DE INMOV. DE LA INVERSIÓN	0,47	0,72	0,45	0,70	0,41	0,66	0,37	0,62	0,44	0,63	0,52	0,69
RAZON DE FINANC. DEL ACTIVO NO CTE.												
F1 (FINANCIACIÓN PROPIA)	0,58	0,85	0,64	0,87	0,68	0,89	0,71	0,90	0,83	0,92	0,58	0,80
F2 (FINANCIACIÓN PROPIA Y AJENA)	0,82	0,94	1,25	1,09	1,19	1,07	1,28	1,10	1,11	1,05	1,03	1,02
F3 (FINANCIACIÓN AJENA)	0,24	0,08	0,61	0,21	0,51	0,18	0,57	0,21	0,28	0,13	0,45	0,21
ECONOMICOS												
RENTABILIDAD BRUTA	48,84%	46,16%	45,66%	45,68%	47,03%	47,03%	47,99%	47,99%	32,63%	32,35%	35,96%	34,34%
RENTABILIDAD NETA	1,05%	45,89%	1,58%	-1,37%	1,57%	-0,84%	0,59%	-1,15%	0,74%	19,78%	1,03%	3,18%
RENTABILIDAD DEL PAT. NETO	3,22%	48,82%	5,52%	-1,21%	6,30%	-0,92%	2,39%	-1,35%	2,00%	22,78%	3,30%	3,85%
ROTACIÓN DEL ACTIVO TOTAL	0,84	0,65	1,00	0,54	1,12	0,64	1,07	0,65	0,98	0,67	0,98	0,67

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

C) INDICES (continuación)

INDICES (RATIOS)	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA		MONEDA	
	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.	HISTOR.	CONST.
FINANCIEROS (CORTO PLAZO)												
LIQUIDEZ CORRIENTE	1,33		1,02		0,79		0,81		0,83		1,22	
LIQUIDEZ SECA O PRUEBA ÁCIDA	1,28		0,97		0,77		0,79		0,81		1,19	
LIQUIDEZ EXTREMA O FLUJO DE FDOS.	0,11		0,02		0,05		0,04		0,02		0,03	
PATRIMONIALES (LARGO PLAZO)												
SOLVENCIA	0,39	1,32	0,32	1,20	0,29	1,43	0,23	1,37	0,18	1,29	0,13	1,19
AUTONOMÍA	0,28	0,57	0,24	0,55	0,23	0,59	0,19	0,58	0,15	0,56	0,12	0,54
DEPENDENCIA	0,72	0,43	0,76	0,45	0,77	0,41	0,81	0,42	0,85	0,44	0,88	0,46
ENDEUDAMIENTO	2,57	0,76	3,13	0,83	3,41	0,70	4,35	0,73	5,71	0,78	7,51	0,84
GRADO DE INMOV. DE LA INVERSIÓN	0,44	0,67	0,46	0,68	0,55	0,76	0,46	0,72	0,38	0,68	0,39	0,68
RAZON DE FINANC. DEL ACTIVO NO CTE.												
F1 (FINANCIACIÓN PROPIA)	0,63	0,85	0,52	0,80	0,41	0,78	0,40	0,80	0,39	0,83	0,30	0,79
F2 (FINANCIACIÓN PROPIA Y AJENA)	1,31	1,12	1,03	1,01	0,78	0,92	0,73	0,91	0,66	0,90	1,28	1,08
F3 (FINANCIACIÓN AJENA)	0,68	0,27	0,50	0,21	0,37	0,14	0,32	0,11	0,27	0,08	0,98	0,29
ECONOMICOS												
RENTABILIDAD BRUTA	38,83%	39,37%	39,91%	41,86%	36,68%	34,70%	40,19%	40,64%	40,50%	41,00%	41,45%	41,73%
RENTABILIDAD NETA	2,75%	5,82%	1,31%	3,38%	0,32%	4,63%	1,06%	5,54%	0,59%	4,17%	0,62%	3,59%
RENTABILIDAD DEL PAT. NETO	11,28%	7,77%	5,54%	4,02%	1,71%	5,50%	6,49%	6,23%	4,81%	5,03%	6,15%	4,36%
ROTACIÓN DEL ACTIVO TOTAL	1,15	0,76	1,02	0,65	1,20	0,70	1,15	0,65	1,21	0,68	1,17	0,66

FUENTE: Información Primaria obtenida de la Empresa sujeta a EDC recolectada por el Autor.

REFERENCIAS

- **INDICES FINANCIEROS (CORTO PLAZO): CAPACIDAD PARA AFRONTAR LAS OBLIGACIONES A CORTO PLAZO.**
 - **LIQUIDEZ CORRIENTE: ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE**
 - **LIQUIDEZ SECA O PRUEBA ÁCIDA: (ACTIVO CORRIENTE. - BS. CAMBIO) / PASIVO CORRIENTE**
 - **LIQUIDEZ EXTREMA O FLUJO DE FONDOS: CAJA Y BANCOS / PASIVO CORRIENTE**
- **INDICES PATRIMONIALES (LARGO PLAZO)**
 - **SOLVENCIA: CAPACIDAD DE PAGO A LARGO PLAZO**
 - **PATRIMONIO NETO / PASIVO**
 - **AUTONOMIA: MENOR SERA LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE UN ENTE, CUANDO SU INDICE SEA MAS CERCANO A 0.**
 - **PATRIMONIO NETO / ACTIVO**
 - **DEPENDENCIA: AUTONOMIA + DEPENDENCIA = 1**
 - **PASIVO / ACTIVO**
 - **ENDEUDAMIENTO: PASIVO / PATRIMONIO NETO**
 - **INDICE > 1: FINANCIACION DEL ACTIVO ES SOPORTADA POR ACREEDORES O TERCEROS.**
 - **INDICE = 1: EQUILIBRIO ENTRE PASIVO Y PATRIMONIO NETO.**
 - **INDICE < 1: FINANCIACION DEL ACTIVO ES SOPORTADA CON RECURSOS PROPIOS.**
 - **GRADO DE INMOVILIZACIÓN DE LA INVERSIÓN: ACTIVO NO CORRIENTE / ACTIVO**
 - **INDICE >1: EXISTENCIA DE IMPORTANTES VALORES DEL ACTIVO RESPECTO A LA FINANCIACION CON RECURSOS PROPIOS.**
 - **INDICE < 1: EXISTENCIA DE BAJA AFECTACION DE BIENES DE USO O DE UN PATRIMONIO NETO IMPORTANTE CON ESCASA FINANCIACION DE TERCEROS.**
- **INDICES ECONOMICOS**
 - **RENTABILIDAD BRUTA: RESULTADO BRUTO / SERVICIOS PRESTADOS**
 - **RENTABILIDAD NETA: RESULTADO DEL EJERCICIO / SERVICIOS PRESTADOS**
 - **RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO NETO: RESULTADO DEL EJERCICIO / PATRIMONIO NETO**
 - **ROTACIÓN DEL ACTIVO TOTAL: INDICA CADA PESO (\$) VENDIDO POR CADA PESO (\$) INVERTIDO**
 - **SERVICIOS PRESTADOS / ACTIVO**