

LA CRISIS DE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD: UN APORTE A SU SOLUCIÓN

ADECRA

1.- Los prestadores privados de salud en Argentina

En la región de América Latina, Argentina es una de los países más reconocidos por su historia de buena medicina, la calidad de sus universidades, el prestigio de sus profesionales, y la densidad y complejidad de sus prestadores médicos institucionales. En el país hay 15 universidades públicas y 14 universidades e institutos privados de formación de profesionales en medicina, 120.000 profesionales médicos matriculados –que hacen del país uno de los de mayor densidad de médicos por habitantes de la región con 1 médico cada 310 habitantes– una industria de prestadores institucionales de 153.000 camas distribuidas en 3.300 instituciones con internación, y 14.500 prestadores institucionales de atención ambulatoria sin internación.

Sin embargo, en Argentina se soslayan varios aspectos muy importantes que hacen a la fisonomía del sector médico prestador que delinean su gran importancia no solo desde el punto de vista sanitario sino también desde el punto de vista económico y social.

Un primer aspecto, que usualmente pasa desapercibido para la mayoría de la sociedad y prácticamente la totalidad de la dirigencia política, es que aun cuando en Argentina el desarrollo de la red pública de prestadores de salud es muy importante, está lejos de ser la principal vía por la que los argentinos acceden a los servicios de salud. En Argentina, el 62% de las instituciones con internación son instituciones privadas, con y sin fines de

Recuadro 1. El sector privado de la salud en Argentina.

Los prestadores privados de salud en Argentina tuvieron un temprano desarrollo que se remonta a la década del '50 cuando las obras sociales se erigen como las responsables de la cobertura de salud de los trabajadores en relación de dependencia. Las obras sociales tuvieron –salvo excepciones– una política favorable a contratar con clínicas y sanatorios privados lo cual motorizó la creación de un empresariado médico pujante que, luego de muchos cambios y una historia compleja, llegan hoy a conformar el sector de los prestadores médicos privados de la República Argentina.

En Uruguay, los entes financiadores (las mutualistas o IAMCs) también tuvieron un desarrollo temprano pero, a diferencia de Argentina, estas entidades sin fines de lucro de carácter gremial y comunitario, desarrollaron una vasta estructura prestacional propia.

En Chile, hasta mediados de la década de los '70, hubo una arraigada tradición de salud pública provista directamente desde el Estado. El sector prestador privado comienza a tener un desarrollo importante con las Mutuas de riesgos del trabajo y recién en la década de los '80 con los seguros privados (ISAPRES) se consolida el sector de los prestadores médicos privados.

lucro, y el **56%** de las institución sin internación tienen esta misma naturaleza jurídica. El fenómeno no es nuevo, ni producto de ninguna “privatización” de la salud; es el resultado natural de una historia institucional del sector signada por el desarrollo de infraestructura sanitaria de la mano del sector privado. En este sentido, sin perjuicio de que actualmente puedan haber no muchas diferencias, es interesante observar la diferencia e historia que el sector privado tuvo en Argentina en comparación con países vecinos de iguales características sociales, demográficas, geográficas y culturales como Uruguay y Chile, por ejemplo (Recuadro 1).

Un segundo aspecto igualmente importante en Argentina es que dentro del sector privado en los servicios de atención médica, **las organizaciones con fines de lucro son las que prevalecen**. De las 2.038 instituciones privadas con internación, el **95%** son instituciones con fines de lucro que concentran el **87%** del total de camas privadas que hay en el país.

El tercer aspecto distintivo es que se trata, en su gran mayoría, **de pequeñas y medianas empresas (PYMES)**. El tamaño promedio de los establecimientos del país ronda las 46 camas por establecimiento, sin embargo, el tamaño promedio en el sector público llega a 64 mientras que en el sector privado alcanza apenas el 35. Dentro del sector privado, las pocas entidades sin fines de lucro son las de mayor porte con un tamaño promedio de 92 camas por institución. En el sector privado lucrativo, el tamaño promedio se ubica en **32 camas**, o sea, cuando se habla de los prestadores privados de salud se está hablando de una infinidad de pequeñas y medianas empresas (Gráfico 1).

Por último, y no menos importante, **son pequeños establecimientos con tecnologías intensivas en mano de obra, y grandes generadores de empleo registrado en el segmento de las PYMES**. Según datos del INDEC, en el sector privado en Argentina, sólo el **47%** de los asalariados está registrado mientras que en el sector salud el **64%** lo está. Pero más importante aún es que **entre las pequeñas empresas privadas –que son las que más empleo no registrado generan dado que entre las empresas privadas con menos de 40 trabajadores sólo el 35% está registrado–, entre los prestadores privados de salud, el empleo registrado llega al 56%** (Recuadro 2).

Gráfico 1. Estructura de los prestadores médicos en Argentina.

	Total	Sin internación	Con internación	Cantidad de camas	Tamaño promedio
Prestadores públicos	7.767	6.493	1.274	81.885	64
Prestadores privados	10.078	8.040	2.038	71.181	35
- Sin fin de lucro	891	990	100	9.132	92
- Con fin de lucro	9.187	7.050	1.938	62.049	32
Total	17.845	14.533	3.312	153.066	46

Fuente: Ministerio de Salud, 2004.

Sin perjuicio de ser un sector económico con una gran dinámica de creación de empleo formal, también es un gran demandante de tecnología, no sólo médica, sino también de gestión, lo que convierte a estas empresas en **una fuente permanente y genuina de formación y entrenamiento de capital humano.**

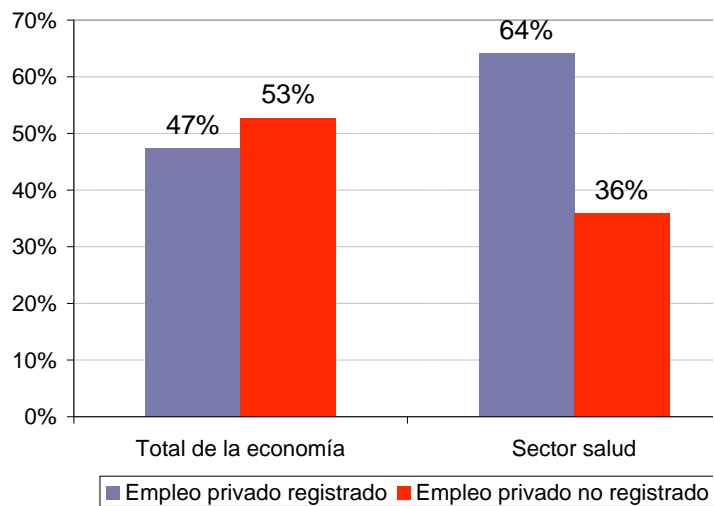
La gestión de una clínica, un sanatorio o un centro de alta complejidad requiere el funcionamiento coordinado, los 7 días de la semana y los 360 días del año, de un entramado complejo de trabajadores y procesos productivos donde el médico y la enfermera son los dos actores más visibles pero, seguramente, no los más decisivos para que los servicios médicos lleguen al paciente. Se puede hacer una analogía señalando que las clínicas y sanatorios, aunque producen un servicio que es la atención médica, son en la práctica verdaderas “fabricas” con procesos complejos de producción cuya operación involucra muchos procesos y recursos humanos no médicos que estrictamente médicos.

En este sentido, hacer una distinción entre empresas manufactureras, por un lado, y empresas prestadoras de salud, por el otro, es una falacia porque la complejidad operativa de la producción de atención médica involucra una gama de recursos humanos, físicos y tecnológicos no médicos que la convierte en una

Recuadro 2. El empleo privado total en Argentina y en el sector salud

El sector salud en su conjunto es un generador importante de empleo registrado.

Gráfico 2.a.- Empleo privado
IV trimestre 2003

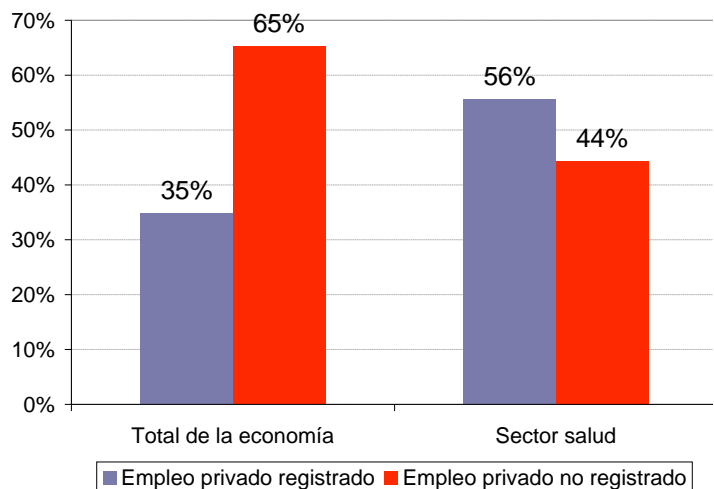


Fuente: elaboración propia en base a EPH del INDEC.

Más importante es aún su contribución como generador de empleo registrado en el segmento de las empresas donde mayor empleo no registrado se genera: las empresas con menos de 40 trabajadores.

Gráfico 2.b.- Empleo privado en empresas con menos de 40 trabajadores

IV trimestre 2003



Fuente: elaboración propia en base a EPH del INDEC.

verdadera industria con innegables eslabonamientos productivos hacia el resto de la economía.

2.- La crisis económica en el sector de los prestadores médicos privados.

La fuerte devaluación experimentada en el 2002 ha causado un serio perjuicio a los prestadores médicos privados dado que produjo una desarticulación de sus precios relativos que inviabiliza su operatoria en condiciones normales y que se remonta a tres años atrás. En palabras simples, la devaluación produjo un fuerte aumento en ciertos precios y un evidente retraso en otros, donde el precio que determina los ingresos de las clínicas y los sanatorios es claramente uno de los más retrasados mientras que el precio que pagan por sus insumos y los salarios de sus trabajadores se ha incrementado. Algunos datos oficiales básicos dan evidencia de esta realidad.

2.a.- Los precios de la atención médica

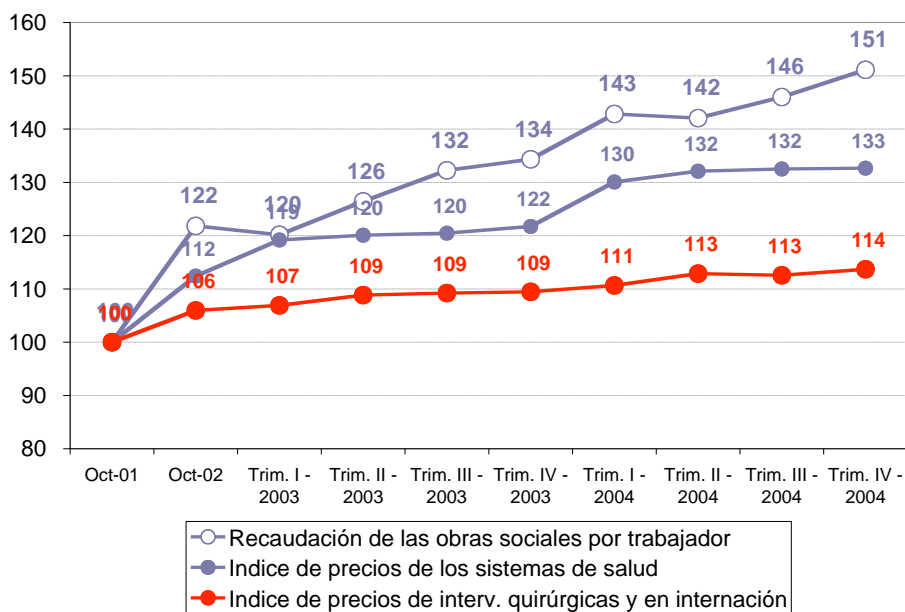
Las clínicas y los sanatorios tienen una muy particular –y a la vez, muy compleja– relación con su cliente, que es el paciente. Es imposible encontrar un paralelo en otros aspectos de la vida de la gente a la particularísima relación que hay entre una clínica o un sanatorio y una persona en estado de necesidad de atención médica. La persona y sus familiares asocian a la atención médica como una fuente de vida, donde la clínica o el sanatorio son los lugares donde se encuentran las herramientas para hacer efectiva esa expectativa; y efectivamente, las clínicas son las que atienden al paciente, ponen a disposición todos los servicios que sean necesarios, e informan y sostienen emocionalmente a los familiares. Sin embargo, quién paga por los servicios no es el paciente, sino el seguro de salud, que puede ser una obra social (sindical, provincial o PAMI) o una empresa de medicina prepaga.

Desde este punto de vista, la diferencia fundamental con cualquier otra actividad es que la clínica o el sanatorio no tienen la posibilidad de ofrecer los servicios médicos como un menú de opciones con precios y niveles de calidad desde el cual el paciente –o los familiares– optan por el que más se ajuste a sus deseos y posibilidades. Por el contrario, la clínica o el sanatorio deben brindar los servicios en situaciones que, si bien no siempre son de urgencia o emergencia, en general, son de apremio porque está en juego la integridad física de la persona donde las demoras atentan en contra de la posibilidad de recuperación, y donde la sensibilidad y el estado emocional del paciente y sus familiares actúan como un factor de presión mucho más intenso que en cualquier otro tipo de actividad. Luego, quién decide qué servicios se pagan y qué servicios no se pagan, es el seguro de salud, y su decisión de pagar o no por ellos es independiente de que los servicios se hayan otorgados o no. Una obra social o una prepaga pueden –y de hecho, regularmente lo hacen– no pagar ciertos servicios que fueron otorgados a los pacientes.

Esta relación compleja entre un paciente necesitado de atención y un tercero que paga a posteriori de que los servicios se brindan es independiente de la crisis económica. Sucede en todos los países, en todos los momentos.

Sin embargo, la crisis ha profundizado las consecuencias de este fenómeno raro de la atención médica cuando se observa que los precios de los seguros de salud (las obras sociales y las empresas de medicina prepaga) se han incrementado –con cierto retraso, pero en consonancia con los aumentos generales de precios– mientras que los precios que pagan por los servicios médicos no lo han hecho. Desde la salida de la fuerte devaluación hasta la actualidad, la recaudación por trabajador de las obras sociales nacionales, según la AFIP, ha aumentado el **51%**, el índice de precio de los seguros de salud, según el INDEC, un **33%**, mientras que el precio de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos en internación, según también el INDEC, ha aumentado sólo un **14%** (Gráfico 1).

Gráfico 1. Precios de los seguros de salud, recaudación por trabajador de la seguridad social y precios de las clínicas y sanatorios

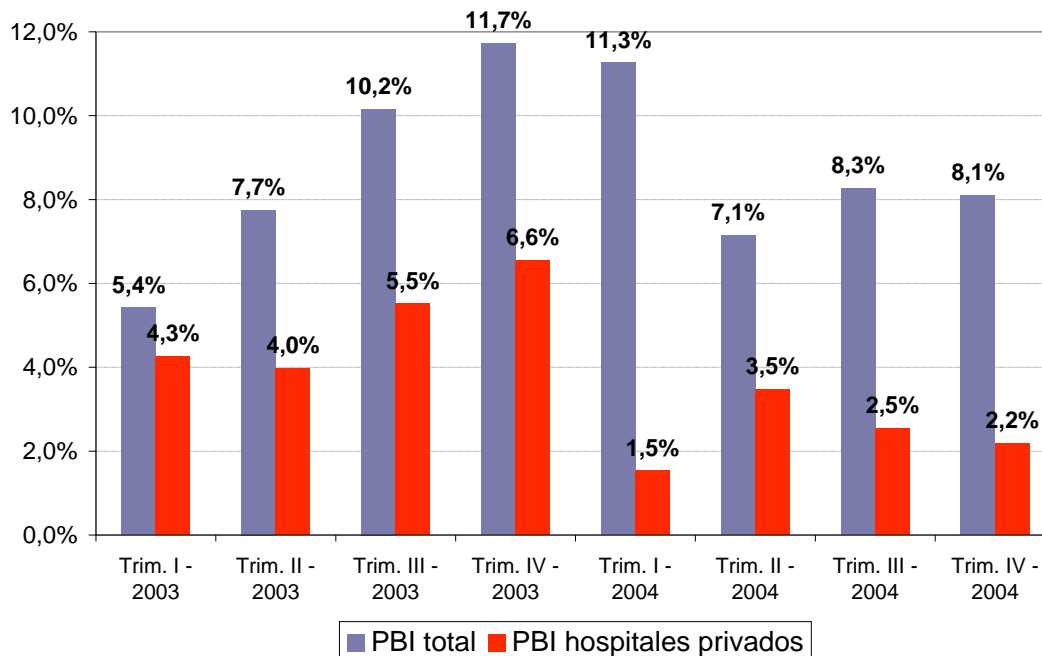


Fuente: Elaboración propia en base a AFIP e INDEC.

Obviamente que el precio es un indicador imperfecto de los ingresos de una institución. El precio puede haberse mantenido bajo pero el volumen de ventas podría haber aumentado lo suficiente como para más que compensar el bajo precio, con lo cual los ingresos de las clínicas y los sanatorios se habrían incrementado. No hay datos precisos en torno a cómo evolucionó la facturación de las clínicas y sanatorio pero una aproximación bastante certera es considerar la evolución de actividades de los hospitales privados que el Ministerio de Economía utiliza para el cálculo del Producto Bruto Interno de la economía, que además son datos oficiales disponibles. Salta a la vista que la gran recuperación que tuvo la economía no

se tradujo en una expansión de igual magnitud para el sector de las clínicas y sanatorios. Durante el 2003 y el 2004, las tasas de crecimiento trimestral de la economía fueron en aumento partiendo desde un 5% a comienzos del 2003, hasta llegar casi a un 12% a finales del mismo año para luego moderar su nivel y ubicarse en el 8% actual. Las tasas de crecimiento de los establecimientos privados de la salud tuvieron un desempeño mucho más modesto. Crecieron con un comportamiento consistentemente menor que el crecimiento de la economía, de manera bastante cíclica y con un menor nivel de actividad en el último año (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasas de crecimiento trimestral de la actividad económica



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Economía.

Los Gráficos 1 y 2 son muy ilustrativos de la realidad del sector prestador y de lo que para muchos puede ser una paradoja, pero está lejos de serlo. La gente en los últimos tiempos ha visto subir el precio de sus planes de salud en las obras sociales y en la medicina prepaga. Los dirigentes políticos están preocupados por estos aumentos. Pero estos aumentos no se tradujeron en que las clínicas o los sanatorios, que son los que dan la atención médica y contienen a los pacientes y sus familiares, hayan recibido mayores recursos en la misma proporción en que los usuarios vieron aumentar su gasto en seguros médicos.

2.b.- Los precios de los insumos para la atención médica

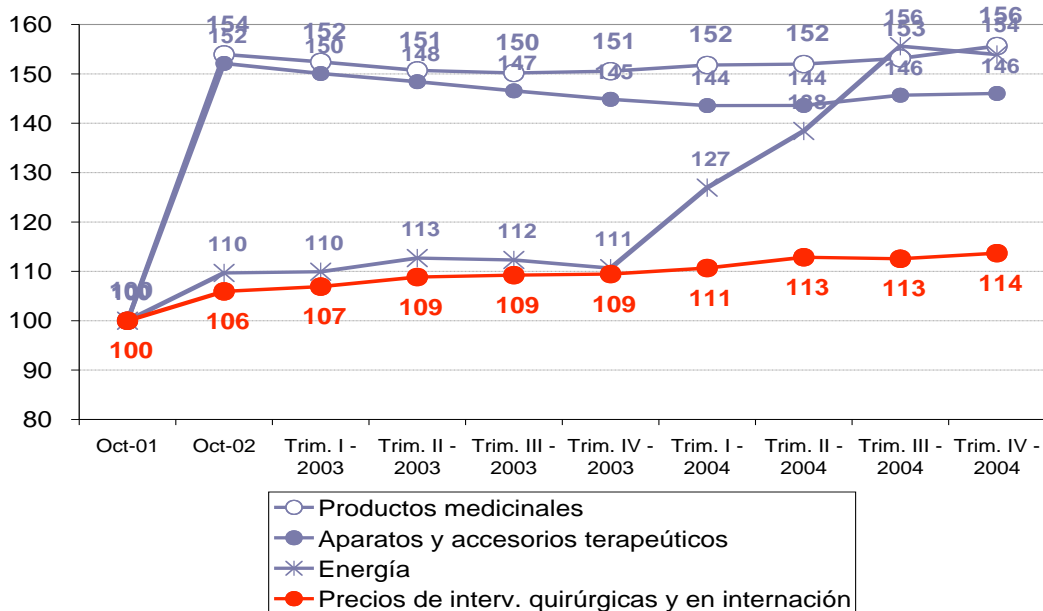
El segundo elemento que muestra cómo la devaluación ha golpeado al sector es comparar la evolución de los precios con lo que vende sus servicios (cuya aproximación es el índice de precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación que produce el INDEC y que se

presenta en el Gráfico 1) contra la evolución de los precios de sus insumos físicos más importantes y, por lo tanto, muy difíciles de reemplazar.

En este sentido, los componentes más importantes de los costos médicos son los precios de los productos medicinales, de los accesorios terapéuticos y de la energía. Este último insumo probablemente pase desapercibido para quienes no conocen la operatoria de una clínica o un sanatorio, sin embargo, piénsese en que estas instituciones deben mantener y asegurar energía eléctrica de manera continua las 24 horas del día los 365 días del año, aun cuando haya cortes de luz para los usuarios comunes, ya que el funcionamiento de los quirófanos, las salas de parto, las nurseries y las salas de cuidados intensivos no pueden detenerse ni un solo minuto. Esto hace que los prestadores de salud deban prever mecanismos alternativos de energía cuando hay cortes, ya sea con equipos electrógenos de emergencia o bien con contratos de usuario mayorista (como son las industrias manufactureras) con las distribuidoras eléctricas, con toda la complejidad que eso significa y, en particular, con el hecho de que su costo no está regulado tan protectivamente por la autoridades como la tarifa domiciliaria.

Desde la salida de la convertibilidad, el índice de precios de productos medicinales aumentó en promedio un **56%**, el de accesorios terapéuticos un **46%** y el de la energía –con cierto retraso– aumentó en el último año un **54%**. Todos muy por encima del **14%** que aumentó el índice de precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación

Gráfico 3. Precios de producto medicinales, accesorios terapéuticos y energía versus precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación



Fuente: elaboración propia en base a INDEC.

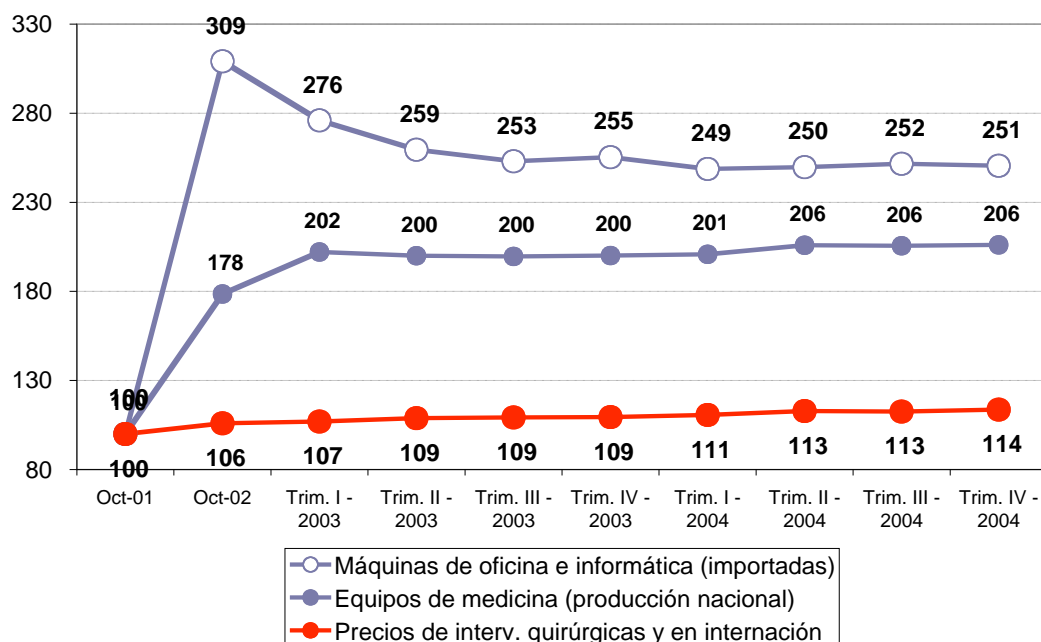
El segundo gran componente de los costos de insumos y que muchas veces se comete el serio error de obviar cuando se hacen cálculos de costos, es el costo de mantenimiento que en el caso de los prestadores de salud es de vital importancia dado que los equipos médicos son irremplazables para ciertos diagnósticos y tratamientos y, además, son de alta sofisticación lo que implica elevados costos de repuestos, mano de obra –por tratarse de técnicos especializados– y, obviamente, de reemplazo si la máquina ha sufrido daño grave.

En general, se tratan de repuestos y maquinarias importadas que han mostrado, como es natural luego de una devaluación de tamaño magnitud, un muy elevado incremento de sus precios. Pero aún cuando haya alternativas de producción nacional, éstas también han incrementado sus precios como resultado natural de que los productores nacionales ajustan sus precios para arriba tendiendo a igualar el precio del producto importado. Los datos oficiales muestran este fenómeno con mucha claridad.

El índice de precios mayoristas del INDEC tiene como sub-componentes a la evolución de los precios importados y de producción nacional. En el caso del sector salud, tiene dos precios que son decisivos en el costo de mantenimiento que son el precio del equipamiento informático –que es importado– y el precio del equipamiento médico –que si bien se tratan de bienes importados y de producción nacional, el precio que releva el INDEC corresponde sólo a los de producción nacional–.

El precio del equipamiento informático “saltó” en el 2002 con la devaluación hasta más que triplicarse para luego ir disminuyendo –producto de que el precio de la informática medida en dólares tiende a bajar en el mundo por la alta productividad de esa industria– hasta colocarse en un nivel que representa un aumento del **151%**. El precio del equipamiento médico, que es de producción nacional, no tuvo un “salto” tan pronunciado como el equipamiento informático, que es importado, pero claramente ha tendido a la igualación con los precios internacionales como se observa en el hecho de que el nivel actual es un **106%** superior al nivel anterior a la devaluación. La diferencia se debe, obviamente, a que se trata de productos diferentes (uno son computadoras y los otros son equipos de medicina), pero lo que es claro es que el precio de los productos nacionales sustitutos de bienes importados tiende a igualar el precio internacional. Otra vez, estos valores están muy por encima –y por encima incluso que el resto de los insumos– que los precios que reciben las clínicas y sanatorios.

Gráfico 4. Precios de producto medicinales, accesorios terapéuticos y energía versus precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación



Fuente: elaboración propia en base a INDEC

2.c.- El costo de la mano de obra

Por último, y no menos importante, como se ha demostrado en la sección anterior, el sector médico prestador es un generador neto de empleo registrado en la seguridad social y en cumplimiento de todas las leyes laborales y convencionales. Desde la recuperación del empleo del 2003, hay evidencias de que los prestadores médicos han hecho una contribución importante al aumento del empleo, en general, y del empleo registrado, en particular.

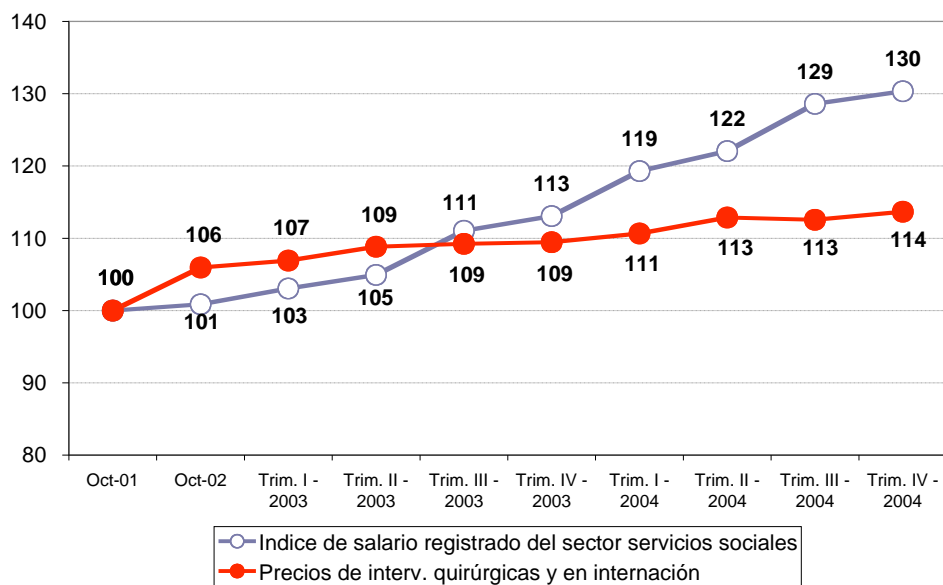
Entre el cuarto trimestre del 2003 y el tercer trimestre del 2004 –comparación imperfecta porque son dos trimestres diferentes, pero son los únicos datos disponibles del INDEC– el empleo asalariado total ha mostrado un importante incremento del 5,1%, y el empleo asalariado en el sector de los prestadores médicos lo ha hecho en 3,9%. El rezago se debe, obviamente, a este problema de desarticulación de los precios relativos.

El Gráfico 5 permite mostrar que a partir, aproximadamente, del segundo trimestre del 2003, cuando desde el Gobierno nacional se dictaron una serie de medidas de políticas destinadas a incrementar el salario formal de la economía, el costo laboral de los sectores sociales de la

actividad privada (salud, educación, y servicios sociales) –medido como el salario imponible más las contribuciones patronales con destino a la seguridad social– se fue incrementando sostenidamente por encima del modesto ajuste que iban teniendo los precios de facturación de los prestadores médicos. Esto llevó a que el costo laboral en la actualidad haya aumentado en un **32%** para los sectores sociales desde la devaluación mientras que los precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación apenas se ajustaron en un **14%**.

Desde esta perspectiva, el desempeño del empleo en el sector médico prestador debería ser considerada como muy bueno si se toma en cuenta que el costo laboral –de manera análoga al costo de los insumos y mantenimiento de los equipos– ha experimentado aumentos por encima del precio que reciben las clínicas y sanatorios. Por ello, sin dejar de compartir el objetivo social que lleva a las autoridades a tomar éstas medidas –que no es otro que el de recuperar el poder adquisitivo de la población– es necesario tener presente que los cambios de políticas en materia de salario tienen un costado negativo –que es el aumento del costo laboral– que no todos los sectores están en condiciones de afrontar cuando hay fuertes desarticulaciones entre el precio de facturación y los precios que se deben pagar por los insumos, que es precisamente el caso del sector médico prestador.

Gráfico 5. Costo laboral y precios de las intervenciones quirúrgicas y en internación



Nota: el costo laboral fue construido a partir de los datos de salario imponible del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) para los sectores sociales y el cómputo de los contribuciones patronales a la seguridad social. La medición es parcial porque no computa los costos de ciertas imposiciones sobre el salario establecidos en el convenio colectivo de trabajo del sector y los costos de despido y litigiosidad laboral.

Fuente: elaboración propia en base a INDEC

A modo de conclusión

Antes de presentar la propuesta que motiva este estudio y que desde el sector médico prestador se ofrece a las autoridades políticas y a la sociedad en su conjunto, se hace un breve recuento de los problemas descriptos. La devaluación ha provocado en el sector una grave desarticulación de sus precios relativos que pone en duda su sostenibilidad, o al menos, su sostenibilidad con el nivel de calidad de atención, el nivel de inversión que ha mostrado hasta el presente y su capacidad de atención. **Dejar caer al sector prestador médico privado por crisis económica es una seria falla de política que compromete el futuro de sanitario de la Argentina toda vez que al menos 1 de cada 2 argentinos recibe servicios médicos de un prestador privado cuando está enfermo.**

La desarticulación es, ni más ni menos, que todos los precios de la economía se han ajustado en consonancia con la devaluación como lo muestran los datos oficiales del INDEC y de la AFIP. La recaudación per capita de la seguridad social y el precio de las empresas de medicina prepaga –que son los principales pagadores de la atención médica en Argentina– aumentaron en **51%** y **33%**, respectivamente; los precios de los insumos médicos como los productos medicinales y los accesorios terapéuticos aumentaron entre **46%** y **56%**; los costos de mantenimiento y reposición de computadoras y equipos médicos, nacionales e importados, aumentaron entre **151%** y **206%**; los costos laborales aumentaron un **32%**. Sin embargo, el precio que reciben las clínicas y los sanatorios por sus principales servicios, que son las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos en internación, han aumentado solamente un **14%**. Es obvio que la situación no es sostenible.

¿Cómo pudo el sector médico prestador sobrevivir tres años en estas condiciones? Las realidades varían en la capacidad empresarial y económica de cada prestador pero a grandes rasgos se puede decir que los mecanismos de supervivencia fueron principalmente tres. En primer lugar, si bien no hay evidencias al respecto, los ajustes deben haber sido afrontados con algunas mejoras en la productividad, es decir, se incrementaron en algún nivel los servicios producidos con los mismos recursos disponibles para afrontar así los mayores precios de los insumos y los mayores costos laborales.

En segundo lugar, muchos prestadores –prácticamente, la mayoría– se han visto obligados a recurrir forzosamente a financiarse con sus proveedores a través de la mora en el pago de sus obligaciones corrientes lo que se tradujo en aumentos crecientes del endeudamiento de las empresas. En este sentido, aunque los pagadores de la seguridad social y las empresas prepagas han estabilizado el ciclo de la cadena de pagos, los pagos se hacen en general con una demora de entre 60 y 90 días lo que no deja espacio a los prestadores médicos a financiarse de otra forma que no sea con la demora en sus propios pagos a los proveedores.

En tercer lugar, esta conducta de financiamiento con atrasos a los proveedores terminó haciéndose extensiva a las obligaciones fiscales, es decir, el sector tiene atrasos en el pago de los impuestos y, en especial, de los impuestos al trabajo que ha llevado a la acumulación de deudas con la seguridad social. El hecho de que el sector haya generado un aumento neto de empleo registrado pero a su vez haya acumulado stocks crecientes de deuda previsional evidencia que la conducta mayoritaria del sector no es la evasión de las cargas sociales sino la morosidad con el fisco, conducta forzada por la desarticulación de los precios de venta en relación al de los insumos y la mano de obra, y un ciclo de la cadena de pago donde el cobro de la facturación se hace entre 60 y 90 días en promedio.

Una propuesta para superar la actual crisis del sector prestador médico de la Argentina.

A primera vista parece que la solución del sector proviene de la mera rearticulación de sus precios relativos, ajustando sus niveles en consonancia con los incrementos observados por los financiadores y los proveedores después de la devaluación. Sin embargo, es claro que una propuesta de estas características es técnicamente compleja de instrumentar porque el sector médico privado actúa en condiciones de mercado, donde no hay regulación de tarifas y por lo tanto poco puede hacer el Estado desde el punto de vista de reacomodar los precios. También será políticamente resistida en un clima económico donde pareciera que se están reavivando las presiones inflacionarias y donde el problema de los aumentos de precios de las prepagas generan fuertes resistencias en la dirigencia política y la sociedad civil.

Lo anterior lleva a pensar que la actual crisis por la que atraviesa el sector debe ser aprovechada, entonces, como una oportunidad para hacer reformas estructurales conducentes a facilitar la productividad de las empresas y tengan así condiciones apropiadas de supervivencia en un entorno altamente adverso. En este sentido, no se trata canalizar demandas por subsidios al Estado sino de pedir racionalidad en la forma que adopta la necesaria intervención del Estado en el cobro de impuestos al trabajo para financiar la seguridad social.

La propuesta es simple en su diseño conceptual y técnicamente factible de implementar. No por ello deja de ser un cambio radical que implicará una solución de largo plazo para el desarrollo del sector médico prestador y una fuente genuina y sostenible de recaudación de impuestos para el Estado.

Sintéticamente, el cambio consiste en **transformar** el mecanismo de cobro de los aportes y contribuciones a la seguridad social desde lo que hoy es un **impuesto porcentual sobre la masa salarial** en un **impuesto porcentual sobre la facturación**, creándose un **régimen de retención** a realizarse sobre los pagos que los financiadores (obras sociales y las prepagas)

efectúan a los prestadores por los servicios realizados. Las obras sociales y las prepagas ingresarían posteriormente a la AFIP los recursos retenidos a través de los medios normales por los que hoy se ingresan las retenciones de otros impuestos, como IVA y Ganancias.

El cálculo para la determinación de la alícuota de retención debe hacerse teniendo en cuenta los ingresos actuales que la AFIP percibe desde los prestadores médicos en concepto de “pago en término”. De esta forma, los prestadores que hoy pagan fuera del plazo de vencimiento, o directamente no pagan y quedan generando deuda, comenzarían a hacerlo en término, solo que diferido en el tiempo ya que se efectivizaría en el momento en que cobra su facturación. Los que hoy sí están pagando dentro del período de vencimiento, recibirían un alícuote importante ya que, además de pagar también en un momento diferido en el tiempo, pagarían un monto inferior porque los primeros –los que hoy están pagando fuera del período de vencimiento o directamente no están pagando–, comenzarían a pagar en término.

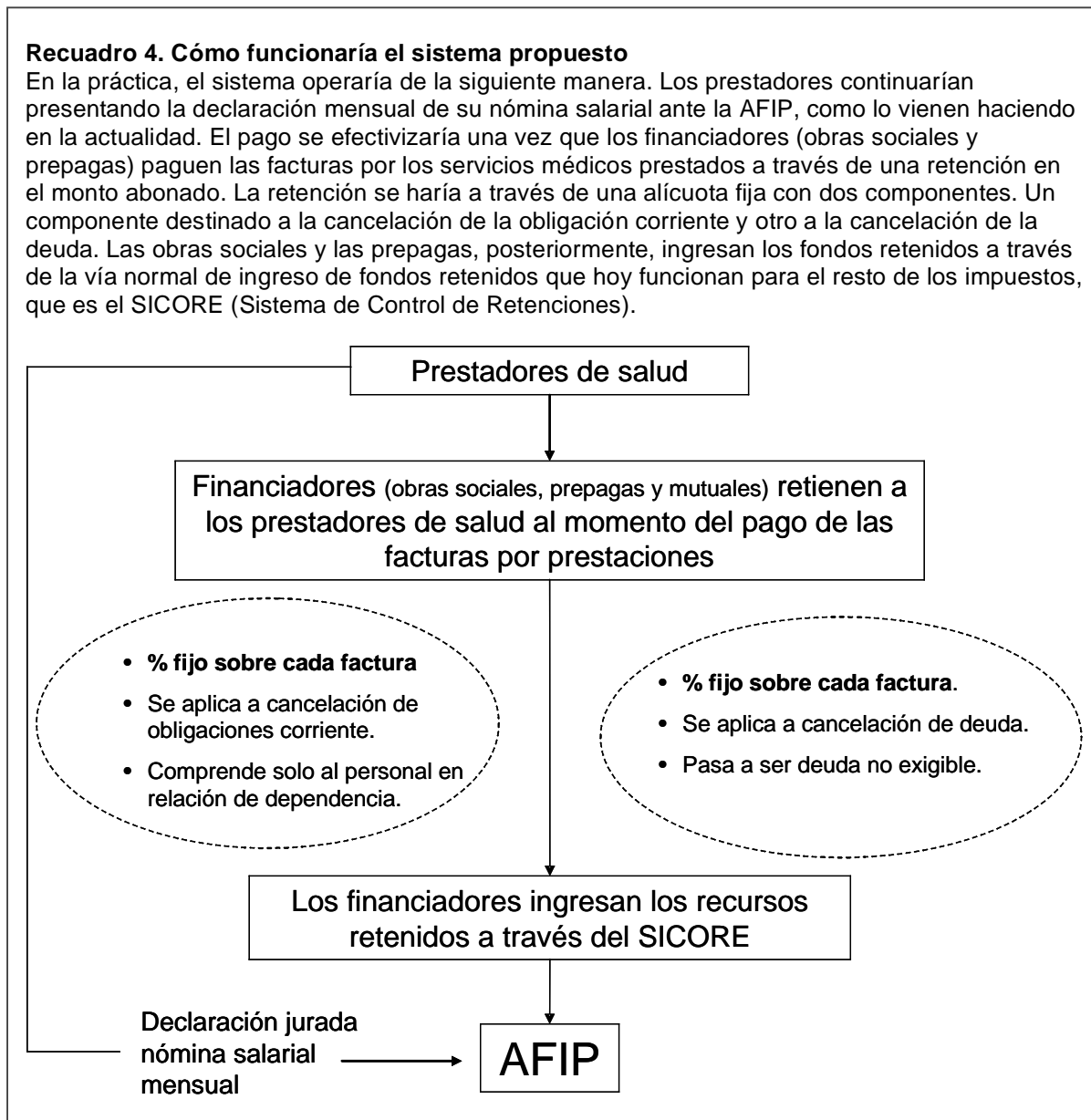
Así, el cambio del mecanismo de pago permite asegurar igual nivel de cobrabilidad con una alícuota inferior. Esto se explica porque los que hoy son morosos y los que generan deuda comienzan a pagar (y el pago es asegurado ya que se trata de una retención). Al conformarse una base de contribuyentes mayor, el esquema permite que todos paguen una alícuota menor. Es un cambio copernicano que premia con un alivio fiscal a quienes hasta hoy vinieron cumpliendo al día con sus obligaciones tributarias a pesar de la adversa situación económica por la que atraviesa el sector y un reconocimiento de las bajas posibilidades de pago que tienen los que hoy vienen generando deuda facilitándoles la supervivencia con un calendario de pago más apropiado a sus posibilidades y una carga fiscal más atenuada.

Finalmente, para que el esquema sea verdaderamente efectivo se debe prever la inclusión del pago por la deuda acumulada dentro de la alícuota que se defina. El actual problema de las deudas acumuladas y los planes de pago que se instrumentan desde la AFIP es que el peso de los intereses es demasiado gravoso para el corto periodo que se exige para el repago, con lo cual, la cuota que se deriva de los sucesivos planes de facilidades de pago que se han instrumentado hasta ahora tienen una fuerte incidencia en los costos de las empresas, llegando incluso a superar el monto mensual que la empresa debe pagar en concepto de obligación regular. Esto explica que los planes de facilidades de pago tradicionales no hayan sido efectivos para lograr atenuar el peso de la deuda previsional sobre los prestadores de salud.

Una nueva filosofía debe partir de la premisa de que es más importante mantener en la legalidad a los prestadores médicos que apurar el repago de una deuda fiscal que se generó porque haber cumplido con dicha obligación hubiera significado la inviabilidad financiera de los prestadores médicos. De esta forma, la deuda debe ser no exigible bajo la condición de

que el prestador cumpla regularmente con el repago de su deuda pero con exigencias viables y sostenibles en el tiempo. Para esto, la alternativa más apropiada es incorporar este pago mensual en concepto de deuda dentro del mecanismo de retención sobre la facturación con un alícuota viable.

Para ilustrar el esquema propuesto de pago de las obligaciones fiscales con la seguridad social se presenta el Recuadro 4.



Una aproximación a la metodología de cálculo para determinar el nivel de la alícuota

Una forma de estimar el nivel que debería tener la alícuota a aplicarse sobre la facturación para que el cambio sea neutro es estimar el monto que el sector prestador paga en término

(antes del vencimiento) en concepto de aportes y contribuciones, y luego dividir este monto por el valor bruto de la producción del sector que, si bien es una aproximación imperfecta de la facturación, al menos permite tener una idea aproximada de los montos involucrados.

Según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC para el tercer trimestre del 2004, el sector salud genera 686.000 puestos de trabajo de los cuales 396.000 pertenecen al sector privado. De éstos, 252.000 son empleos asalariados en relación de dependencia, de los cuales, **166.320 son empleos registrados**. A su vez, según las declaraciones juradas de las empresas privadas de salud a la AFIP, el monto devengado en concepto de aportes y contribuciones a la seguridad social por estos puestos de trabajo ascendería a aproximadamente **632 millones de pesos anuales**, monto que es consistente con los 166.320 puestos de trabajo que se estiman con la EPH del INDEC.

Sin embargo, este monto devengado no es abonado enteramente a la fecha de vencimiento de la obligación ya que la crisis del sector obliga a mucha empresas prestadoras de salud a posponer los pagos para financiar el mantenimiento de la actividad, lo que genera deudas que al cabo de pocos meses ya se tornan impagables por los altos intereses punitivos que aplica la AFIP. Una vez que la percepción del empresario es que la deuda se vuelve impagable, la morosidad en el pago se profundiza y hasta inclusive hay quiénes dejan de pagar a la espera de una plan de facilidades de pago. Según un relevamiento entre los asociados de ADECRA, aproximadamente un **49,8%** de empresas declaran pagar las contribuciones fuera de término por imposibilidades financieras. Esto significa que el monto que los prestadores de salud estarían pagando en término (dentro del plazo de vencimiento) es de aproximadamente **320 millones de pesos anuales**.

Según los datos de Cuentas Nacionales que produce trimestralmente el Ministerio de Economía, el valor bruto de la producción del sector privado en salud se estima en aproximadamente **14.035 millones de pesos anuales** lo que dividiéndolo por lo que efectivamente estarían pagando hoy los prestadores médicos arroja una porcentaje de **2,27%** (Recuadro 5).

Esto significa que, en términos generales, se podría decir que una alícuota en la proximidad de los **2,5% de la facturación** permitiría, en principio, recaudar un monto similar al que ahora se esta recaudando por la vía del pago en término, es decir, antes del vencimiento de la obligación. Por el lado de la deuda existente, un alícuota adicional de **0,5% de la facturación** –que sería el 20% del pago regular– sería viable para que el sector pueda ir pagando la deuda acumulada sin los problemas de inseguridad jurídica que produce la deuda exigible.

Recuadro 5. Esquema de la metodología de cálculo de la alícuota

En base a diferentes fuentes oficiales de información se puede ilustrar mediante un esquema simple cuál es la lógica de cálculo para que la alícuota que se determine para aplicarse a la facturación sea neutral desde el punto de vista de mantener los recursos que hoy se recaudan a término (antes del vencimiento).

EPH. III trimestre 2004

Total trabajadores
en el sector salud
686.000

Trabajadores sector
privado de salud
396.000

Trabajadores sector
privado de salud
asalariados
252.000

Trabajadores sector
privado de salud
asalariados
registrados
166.320

AFIP. En base agosto 2004

Recuadación anual
teórica: **\$631.570.000**

ADECRA. En base a encuesta a asociados

Pagado en término:
\$318.300.000

Cuentas nacionales.

Valor bruto de la producción del
sector privado de la salud:
\$14.035.000.000

**El monto pagado en término representa el
2,27% del valor bruto de la producción del
sector privado de la salud**

Un elemento que podría ser objeto de cuestionamiento de esta metodología es que aplica al cálculo de la alícuota lo que hoy se paga dentro del término del vencimiento y, por lo tanto, excluye a los que se paga en mora, o bien, que no se paga pero genera obligación exigible. El fundamento para realizar el cálculo de esta forma es, precisamente, que lo que el mecanismo propone es **sincera una situación que se está dando de hecho** (que es la alta morosidad y hasta el no pago de las obligaciones previsionales) producto de la ya prolongada crisis que vive el sector como consecuencia de una grave desarticulación de sus precios relativos (que se demuestra claramente en este estudio). Con este esquema se logra el doble objetivo de premiar a los que se mantuvieron cumpliendo en término a pesar de la crisis y de dar condiciones razonables de cumplimiento a los que ya no pueden seguir

cumpliendo. Aceptando que el sector médico prestador ha llegado a su límite de cumplimiento y no puede pagar montos superiores de impuestos al trabajo sin comprometer seriamente los puestos de trabajo, el esquema propuesto es superior de la situación actual porque hace que el sector continúe pagando lo que viene pagando solo que redistribuyendo las cargas desde lo que tienen menor capacidad económica (los prestadores que menos facturan) hacia los que tiene mayor capacidad económica (los prestadores que más facturan), y no cómo es actualmente que la carga de la imposición va desde los que menos puestos de trabajo generan hacia los que más puestos de trabajo generan, o protegen dados que muchos están al borde de la quiebra.

Por último, es de importancia decisiva que el esquema propuesto sea a través de una retención para así el Estado asegurar su cobro y para que los prestadores puedan hacer coincidir el momento de pago de la obligación con el momento en que los financiadores le hacen efectivo el pago de su facturación.

Una estimación del costo fiscal de la medida propuesta

El costo teórico para el Estado del esquema propuesto es la porción de obligación que hoy se devenga pero que no se estaría pagando en término, es decir, la diferencia entre los 632 millones de pesos que sería la recaudación anual teórica y los 320 millones de pesos que sería lo que se paga en término. Esto es, **312 millones de pesos anuales**.

Para determinar el impacto de la medida basta con notar que este costo representa apenas el **0,26% de los ingresos totales del Gobierno Nacional** o el **2,7% del superávit fiscal luego de pago de intereses de deuda pública**. Como se observa, son montos verdaderamente exiguos para el Estado nacional pero de importancia decisiva para la sostenibilidad del sistema médico prestacional. Además, su justificación social está dada por el mismo hecho de la actual buena situación fiscal se debe precisamente al efecto de la devaluación, con lo cual es pertinente que un sector que evidencia estar muy perjudicado por la devaluación aspire a acceder a una compensación que le permita sostener su actividad.