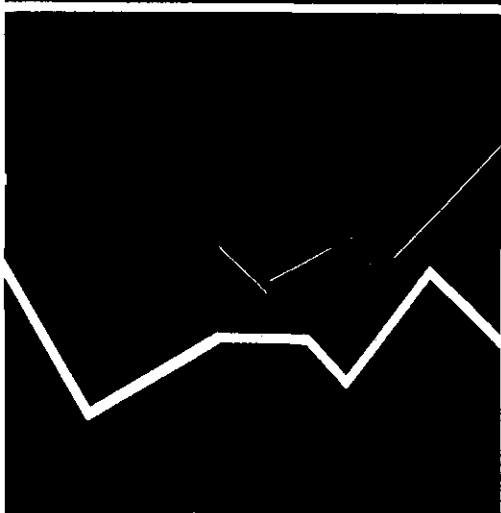
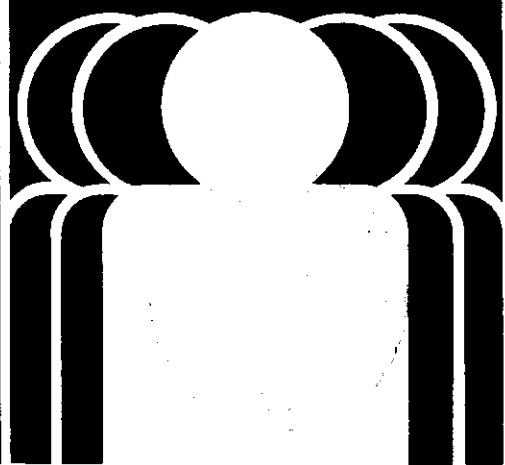


financiamiento de las políticas sociales

Fernando Rezende

Estudios
ILPES UNICEF
Sobre Políticas
Sociales





NACIONES UNIDAS



UNICEF

FINANCIAMIENTO DE LAS POLITICAS SOCIALES:

Fernando Rezende

*Este documento, fue preparado en virtud del Convenio Escuela Brasileña de Administración Pública/Fundación Getulio Vargas/ILPES, siendo Coordinador del Proyecto el Sr. Fernando Antonio Rezende da Silva, e investigadores técnicos los señores Edgar Acosta Díaz y José C. Castanhar.

SANTIAGO DE CHILE, 1983

ILPES — UNICEF

**FINANCIAMIENTO
DE LAS
POLITICAS SOCIALES**

Fernando Rezende

Inscripción N° 57602

Primera edición, 1983

**E/CEPAL/ILPES/G.20
E/ICEF/TACRO/G.1008
Agosto de 1983**

**Diseño y Diagramación
Taller de Diseño M & A**

Impreso en Chile/Printed in Chile

INDICE

Prólogo	1
I. EL FINANCIAMIENTO DE LA POLITICA SOCIAL	5
1. Cuestiones previas	5
2. Un modelo para analizar los límites financieros a la expansión de las políticas sociales	6
3. Una extensión del modelo: la deuda como otra opción de financiamiento	11
4. Las posibles consecuencias de las restricciones financieras en la forma de aplicar las políticas	14
II. LA POLITICA DE PREVISION Y ASISTENCIA SOCIALES: EL CASO DE LA ASISTENCIA MEDICA	19
1. Objetivos de los planes y actividades del gobierno	19
2. Modificaciones institucionales en la prestación de servicios médico-hospitalarios y la ampliación de la atención ..	25
III. REPERCUSIONES REDISTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO ..	31

1. Introducción	31
2. Incidencia de la contribución previso- nal	33
3. Análisis de la distribución de beneficios	36
4. Conclusión	39
IV. LA REMUNERACION DE LOS SERVI- CIOS HOSPITALARIOS: COSTOS DE LA ASISTENCIA MEDICA Y SITUACION FINANCIERA DEL SISTEMA DE SEGU- RIDAD SOCIAL	43
1. Introducción	43
2. Forma de pago de los servicios hospita- larios contratados por el Sistema de Se- guridad Social	43
3. La reducción del valor real de las tari- fas de atención diaria	45
4. Análisis empírico de los costos de los servicios hospitalarios y del efecto de la reducción de las tarifas diarias sobre la estructura de ingreso de los hospitales contratados	51
5. Conclusiones	62
V. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	67
Anexo I	
La evolución institucional y la forma de fi- nanciamiento del Sistema de Seguridad Social en el Brasil	73

Prólogo

El presente estudio tiene como objetivo investigar la política de asistencia médica llevada a cabo dentro del sistema de seguridad social en el Brasil. Examina en particular los mecanismos de financiamiento utilizados para ejecutar dicha política, los aspectos redistributivos de esos mecanismos y su efecto en la evolución de los gastos derivados de la política señalada, y procura analizar las perspectivas futuras del sistema en caso de mantenerse los mecanismos existentes. En consecuencia, en el capítulo I se examina el financiamiento de las políticas sociales, y se propone un modelo de análisis de los límites financieros a la expansión de dichas políticas; en el capítulo II se analiza la política de previsión y asistencia social en el Brasil, haciendo hincapié en el programa de asistencia médica y tratando de identificar las contradicciones existentes entre las intenciones y las acciones del gobierno en dicho sector; en el capítulo III se evalúa el efecto redistributivo del citado programa, distinguiéndose entre diferentes modalidades de prestación de servicios; en el capítulo IV se abordan algunos aspectos relacionados con la remuneración de los servicios hospitalarios y los efectos de tales mecanismos en el costo de la asistencia médica y en la situación financiera del sistema de seguridad social; por último, en el capítulo V se reseñan las conclusiones emanadas del análisis anterior, y se procura delinear algunas perspectivas de la evolución de la política analizada.

I. EL FINANCIAMIENTO DE LA POLITICA SOCIAL

1. CUESTIONES PREVIAS

2. UN MODELO PARA ANALIZAR LOS LIMITES FINANCIEROS A LA EXPANSION DE LAS POLITICAS SOCIALES⁴

3. UNA EXTENSION DEL MODELO: LA DEUDA COMO OTRA OPCION DE FINANCIAMIENTO

4. LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LAS RESTRICCIONES FINANCIERAS EN LA FORMA DE APLICAR LAS POLITICAS

I. EL FINANCIAMIENTO DE LA POLITICA SOCIAL

1. CUESTIONES PREVIAS

La escasez de recursos presupuestarios y las dificultades para acrecentar con rapidez la tributación han conducido a una diversificación creciente de los mecanismos de financiamiento de la política social en el Brasil, y, por ende, a serias distorsiones en la ejecución de esas políticas. La política habitacional, por ejemplo, ha pasado a depender casi exclusivamente de contribuciones destinadas a constituir un patrimonio futuro para el trabajador, comprometiendo los propósitos de subsidiar la construcción de viviendas para las familias de bajos ingresos.¹ La política de salud, cuyos recursos provienen principalmente de las contribuciones para la seguridad social, se concentra en las actividades curativas, a despecho de la necesidad de ampliar los programas de índole preventiva.² La política educacional, recién impulsada con la implantación de un sistema de crédito educativo, no contribuye satisfactoriamente a modificar las oportunidades de movilidad social y de acceso a mejores empleos.³

Una conclusión implícita en todos esos trabajos es que recurrir a modalidades de financiamiento que no sea la tributación general limita la potencialidad redistributiva de esas políticas, ya que la obtención del beneficio pasa a depender de la capacidad de pago del propio usuario, o de su participación regular en el mercado formal de trabajo (ya que la mayor parte de las contribuciones especiales se basa en la nómina de pago de las empresas). Por lo tanto, interesa examinar en forma más objetiva cuáles son los límites financieros que se oponen a la expansión de las políticas sociales con los recursos provenientes de la recaudación tributaria general del gobierno. Si se admite que existen restricciones políticas a incrementos continuos y demasiado rápidos de los índices globales de la carga tributaria, esos coeficientes constituyen un buen indicador de los límites a la expansión de los programas gubernamentales. Hay que tratar de examinar entonces cuál es el efecto que la decisión de expandir un determinado programa social tendría en los coeficientes globales de carga tributaria, qué distorsiones resultarían de las tentativas de sortear un problema introduciendo cambios en la forma de organizar la ejecución de la política y en los respectivos mecanismos de financiamiento.

¹ Wanderly J.M. de Almeida, *FGTS: Uma Política de Bem-estar Social*, Rio de Janeiro, IPEA/INPES, Coleção Relatórios de Pesquisa N° 30, 1976.

² Fernando A. Rezende da Silva y Dennis Mahar, *Saúde e Previdência Social-Uma Análise Económica*, Rio de Janeiro, IPEA/INPES, Coleção Relatórios de Pesquisa N° 21, 1974.

³ Alberto de Mello e Souza, *Financiamento da Educação e Acesso a Escola no Brasil*, Rio de Janeiro, IPEA/INPES, Coleção de Relatórios de Pesquisa N° 42, 1979.

El reconocimiento de esos límites significa admitir que no habrá modificaciones radicales de la organización económica de los países del continente hacia una colectivización total de la producción. No obstante, el modelo que se presenta a continuación no intenta fijar numéricamente los límites mencionados. Se procura cuantificar, bajo ciertas premisas, cuál sería el incremento de los coeficientes de la carga tributaria global para diferentes porcentajes de inversión en la expansión de las políticas sociales. El criterio acerca de cuál es el límite de esa expansión escapa, obviamente, a consideraciones de naturaleza puramente técnica y pasa a depender de argumentos políticos e institucionales.

Por eso mismo el modelo que se presenta a continuación no tiene en cuenta la posibilidad de que el ritmo de crecimiento de la recaudación tributaria se vea afectado momentáneamente por cambios en las prioridades políticas que impliquen, por ejemplo, reducir gastos militares y transferir recursos que antes se aplicaban a ese fin para financiar programas sociales. En todo caso, vale la pena señalar que una modificación de esta naturaleza no eliminaría en forma permanente la presión fiscal emanada de sucesivos incrementos de las políticas sociales, ya que su efecto se observaría sólo una vez.

La forma más habitual de superar los límites financieros impuestos por restricciones al crecimiento de la carga tributaria consiste en modificar la forma de organizar la producción y el financiamiento de políticas sociales, constituyendo empresas gubernamentales o subsidiando empresas privadas del sector. En tal caso, la responsabilidad por el financiamiento se transfiere directamente al usuario o consumidor de los servicios a quien correspondería el pago directo de los servicios prestados. Parece innecesario subrayar que la privatización de los servicios sociales constituye una solución indeseable si se desea alcanzar una mayor equidad en la distribución de los beneficios del programa.

2. UN MODELO PARA ANALIZAR LOS LIMITES FINANCIEROS A LA EXPANSION DE LAS POLITICAS SOCIALES⁴

Una característica común a algunas de las políticas sociales más importantes (de salud y educación, por ejemplo) es el elevado coeficiente de recursos de operación necesarios para sustentar los programas respectivos. Pese a que no se conocen estudios decisivos al respecto es razonable suponer que el volumen de recursos financieros requeridos para el funcionamiento de nuevas unidades encargadas de prestar servicios sociales sea por lo menos igual a los recursos utilizados en la construcción e instalación de las mismas. Así, un aumento de la inversión repercutiría posteriormente en los gastos corrientes, llevando a una expansión acumulativa de los gastos gubernamentales en programas sociales. Además, como en la mayor parte de los programas del área social la calidad del servicio depende de la realización de un mayor volumen de gastos corrientes, la presión por el aumento de dichos gastos no cesa con el logro eventual de un nivel adecuado de oferta, toda vez que, a partir de ese instante, las preocu-

⁴ El modelo que se presenta a continuación fue elaborado originalmente en un trabajo presentado al II Seminario sobre Financiamiento de la Educación, auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo y realizado en Ciudad de México, en noviembre de 1978. Véase F. Rezende, "O Setor Público e os Gastos em Educação na América Latina" (mimeo, 1978).

paciones por la calidad del servicio tienden a tornarse cada vez más importantes.

Ese aspecto tiene suma importancia en el análisis de futuras presiones para que se dé mayor prioridad a la política social en los países en desarrollo. Un ejercicio numérico ofrece elementos más concretos para que tales perspectivas puedan analizarse objetivamente. Consideremos, inicialmente, las relaciones siguientes:

$$(1) G_t = C_t + I_t$$

$$(2) G_t = T_t$$

$$(3) T_t = \alpha Y_t$$

$$(4) C_t = \beta G_t$$

$$(5) E_t = \gamma I_t$$

$$(6) \Delta C_t = \lambda I_t$$

donde

G representa el total de gastos públicos, C e I los gastos de operación y de inversión, respectivamente; T la recaudación tributaria y E la inversión en programas sociales. El coeficiente α es el indicador del tamaño del sector público, representando, inicialmente, tanto el coeficiente de carga tributaria global como el coeficiente de gastos en relación con el producto interno bruto. El volumen de los gastos públicos en un determinado período t está dado por la relación

$$G_t = \alpha Y_t$$

de donde,

$$D_t = \alpha \beta Y_t$$

$$I_t = \alpha Y_t (1 - \beta)$$

El volumen de gastos corrientes en el período $t+1$ depende del volumen (y de la composición) de las inversiones realizadas en el período t . Sabemos que los programas sociales tienen un elevado coeficiente de crecimiento de los gastos corrientes para un nivel dado de inversiones, mientras que el mismo coeficiente es pequeño para el caso de programas relacionados con el desarrollo de la infraestructura económica. Por ende, la composición de las inversiones incide en el valor medio del coeficiente λ y en el ritmo de expansión de los gastos corrientes. Según las hipótesis precedentes, los gastos corrientes del período $t+1$ se determinarán por la relación siguiente:

$$C_{t+1} = C_t + \lambda I_t$$

o

$$\frac{C_{t+1}}{C_t} = \frac{\alpha \beta Y_t + \lambda \alpha Y_t - \lambda \alpha \beta Y_t}{\alpha \beta Y_t} = 1 + \frac{\lambda}{\beta} - \lambda$$

Es decir, el ritmo de crecimiento de los gastos corrientes depende de los parámetros β (relación entre los gastos corrientes y el total de los gastos gubernamentales) y λ (relación entre el incremento de los gastos corrientes y el nivel de inversiones). Por ejemplo, si $\beta = 0.8$ y $\lambda = 0.6$ la relación C_{t+1}/C_t sería igual a 1.15, lo que representa un incremento real del 15% del gasto gubernamental en relación con el año anterior.

En consecuencia, controlar el parámetro λ sería una de las formas de controlar el crecimiento de los gastos corrientes. Vimos que dicho parámetro depende de la composición de las inversiones y debe crecer con el aumento de la participación de los programas sociales en el total de las inversiones. Entre los programas sociales destacan la salud y la educación, por la gran necesidad de gastos operacionales para un nivel dado de inversiones. Por ende, la participación de las inversiones sociales en el total de inversiones repercute sobre la tasa de crecimiento de los gastos corrientes y sobre el tamaño relativo del sector público, medido por la relación gastos/producto interno bruto.

Supongamos que para el conjunto de los programas sociales la relación $\Delta C/I$ sea igual a 1, y que para los demás programas cuyas inversiones son financiadas con recursos presupuestarios ese mismo coeficiente sea igual a 0, de modo que el valor de λ dependa básicamente del coeficiente $E/I = \gamma$.⁵ En tal caso, el ejercicio anterior puede presentarse así:

$$C_t = \alpha \beta Y_t$$

$$C_{t+1} = \alpha \beta Y_t + E_t$$

$$C_{t+1} = \alpha \beta Y_t + \gamma I_t$$

como

$$I_t = (1-\beta) \alpha Y_t$$

$$C_{t+1} = \alpha \beta Y_t + \gamma [\alpha Y_t - \alpha \beta Y_t]$$

y

$$\frac{C_{t+1}}{C_t} = 1 + \frac{\gamma}{\beta} - \gamma$$

Si $\beta=0.8$ y $\gamma=0.2$ la relación entre los gastos corrientes en el período $t+1$ y en el período t sería igual a 1.05, o sea, habría un incremento de 5% en relación con el período anterior.

Es evidente que ese incremento de los gastos corrientes representaría una presión adicional sobre el presupuesto, con dos consecuencias posibles: i) una reducción porcentual de la inversión pública en relación con el producto interno; o ii) un aumento de tamaño del sector público, medido por la relación entre los gastos totales y el producto interno bruto.

La primera alternativa, es decir, una reducción no porcentual de la inversión, contraría la importancia que suele atribuirse a la tasa de inversión en la formulación de políticas de crecimiento. La segunda —aumento del sector público— contraría las manifestaciones en pro de dar mayor importancia a la iniciativa privada en los modelos de desarrollo.

Una tentativa de cuantificación ayuda a establecer una evaluación más correcta de esos conflictos, tratando de responder a las preguntas siguientes: i) ¿Cuál es la proporción de inversiones sociales compatibles con el propósito de mantener constantes las relaciones G/Y e I/G ?; ii) ¿Cuál es el aumento necesario de G/Y para mantener constante la razón I/G , dado un coeficiente fijo de participación de inversiones sociales en el total del presupuesto?

⁵ Estamos suponiendo, para simplificar, que las inversiones públicas financiadas con recursos tributarios se distribuyen entre programas sociales, con un coeficiente unitario de incremento en relación a las nuevas inversiones y programas de infraestructura económica en que ese coeficiente se estima igual a 0.

Las respuestas a esas preguntas dependen, además, de la tasa de crecimiento del producto. Para una tasa θ de crecimiento del producto, el total de gastos del período $t+1$ sería igual a:

$$G_{t+1} = C_{t+1} + I_{t+1}$$

$$G_{t+1} = [\alpha\beta + \gamma\alpha(1-\beta)] Y_t + I_{t+1}$$

La primera restricción, es decir, mantener constante la relación I/G , significa admitir que:

$$\frac{I_{t+1}}{G_{t+1}} = \frac{I_t}{G_t} = 1 - \beta$$

Basándose en las definiciones anteriores, y teniendo presente que

$$Y_{t+1} = Y_t (1-\theta)$$

es posible demostrar que la razón

$$\frac{G_{t+1}}{Y_{t+1}} / \frac{G_t}{Y_t} \text{ sería, entonces igual a}$$

$$\frac{G_{t+1} / Y_{t+1}}{G_t / Y_t} = \frac{\alpha\beta + \gamma\alpha(1-\beta)}{\beta(1-\theta)} \cdot \frac{1}{\alpha} = \frac{\beta + \gamma(1-\beta)}{\beta(1+\theta)}$$

Para que se cumpla la segunda condición (constancia de la relación G/Y) la razón debería ser igual a uno, y la proporción de inversiones sociales compatibles con las hipótesis quedaría determinada por:

$$\gamma = \frac{\beta\theta}{1-\beta}$$

o sea,

$$\frac{\gamma}{\theta} = \frac{\beta}{1-\beta}$$

sería condición necesaria para que ambas relaciones G/Y e I/G permanecieran constantes a lo largo del tiempo.

Para el valor de β ya considerado, la razón γ/θ sería igual a 4, es decir, el porcentaje de inversiones sociales (en relación con el total de inversiones gubernamentales) podría ser como máximo igual a 4 veces la tasa de crecimiento del producto interno bruto, para que las condiciones ya establecidas de estabilidad de las relaciones G/Y e I/G se cumplieran. En esas condiciones, la hipótesis anterior de que 20% de las inversiones se destinarían a programas sociales sería compatible con una tasa de crecimiento económico de 5%. En cuanto a la segunda pregunta, la respuesta a la primera demuestra que un aumento de G/Y se daría siempre que la proporción de las inversiones sociales en el total de inversiones (γ) fuera fijada en un nivel superior a 4 veces la tasa de crecimiento del producto, manteniéndose constante también la proporción de gastos corrientes en el total de gastos (β).⁶ En tal caso, si la tasa de crecimiento del producto

⁶ Fijada la proporción de gastos corrientes (β) queda fijada automáticamente la proporción de inversiones, que es su complemento ($1-\beta$).

(θ) fuera igual a 5% y el porcentaje de inversiones sociales (γ) se fijara en 30%, el incremento del coeficiente α quedaría determinado así:

$$\frac{G_{t+1} / Y_{t+1}}{G_t / Y_t} = \frac{\beta + \gamma (1-\beta)}{\beta (1+\theta)} - 1 \quad 024$$

Por tanto, el resultado indica un crecimiento de 2.4% del coeficiente gastos totales/producto interno bruto, uno de los indicadores globales de participación del Estado en la economía.

El cuadro 1 señala algunas simulaciones optativas considerando hipótesis diferentes respecto de los valores de los parámetros utilizados en el ejercicio anterior.

Cuadro 1

PORCENTAJE DE INCREMENTO DEL COEFICIENTE GASTOS/PRODUCTO INTERNO BRUTO SEGUN DIFERENTES VALORES DE γ Y θ , SUPONIENDO QUE SEA CONSTANTE E IGUAL A 0.8

$\gamma \backslash \theta$	0.03	0.05	0.07	0.1
0.2	1.9	0	-	-
0.3	4.4	2.4	-	-
0.4	6.8	4.8	2.8	0

Nótese que cuanto mayor sea la diferencia entre la tasa de crecimiento del producto y el porcentaje de inversiones en programas sociales, mayor sería el ritmo de aumento anual de la participación del Estado en la economía. La tasa de crecimiento del producto impone, así, un límite importante a la capacidad del gobierno de financiar programas sociales, dadas las restricciones existentes en cuanto a aumentos notorios y demasiado rápidos del grado de estatización.

Como en la mayoría de los países de América Latina las inversiones gubernamentales representan una parte importante de las inversiones totales, la composición de esas inversiones desempeña un papel importante en la determinación de las tasas de crecimiento económico. Si bien las llamadas inversiones en infraestructura económica tienen un efecto más directo e inmediato sobre la tasa de crecimiento que las llamadas inversiones sociales, una proporción mayor de esas inversiones en el total de inversiones públicas puede hacer viable desde el punto de vista financiero una tasa relativamente más elevada de inversiones sociales en el tiempo.

Por otra parte, la falta de una visión de más largo plazo en la programación de los gastos gubernamentales puede explicar la elevada inestabilidad de la proporción de inversiones gubernamentales destinadas a salud y a educación, por ejemplo, toda vez que un porcentaje demasiado elevado de inversiones en un período determinado provoca crisis financieras en el período siguiente, llevando a que se modifiquen completamente las decisiones en la asignación de nuevos recursos.

Es evidente que una forma de tratar de evitar, o por lo menos de aplazar, esas crisis financieras es procurar reducir los gastos corrientes a través de medidas de racionalización administrativa (en el lenguaje del modelo anterior, significaría un esfuerzo para reducir el valor del coeficiente β). Sin embargo,

esas medidas producen resultados altamente dudosos desde el punto de vista de la calidad del servicio prestado y de la equidad en la repartición de beneficios del programa. Como la mayor parte de los gastos corrientes de los programas sociales está vinculada al pago de personal, la comprensión de los gastos corrientes se obtiene habitualmente concediendo reajustes salariales inferiores a la desvalorización efectiva de la moneda, provocando la caída del salario real de la mano de obra empleada en el sector. Con salarios reales bajos, disminuye la calidad media y el interés del personal empleado en el sector, con perjuicios evidentes para la calidad del servicio.

Otra posibilidad es que el deseo de reducir gastos corrientes provoque cambios en la forma de organizar la producción de servicios. En vez de expandir la producción propia que, como vimos, crea el problema futuro de conseguir recursos financieros para garantizar su funcionamiento, el gobierno puede fomentar la expansión del sector privado mediante la concesión de ventajas fiscales o crediticias. No obstante, nótese que si bien esa estrategia reduce la presión de los programas sociales sobre los recursos fiscales, distorsiona considerablemente la distribución de los beneficios de dichos programas. Volveremos sobre este aspecto más adelante.

3. UNA EXTENSION DEL MODELO: LA DEUDA COMO OTRA OPCION DE FINANCIAMIENTO

En las simulaciones anteriores se postuló que las inversiones fiscales se financiaban íntegramente con recursos tributarios, de manera que un aumento de los gastos corrientes implicaba siempre una disminución del ahorro en cuenta corriente del gobierno y de los gastos de inversión.

A juzgar por informaciones divulgadas últimamente por la CEPAL, esta hipótesis es poco compatible con la realidad de los países latinoamericanos, donde el ahorro en cuenta corriente del gobierno es casi inexistente.⁷ En ese caso, el financiamiento de las inversiones pasa a depender de recursos extra-presupuestarios o de operaciones de crédito, ya que la suma de los gastos (corrientes y de inversión) supera el límite impuesto por la recaudación tributaria.

El aumento de la proporción de gastos corrientes no resulta necesariamente en una disminución de la inversión, cuando pueden mobilizarse otras formas de financiamiento. Sin embargo, se agrava la posibilidad de que esa solución genere problemas futuros, sobre todo en lo que dice relación con el ritmo de crecimiento del sector público.

Ahora bien, supongamos que el volumen de gastos supere la recaudación tributaria y que el déficit (D) sea financiado por títulos de la deuda pública. La ecuación (2) queda ahora sustituida por:

$$(2') G_t = T_t + D_t$$

incrementándose en el modelo la relación

$$(7) D_t = \sigma Y_t$$

El recurso a la deuda provoca otra modificación interesante, que es el hecho de que esas operaciones generan obligaciones financieras futuras repre-

⁷ Véase CEPAL, Indicadores del desarrollo económico y social en América Latina, E/CEPAL/1021, 1976.

sentadas por los pagos anuales por concepto de intereses de dicho endeudamiento. Así, se torna necesario agregar la hipótesis de que esas anualidades son perpetuas y quedan representadas por la relación

$$R = rD_t$$

donde r representa la tasa de interés que paga el gobierno.⁸

Con esas modificaciones se puede demostrar que la tasa de crecimiento de la razón G/Y quedaría determinada por la expresión siguiente:

$$\frac{G_{t+1} / Y_{t+1}}{G_t / Y_t} = \frac{\gamma (1-\beta) + (\gamma+r) \delta / \alpha \beta \theta}{\beta (1+\theta)}$$

Es decir, además de los parámetros anteriores, la tasa de crecimiento del coeficiente gastos/producto interno bruto pasa a depender también de la estructura del financiamiento, o de la proporción entre deuda y gravámenes en el financiamiento de las inversiones. Ceteris paribus, cuanto mayor sea la parte de las inversiones financiadas con recursos provenientes de la deuda pública, mayor será el ritmo de crecimiento del sector público. Como lo demuestran los resultados reunidos en el cuadro 2, para un coeficiente de inversión constante e igual al 30% de los gastos, la tasa de crecimiento de la relación G/Y aumenta a medida que aumenta el valor de β , es decir, a medida que aumenta la proporción de la deuda en el financiamiento de la inversión.

Cuadro 2
PORCENTAJE DE INCREMENTO DE G/Y SUPONIENDO QUE $I/G = 0.3 Y r + 0.06$

γ	β	$\theta = 0.05$			$\theta = 0.08$		
		0.8	0.9	1.0	0.8	0.9	1.0
0.2		4.4	5.2	5.9	1.5	2.3	2.9
0.4		12.6	13.4	14.0	9.5	10.2	10.2

El porcentaje máximo de inversión social compatible con las hipótesis anteriores de mantener constantes los coeficientes I/G y G/Y se obtendría cuando la tasa de crecimiento definida por la relación mencionada fuera igual a cero. Con las modificaciones introducidas ahora ese porcentaje se obtendría de la manera siguiente:

$$\frac{G_{t+1} / Y_{t+1}}{G_t / Y_t} - 1 = 0$$

que se transforma en la expresión siguiente:

$$\gamma = \frac{\beta \theta - r \delta / \alpha}{(1-\beta) = \frac{\delta}{\alpha}}$$

Los cuadros 3 y 4 reproducen el resultado de otras simulaciones del modelo. En el cuadro 3 se estiman tasas de crecimiento del sector público para

⁸ R_t representa los pagos de intereses por la deuda contraída en el período. Se supone que las obligaciones ya acumuladas están incluidas en los gastos de operación C_r .

valores prefijados de β y r . En el cuadro 4 se calcula el porcentaje de inversiones sociales para que se satisfaga la hipótesis de que el tamaño del sector público permanezca constante. Nótese que en relación a la estimación anterior el porcentaje máximo de inversión social compatible con la hipótesis de que G/Y permanezca constante, cae rápidamente (para una misma tasa de crecimiento) a medida que aumentan las inversiones, recurriéndose al endeudamiento, y aumentando por tanto la participación de la deuda en el ingreso tributario.⁹

Cuadro 3

PORCENTAJE DE INCREMENTO DE LA RELACION G/Y SI $\beta = 0.08$ Y $r = 0.06$					
δ/α	γ	$\theta = 0.05$		$\theta = 0.08$	
			0.2	0.4	0.2
0.1		3.1	10.2	0.2	7.2
0.2		6.2	15.7	3.2	12.5
0.3		9.3	21.2	6.3	17.8

Cuadro 4

PORCENTAJE DE INVERSIONES SOCIALES (γ) COMPATIBLE CON LA HIPOTESIS DE MANTENER CONSTANTE EL TAMAÑO DEL SECTOR PUBLICO (G/Y), SI

$\beta = 0.8$ Y $r = 0.06$				
δ/α	θ	γ		
		0.05	0.08	0.1
0		20.0	-	-
0.1		11.3	19.3	24.7
0.2		7.0	13.0	17.0
0.3		0.4	9.2	12.4

Según las estimaciones anteriores, cuando $\delta/\alpha=0$, es decir, si fuese nulo el endeudamiento, y para una tasa de crecimiento de 5%, la participación relativa de las inversiones sociales en el total (γ) no podría ser mayor de 20% para que el tamaño del sector público se mantuviera constante. Una tasa de crecimiento dos veces mayor (10%) soportaría un aumento de aproximadamente 24% en el porcentaje de inversiones sociales en relación con el total de inversiones, aumento que se financiaría con endeudamiento.

Una conclusión importante es que para una tasa dada de crecimiento económico, porcentajes más elevados de inversión (que superaran las restricciones presupuestarias gracias al endeudamiento) provocarían tasas elevadas de expansión del sector público. Una tasa de inversión social correspondiente a 10% del ingreso tributario, por ejemplo ($\beta = 0.8$ y $\delta/\alpha = 0.3$ y $\gamma = 0.2$) resultaría en un crecimiento de cerca de 10% del tamaño del sector público, lo que significaría una duplicación de los índices globales de intervención en un lapso inferior a 10 años. Mientras dichas tasas no se vean afectadas por la situación preexistente, en lo que dice relación con el grado de intervención del gobierno en la economía, es razonable admitir que la posibilidad de aumento de esa intervención depende de los niveles actuales de ella. Duplicar en un decenio los coeficientes de intervención gubernamental en la economía tal vez sea factible cuando los

⁹ Como $\beta = D/Y$ y $\alpha = T/Y$, la razón δ/α es igual a D/T , es decir, a la relación deuda/impostos.

índices existentes son muy bajos (alrededor de 10%, por ejemplo). Sin embargo, para índices cercanos al 20% esa hipótesis ya no podría ser considerada.

Los datos disponibles indican que en la mayoría de los países del continente los indicadores tradicionales de tamaño del sector público muestran valores relativamente bajos, comparados con los patrones internacionales. La carga tributaria media es del orden del 15% y la tasa media de crecimiento económico en el último decenio se sitúa en torno al 6%.¹⁰ Esos valores producen en el crecimiento del sector público los resultados que se presentan en el cuadro 5, según diferentes hipótesis en cuanto a coeficientes de inversión social (suponiendo que $\beta = 0.8$ y $\gamma 0.2$).

Cuadro 5
**PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DEL SECTOR PUBLICO SEGUN DIFERENTES
 COEFICIENTES DE INVERSION SOCIAL**

Coeficiente de inversión social en relación con el producto interno bruto	Tasa de crecimiento de la relación gastos/producto interno bruto (porcentajes)
0.007	0.08
0.009	2.1
0.012	5.2
0.015	8.3

Así, aunque el tamaño del sector público tradicional sea relativamente reducido, el crecimiento provocado por un aumento de la inversión social puede asumir proporciones considerables. Si se postula un ahorro en cuenta corriente igual al 20% de la recaudación tributaria, un volumen anual de inversión de 1.2% del producto interno bruto produciría un crecimiento anual aproximado de 5% en la relación gastos/producto interno bruto, es decir, un aumento cercano al 30% del tamaño del sector público en un quinquenio.

4. LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LAS RESTRICCIONES FINANCIERAS EN LA FORMA DE APLICAR LAS POLITICAS

Como vimos, la expansión de los programas sociales genera una presión financiera creciente sobre el presupuesto público en la medida en que provoca un aumento significativo de los gastos de operación. Frente a bajos índices de crecimiento del ingreso tributario la respuesta a ese tipo de presiones puede incluir una o más de las opciones siguientes:

- a) diversificación creciente de las formas de financiamiento, aumentando la participación de los recursos extrapresupuestarios y reduciendo la importancia del presupuesto gubernamental en el total del sector público consolidado;
- b) reducción de los gastos sociales, principalmente los de inversión, con miras a reducir el efecto del crecimiento de los gastos corrientes en el presupuesto;

¹⁰ Véase Naciones Unidas, CEPAL. Indicadores del desarrollo económico y social en América Latina, op. cit., p. 12.

c) cambios en la forma de organizar la producción de servicios, transfiriendo al sector privado una mayor parte de la responsabilidad por la ejecución de políticas sociales, cuyo financiamiento dependería más directamente del propio usuario.

Cualquiera de estas situaciones puede provocar resultados indeseables. La diversificación de las fuentes de financiamiento y la mayor canalización de recursos al margen del presupuesto dificulta la evaluación comparativa de las opciones de política pública y provoca mayor inestabilidad financiera en las cuentas gubernamentales. Como es relativamente más fácil movilizar recursos extrapresupuestarios para financiar gastos de inversión, el temor de crisis financieras futuras puede influir en las decisiones de aplicar esos recursos, canalizándolos mayoritariamente a programas relacionados con la expansión de la infraestructura económica, cuyas necesidades posteriores de gastos operacionales son reducidas.

Por otra parte, la solución de transferir la responsabilidad de la ejecución de los programas sociales al sector privado, obligando al usuario a financiar directamente los gastos operacionales, tiende a agravar la desigualdad de oportunidades.

Respecto a la educación, por ejemplo, la preocupación por la rentabilidad del negocio induce a las empresas privadas a ampliar la oferta de vacantes en cursos de bajo costo, y este incremento de la oferta rebasa las necesidades efectivas del mercado de trabajo. Los cursos más caros y de mejor calidad, ofrecidos por las escuelas públicas gratuitamente o con subvención del gobierno, pasan a ser frecuentados por los alumnos provenientes de familias de ingresos más elevados, mientras que cursos privados, de baja calidad, en áreas donde la demanda de profesionales es reducida, y cuyo costo es pagado íntegramente por los alumnos, serían en su mayoría frecuentados por alumnos de familias de menores ingresos.

Según procuraremos demostrar a continuación, la política de salud y asistencia médica en el Brasil constituye un ejemplo claro de las distorsiones acumuladas por tentativas no siempre felices de obviar los límites financieros que dificultan la expansión de las atenciones. En tal sentido, el análisis de los próximos capítulos procura destacar:

a) el desequilibrio en la asignación de recursos entre programas de salud colectiva y programas de asistencia individual, agravado por la importancia creciente de los recursos extrapresupuestarios provenientes de contribuciones a la seguridad social en el total de recursos destinados al sector;

b) la privatización progresiva de los servicios, inducida por los esfuerzos de controlar el ritmo de crecimiento de los gastos, suponiendo que la producción privada tiene un costo más bajo;

c) la concentración de beneficios derivada de una expansión de las atenciones a través de la red de hospitales cuyos servicios son contratados por el sistema de seguridad social;

d) el aumento del costo del servicio causado por reacciones de los hospitales privados a una manipulación inadecuada de la política de pagos de los servicios prestados por la red privada de hospitales al sistema de seguridad social. Ese aumento de costos produciría a largo plazo el efecto opuesto al deseado, es decir, un aumento descontrolado de los gastos, acentuando las dificultades financieras del sector.

II. LA POLITICA DE PREVISION Y ASISTENCIA SOCIALES: EL CASO DE LA ASISTENCIA MEDICA

**1. OBJETIVOS DE LOS PLANES Y ACTIVIDADES
DEL GOBIERNO**

**2. MODIFICACIONES INSTITUCIONALES EN
LA PRESTACION DE SERVICIOS
MEDICO-HOSPITALARIOS Y LA AMPLIACION DE
LA ATENCION**

II. LA POLITICA DE PREVISION Y ASISTENCIA SOCIALES: EL CASO DE LA ASISTENCIA MEDICA

En el capítulo anterior se formularon algunas hipótesis en cuanto a los efectos que podrían tener las formas de financiamiento en la ejecución de la política social. En términos generales, esas hipótesis se vinculan al hecho de que la limitación de recursos presupuestarios, dada la dificultad de expansión de la capacidad tributaria, reduce la capacidad de financiamiento de los programas de naturaleza social y conduce a buscar fuentes extrapresupuestarias, lo que acarrea consecuencias indeseables en la ejecución de importantes políticas gubernamentales.

Por tanto, en el presente capítulo nos ocuparemos de verificar algunas hipótesis ya postuladas sobre la concentración de recursos y la privatización de servicios en el caso concreto de la política de previsión y asistencia sociales. Para ello, mostraremos la forma como viene siendo conducida dicha política, la distribución de los gastos por programas, la importancia de la asistencia médica en la seguridad social, el origen de los recursos, la expansión de la atención médico-hospitalaria y las modificaciones institucionales en la forma de prestar los servicios.

1. OBJETIVOS DE LOS PLANES Y ACTIVIDADES DEL GOBIERNO

Un marco importante para la planificación gubernamental en el Brasil se establece en el documento denominado Plan SALTE. Este plan, para el cual los estudios se iniciaron en 1943, fue sometido a la consideración del Congreso de Brasil en 1948, y su vigencia abarcó todo el período comprendido entre 1949 y 1954. Con la formulación del plan SALTE, se examinaron por primera vez en forma integrada diferentes sectores de la economía, y se originaron programas de actividades multisectoriales con miras a una acción más racional del gobierno en la economía.¹¹

El diagnóstico de la situación de la salud en el Brasil elaborado con ocasión del plan SALTE, y el conjunto de programas definidos en ese entonces, representan una orientación que fue seguida en la mayoría de los documentos de planificación posteriores, y que hacía hincapié en los programas de medicina colectiva. Los programas principales previstos en el plan SALTE eran los destinados a la lucha contra la malaria, tuberculosis, verminosis, lepra y fiebre amarilla, y a la asistencia psiquiátrica, la ingeniería y la educación sanitarias, a las cuales se destinaba más de la mitad de los recursos asignados al sector salud.

¹¹ Los sectores comprendidos en el plan fueron: salud, alimentación, transporte y energía, cuyas letras iniciales: S (Salud), A (Alimentación), T (Transporte) y E (Energía) dieron origen a la sigla por la cual se conoce el plan.

Los planes posteriores¹² acentuaron la importancia de los programas de medicina colectiva, reconociendo que las enfermedades transmisibles eran causa principal de los bajos indicadores de salud observados en la población. Por lo tanto, la mayoría de los programas incluidos en los planes nacionales de desarrollo estaba dirigida a contener y eventualmente a erradicar dichas enfermedades. Así, los programas principales definidos en los planes posteriores adoptaron las mismas prioridades definidas en el plan SALTE. Además, se concentraron recursos cada vez mayores en programas de saneamiento básico, considerándose ésta una medida esencial, que debía aplicarse junto con los programas para combatir las endemias, a fin de lograr una acción eficaz con miras a mejorar las condiciones generales de salud de la población.

Por lo tanto, en lo tocante a los objetivos expuestos en los planes de gobierno se configura la preocupación primordial por la medicina colectiva y la salud pública en general. Además, se observa que con la excepción del plan SALTE, que dedica recursos (cerca de un tercio del total previsto para el sector salud) a actividades concretas de medicina asistencial (considerada aquí como atención médico-hospitalaria), los demás planes no prevén explícitamente dichas actividades en el programa del sector salud. Reiteramos que los programas definidos se orientaron primordialmente a la medicina colectiva. La única preocupación recogida en los planes posteriores al SALTE, en cuanto a medicina asistencial, se refiere a la mejora de la productividad de los recursos existentes y a la reorganización administrativa del sector.

No obstante, pese a ese aparente descuido con que es tratada en los planes, la prestación de servicios de asistencia médica se ha hecho en forma ininterrumpida y con recursos cada vez mayores; pero este tipo de asistencia es prestada en mayor volumen por las instituciones de seguridad social, a través de recursos propios y de una reglamentación específica. Así, si se calculan los gastos realizados por las instituciones de seguridad social —el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), FUNRURAL y el Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores del Estado (IPASE)— el gobierno federal y los gobiernos estatales, se observa una concentración acentuada en programas de previsión y asistencia médica individual. Esos programas absorben cerca de 90% de los gastos totales en salud y previsión, los cuales a su vez representan cerca de 8% del producto interno bruto, según datos de 1977. (Véase el cuadro 6.)

La preponderancia de los programas de previsión y asistencia médica dentro de la política social brasileña se acentuó marcadamente a partir de los años 50, cuando los gastos en asistencia médica comenzaron a hacerse mayores que las dotaciones presupuestarias del Ministerio de Salud, y los programas de previsión pasaron a tener mayor cobertura. Así, el porcentaje del ingreso del sistema de seguridad social destinado al programa de asistencia médica pasó de un 7% a comienzos del decenio de 1950 a cerca de 24% a comienzos de los años setenta. En cambio, la participación del Ministerio de Salud en el presupuesto federal disminuyó de 4.5% en el año de su creación (1954) a 3% en 1965.¹³

¹² Con posterioridad al Plan SALTE se elaboraron, entre otros, el Plan Trienal (1963-1965), el Plan Decenal (1967-1976), el Programa Estratégico de Desarrollo (1968-1970), el Plan de Metas para la Acción del Gobierno (1970-1971), el I Plan Nacional de Desarrollo (1972-1974) y el II Plan Nacional de Desarrollo (1974-1979).

¹³ En 1954, los gastos del Ministerio en salud y previsión fueron de unos 2.06 millones de cruzeiros, mientras que los institutos de previsión gastaron ese mismo año aproximadamente 3 millones de cruzeiros. En 1965, el Ministerio tuvo una asignación presupuestaria de 113.1 millones de cruzeiros, mientras que los institutos de previsión gastaron ese mismo año en asistencia médica 179.0 millones, lo que representaba cerca de 13%

Actualmente, los gastos del sistema de seguridad social en el programa de asistencia médica son de poco más de 25% de sus ingresos, mientras que la asignación presupuestaria al Ministerio de Salud se sitúa en torno a 3.5% del presupuesto federal. En consecuencia, los gastos en asistencia médica individual representan más de 90% de los gastos públicos totales en salud, mientras que los programas de salud colectiva representan menos de 10% de ese total. (Véase nuevamente el cuadro 6.)

Cuadro 6
BRASIL: GASTOS EN SALUD Y PREVISION, POR PROGRAMAS Y ORGANISMOS, 1977
(Millones de cruzeiros)

Organismos	Programa Previsión	Asistencia médica	Salud colectiva	Asistencia social	Otros programas ^a
Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)	77.926	32.745	—	927	5.750
Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores del Estado (IPASE)	1.300	459	—	—	153
FUNRURAL ^b	10.444	3.196	—	—	—
Gobierno federal	25.170	2.548	2.230	796	1.117
Gobierno estadual	16.041	6.356	1.211	2.119	4.540
Total	130.881	45.304	3.441	3.842	11.560

Fuente: Cuadros del anexo estadístico.

^aIncluye los gastos de administración.

^bLos gastos de administración de FUNRURAL, están incluidos en el total de los programas de previsión y asistencia médica.

De lo expuesto se observa una aparente paradoja entre las intenciones expresadas en los planes del gobierno, que hacen hincapié en la salud pública —a través de programas de medicina colectiva y saneamiento básico— y las acciones efectivas del sector público que, al menos en lo que toca al volumen de recursos movilizados, premian las actividades de medicina asistencial que abarcan la asistencia médica individual. Esta aparente paradoja se explica, entre otras cosas, por factores institucionales entre los cuales se incluyen los mecanismos de financiamiento.

La expansión de la asistencia médica individual a un ritmo más rápido que los programas de salud colectiva se debe a la naturaleza de los recursos utilizados para financiar los gastos en los respectivos programas. Nótese que mientras los programas de previsión y asistencia médica ejecutados por las instituciones que integran el sistema nacional de seguridad social son financiados por contribuciones obligatorias de los asegurados y empleadores, otros programas del área de la salud relacionados con la medicina colectiva son financiados con recursos presupuestarios de las diferentes esferas del gobierno. Por tanto, en un caso todos los ingresos se destinan a programas previsionales; en el otro, los programas de naturaleza colectiva compiten con centenares de otros programas o recursos que integran el presupuesto general del gobierno.

de la recaudación de contribuciones de estos institutos. Este porcentaje aumentó a 25% en 1971, cuando los ingresos provenientes de aportes a la previsión fueron de unos 10.009 millones de cruzeiros.

El cuadro 7 nos muestra la estructura de financiamiento de los gastos en salud y previsión social en 1977. Obsérvese que aproximadamente 65% de los recursos proviene de tributos vinculados al sistema de previsión social, 29% de recursos presupuestarios (gobierno federal y gobierno estatales) y cerca de 6% de recursos de los propios individuos y de las empresas.

Si comparamos la estructura actual de financiamiento con la presentada en un estudio realizado en 1969,¹⁴ podemos verificar que durante los últimos ocho años bajó la participación relativa de los recursos presupuestarios en el financiamiento de los gastos. Así, los tributos vinculados al sistema de seguridad social aumentaron su participación de 60% en 1969 a cerca de 65% en 1977, mientras que los recursos presupuestarios disminuyeron de cerca de 38% (19% gobierno federal y 19% gobiernos estatales) en 1969, a 29% en 1977. El incremento de los primeros en la estructura del financiamiento encuentra su explicación en el rápido crecimiento del ingreso por concepto de contribuciones, gracias al aumento del número de contribuyentes (de 7.5 millones en 1967 a 20.5 millones en 1977). La cuantía cada vez mayor de los recursos vinculados a los programas previsionales contribuyó a la concentración progresiva de los gastos del sector salud en programas de asistencia médica.

Cuadro 7
ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LOS GASTOS EN SALUD Y PREVISION SOCIAL,
1977
(Miles de cruzeiros)

Origen de los recursos	Recursos	
	Valor	Porcentaje
1. Tributos vinculados al sistema de seguridad social		64,57
Contribución de los asegurados ^a	50.117.102	
Contribución de las empresas ^b	75.099.144	
Contribución del gobierno federal ^c	7.356.196	
Otros ingresos ^d	4.602.328	
2. Tributos no vinculados al sistema de seguridad social		29,30
Presupuesto federal	31.861.325	
Presupuestos estatales	30.266.911	
3. Recursos de las empresas	3.114.152	1,43
4. Recursos individuales	10.084.127	4,70
Total	212.501.285	100,00

Fuente: Tablas del anexo estadístico.

^a Incluye asegurados del ex Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), al Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores del Estado (IPASE), y de los institutos estatales de previsión y asistencia social.

^b Incluye la contribución al ex INPS y a FUNRURAL.

^c Contribución al Fondo de Liquidez de la Previsión.

^d Otros ingresos del ex INPS y del IPASE.

¹⁴ Fernando Rezende da Silva y Mahar Dennis, "Saúde e Previdência Social: uma Análise Econômica", Coleção Relatórios de Pesquisa, Nº 21, Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974.

La modesta participación de los recursos presupuestarios en el financiamiento de los gastos en salud y previsión viene ocasionando modificaciones importantes en las formas de prestar los servicios de salud en algunos estados y municipios. Estos están transfiriendo progresivamente al sistema de seguridad social, mediante convenios, la responsabilidad de atender a las necesidades primarias de salud de la población¹⁵.

Además de los factores de orden financiero, la expansión de la asistencia médica individual en el ámbito de las instituciones de seguridad social refleja también la presión de las demandas sobre el sistema y el deseo de cumplir con los objetivos de esas instituciones que, desde su fundación, entre los beneficios que prestarían a sus afiliados, prevenían la asistencia médica. Así, el crecimiento de este programa se debe, por una parte, al crecimiento natural de la economía del país y, por consiguiente al del número de afiliados, y por otra a la decisión deliberada de las instituciones de seguridad social de ampliar los beneficios concedidos a sus afiliados en momentos críticos de la situación política del país, cumpliendo así un papel importante como instrumento para atenuar las tensiones sociales. Otro factor que viene a favorecer notoriamente el desarrollo de programas de medicina asistencial en detrimento de los programas de salud pública es el relacionado con los cambios institucionales ocasionados por la unificación de la previsión social en el Brasil, que transformó las cajas e institutos de jubilación y pensiones en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) y, más recientemente, en el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS), que abarca a la mayor parte de los asalariados del país, cualquiera sea su categoría profesional o sector de actividad.

La etapa anterior a la unificación se caracterizó por la existencia de una serie de instituciones autónomas que ofrecían asistencia médica ambulatoria a sus beneficiarios, quedando la asistencia médica hospitalaria a cargo de los usuarios individuales. A poco andar, la política de estas instituciones cambió y el sistema pasó a cuidar más de la hospitalización, con lo cual surgieron hospitales propios del sistema de seguridad social, y se hizo manifiesta la necesidad de incorporar la red hospitalaria privada a la prestación de servicios. Durante esa etapa, el gobierno se limitó a ejercer su papel de agente regulador del sector de la seguridad social, función que se tornaba difícil dada la organización del sector, en el cual se observaba una excesiva proliferación de instituciones.

Así, un objetivo expreso del gobierno para el sector salud fue siempre el de elevar la productividad de los recursos asignados a la asistencia médica, la que se lograría con la unificación de los diversos organismos que actuaban en el campo de la previsión social, para evitar la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos.

La proposición del gobierno de unificar la seguridad social encontró su principal obstáculo en los trabajadores, que vieron en ella una pérdida de la capacidad de negociación política de la estructura sindical; ésta estaba ligada a las instituciones de seguridad social y participaba en las decisiones sobre la política de seguridad social a través de órganos colegiados donde su representación era paritaria con la de los empleadores. Por este motivo, el proyecto de unificación, formulado inicialmente en los años cuarenta, sólo vino a concretarse a fines del decenio de 1960¹⁶.

¹⁵ Según datos de la Coordinación de Contratos y Convenios de la Previsión Social, el número de convenios con los diferentes niveles de gobierno en 1978 alcanzaba ya un total de 107, siendo 63 estatales y federales y 47 municipales.

¹⁶ James Malloy, "Política de bienestar social no Brasil: histórico, conceitos, problemas", en Revista de Administração Pública, vol. 10-2, abril/junio de 1976, pp. 16 a 20.

Por igual razón, la unificación sólo fue posible después de las profundas alteraciones del proceso político institucional ocurridas a partir de 1964, cuando todos los institutos fueron intervenidos y "despolitizados". En esas circunstancias, en tres años se finalizaron los estudios con vistas a la unificación, y ya en 1967 nació el Instituto Nacional de Previsión Social, que englobaba los seis institutos preexistentes.

Pese a que esa coyuntura permitió al gobierno realizar la unificación, ésta no fue aceptada pasivamente por los diferentes grupos afectados. Por el contrario, la resistencia fue fuerte y abierta, y abarcó a todos aquellos que siempre habían combatido la unificación.¹⁷ Las resistencias al proceso se originaron en dos polos principales: de un lado, las esferas burocráticas que dirigían los antiguos institutos y que, correctamente, veían en la unificación una pérdida de poder y de influencia;¹⁸ y de otro, los propios beneficiarios de los institutos, puesto que el nivel y la calidad de los beneficios prestados no eran homogéneos y la perspectiva de unificación significaba pérdida de privilegios. Por tanto, sólo la situación peculiar instaurada después de 1964, que conjugó una gran concentración de poder en la esfera del gobierno federal con la disposición objetiva a dismantelar la estructura obrera preexistente, en la que se incluían sindicatos e institutos de seguridad social, hizo posible unificar la previsión social y le imprimió sus características actuales tanto en lo que toca a su organización como en lo que se refiere a la orientación de los programas, especialmente el de asistencia médica.

Malloy señala que el régimen instaurado después de 1964 consideraba importante para la mantención del orden social interno la existencia de un programa de seguridad social eficiente y benéfico con el objetivo de disminuir la tensión social y elevar la moral de los trabajadores, contribuyendo así al desarrollo y la seguridad nacionales.¹⁹

En tal sentido, destaca especialmente el programa de asistencia médica, que ejerce gran atractivo entre los trabajadores por tratarse de un beneficio concreto y presente, que tiende a mejorar la calidad de la vida, además de representar un componente de ingreso no monetario. Así, se justifica por ese concepto la importancia creciente del programa de asistencia médica dentro del conjunto de programas de previsión social, el cual absorbe hoy casi 30% de los ingresos provenientes de contribuciones, así como la preponderancia de este programa en comparación con otros de salud pública.

Además, cabe señalar que el proceso de reestructuración del sistema de seguridad social con miras a unificarlo, aunque haya posibilitado su "despolitización", en lo que respecta a la burocracia y a los asegurados y, al mismo tiempo, haya permitido un mayor control del gobierno sobre la política de la institución, acarreó paralelamente el surgimiento de nuevos grupos de presión, como la red hospitalaria privada, la industria farmacéutica y la de equipos hospitalarios. Estos sectores, aunque evidentemente actuaban ya antes de la unificación, a partir de ella y con la ampliación significativa de la actividad de asistencia médica a través de la utilización cada vez mayor del sector hospitalario privado, se transformaron en los grupos de presión más influyentes en la formulación y conducción de la política de asistencia médica. Se han introducido

¹⁷ James Malloy, op. cit., p. 20.

¹⁸ Vale destacar que casi siempre los antiguos institutos estaban ligados o servían de plataforma electoral a grupos políticos, lo que ampliaba la lucha por la unificación incluso al plano legislativo.

¹⁹ James Malloy, op. cit., p. 21.

cambios notorios en lo que respecta a la forma de contratación y remuneración de los servicios de asistencia médica hospitalaria, casi siempre con miras a hacer más atractiva la participación del sector privado en el programa.

Las presiones del sector hospitalario privado se han ejercido de manera particularmente ostensible, a través de innumerables artículos, en revistas especializadas, diarios, mesas redondas, etc. La acción de este grupo se ha intensificado con el tiempo al sumársele diversas entidades profesionales y de clase, y se ha tratado incluso de darle un aspecto sistemático e institucional a los argumentos del sector. En tal sentido, vale la pena citar la realización anual de un seminario nacional de asistencia hospitalaria, además de convenciones de carácter estadual y nacional promovidas por la Federación Brasileña de Hospitales. En tales encuentros se divulgan, bajo la responsabilidad de la Federación, "cartas" en las que se exponen las disposiciones del sector hospitalario privado; ellas se caracterizan por la oposición sistemática a mecanismos para controlar los precios de los servicios por el sistema de seguridad social, a los que se acusa de estar llevando a la falencia al sector hospitalario privado, y por la insistencia en que los hospitales privados son más eficientes (es decir, tienen menores costos operacionales) que los hospitales del sistema de seguridad social, lo que justificaría el proceso de privatización.

Los cambios institucionales más recientes que definieron dos grandes campos en el sector de la salud y la previsión, el del Ministerio de Salud (de carácter eminentemente normativo, con acción ejecutiva orientada de preferencia a la salud pública, incluida la vigilancia sanitaria) y del Ministerio de Previsión y Asistencia Social (con actividades orientadas al aspecto médico-asistencial individualizado) vinieron a consagrar el modelo previsional ya descrito. Así, el programa de asistencia médica siguió siendo uno de los principales en el sector de la seguridad social, observándose en él una fuerte tendencia a la privatización de los servicios, o sea, a una participación creciente de la red hospitalaria privada en la prestación de servicios médico-hospitalarios.

2. MODIFICACIONES INSTITUCIONALES EN LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS Y LA AMPLIACION DE LA ATENCION

La atención médica de los afiliados al sistema de seguridad social y de sus dependientes, es proporcionada actualmente por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS),²⁰ a través de sus propios servicios y de la compra de servicios a terceros. De esta manera, si se analiza la red asistencial del INAMPS, que comprende la casi totalidad de los servicios ambulatorios y de los establecimientos hospitalarios, se puede tener una idea de la estructura de la medicina previsional y de las líneas en que se presta.

Durante el período 1967 a 1978 la oferta de camas de hospital pertenecientes al Sistema de Seguridad Social no experimentó ningún incremento apreciable. En 1967 éste tenía 27 hospitales propios a los que correspondía sólo 4% de

²⁰ El Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, es una organización perteneciente al SINPAS que, a partir de marzo de 1968, se encarga de la prestación de servicios médico-hospitalarios.

las 145.000 camas disponibles para los afiliados. En 1978 una unidad había dejado de funcionar, y había 26 hospitales propios con alrededor de 6.000 camas disponibles para tratamiento y hospitalización. Por lo tanto, la red hospitalaria perteneciente al Sistema de Seguridad Social sólo atendía un 3% del total de hospitalizaciones, y la red de servicios hospitalarios contratados atendía al 97% restante. Si bien la red de hospitales propios sólo proporciona una parte muy pequeña de los servicios, las estadísticas del trienio de 1975 a 1977 indican que absorbe cerca de 30% del total de recursos desembolsados para asistencia médica. Esto se debe en parte a que es altamente especializada, y a que dedica la mayor parte de sus actividades a los programas de educación e investigación, lo que hace que su costo de mantención sea más alto que el de los hospitales contratados.

Al mismo tiempo que la oferta de camas de hospitales del Sistema de Seguridad Social se mantuvo estancada, disminuyó apreciablemente la participación de los servicios pertenecientes al Sistema en el total de los servicios ambulatorios. A partir de 1976, los servicios ambulatorios comenzaron a prestarse en más de 60% a través de contratos con terceros, especialmente bajo la forma de convenios. Al parecer este hecho marca el fin de la tendencia de los años anteriores a dar atención ambulatoria predominantemente mediante servicios propios.

El estancamiento de la red de hospitales propios contrasta con el rápido aumento de los servicios que prestan los hospitales privados mediante contratos y convenios con el Sistema de Seguridad Social. El número de camas contratadas en hospitales privados aumentó de 97.100 en 1970 a 188.168 en 1978, como consecuencia de la política de prestación de servicios adoptada por el Sistema. Así, en la actualidad alrededor de 90% de las hospitalizaciones y más de 95% de la oferta total de camas para los afiliados al Sistema corresponde a hospitales privados.

Esto demuestra la privatización casi total del programa de asistencia médica del Sistema. Por las bases sobre las cuales se ha venido desarrollando, esta forma de prestación de servicios ha mostrado ser poco adecuada para alcanzar objetivos de naturaleza social. Mientras éstos consisten en la distribución más equitativa de los servicios médicos, aquélla exhibe una tendencia selectiva en el suministro de algunos servicios médicos; así, los servicios quirúrgicos, en especial, consumen 25% de los recursos que se pagan a los hospitales contratados.

Otra modalidad de atención que se ha venido utilizando son los convenios. Existen varios tipos de convenio, entre los cuales se destacan los celebrados directamente con las empresas. A través de estos convenios las empresas pasan a prestar directamente a sus empleados todos o algunos de los servicios previsionales y servicios médicos hospitalarios y ambulatorios previstos en el reglamento de seguridad social. De esta manera se ha procurado trasladar en gran medida a las empresas la responsabilidad de prestar asistencia médico-hospitalaria, encomendando al INAMPS los casos de tratamiento muy prolongado o de gran envergadura, como los de fisiología, psiquiatría, cirugía cardíaca, micro-neurocirugía, trasplantes, implantaciones u otros riesgos que, por el valor del tratamiento, se clasifican como catastróficos. En este caso, el financiamiento se distribuye entre la empresa y el Sistema de Seguridad Social. La contribución financiera del Sistema de Seguridad Social podrá adoptar la forma de una subvención mensual fija (calculada en función del número de beneficiarios que participen en el convenio), o de un pago por persona (por mes/afiliado) cuando la parte que se obliga asegure a los beneficiarios las prestaciones acordadas según los niveles y modalidades previamente establecidos. La complementación financiera a cargo de las empresas depende de la clase de servicio ofrecido. De

acuerdo con estimaciones basadas en un convenio modelo de asistencia médica global (extensiva a beneficiarios y sus dependientes), la contribución de las empresas sufraga alrededor de 70% de los gastos del convenio.

Ya en 1977 se efectuaban por convenio el 48% del total de atenciones ambulatorias y el 6,5% de las hospitalizaciones. El extraordinario incremento de las atenciones ambulatorias por convenio a partir de 1975 hizo que esta actividad que antes recaía en su mayor parte en los servicios propios del Sistema de Seguridad Social, pasara a desarrollarse predominantemente a través de entidades sujetas a convenio, las que en 1977 prestaron 49% del total de las atenciones ambulatorias. En los servicios hospitalarios, si bien el aumento de las atenciones por convenio no fue tan apreciable como en los ambulatorios, durante el trienio 1975-1977 el porcentaje medio de esas atenciones sobre el total de hospitalizaciones llegó a aproximadamente 6%, cifra dos veces mayor que el porcentaje de hospitalizaciones en los servicios propios del Sistema de previsión durante el mismo trienio.

Cabe subrayar que la red de prestación de servicios por convenio ha aumentado de manera gradual durante los últimos años. Según datos de la Coordinación de Convenios de la Secretaría de Asistencia Médica del INPS hasta el 31 de diciembre de 1977 había 5.922 convenios, de los cuales 4.929 habían sido suscritos con empresas privadas. Los convenios con empresas abarcaban 1.760.864 trabajadores, los que con sus dependientes hacían un total de 4.450.218 beneficiarios, o sea, cerca de 6% de la población sujeta a regímenes de seguridad social en la misma época (77 millones).

Hay que poner de relieve que ese 6% de la población tiene características especiales. Así, según Gentile de Mello²¹ "estudios realizados en 1970 en el antiguo estado de Guanabara revelaron que de las 86.190 empresas afiliadas al INPS sólo 22 habían suscrito convenio, pero dichas empresas sujetas a convenio tenían en promedio 740 trabajadores, mientras que las demás tenían en promedio 16. Por otro lado, una investigación realizada por la Secretaría de Asistencia Médica del INPS reveló que, en el ámbito nacional, el promedio de los salarios del contribuyente al Sistema de Seguridad Social es de 1.8 salarios mínimos, mientras que el promedio de los asegurados de las empresas sujetas a convenios es de 3.5 salarios mínimos".

La distribución geográfica de los convenios con empresas es compatible con la situación descrita por Gentile, ya que aproximadamente 70% de las 4.929 empresas que los tienen están situadas en Sao Paulo, y entre ellas 80% se hallan en la capital y sus alrededores.

De esta manera el Sistema de Seguridad Social se está haciendo cargo cada vez más de los antiguos gastos de las grandes empresas en asistencia médica a sus empleados. De esta manera, en 1973 se estimaba en alrededor de 6 millones el número de trabajadores y sus dependientes que recibían asistencia de empresas médicas, 3.5 millones de ellos a través de convenios triples (Sistema de Seguridad Social-empresas-grupos médicos) y 2.5 millones en contratos sin la participación del INPS.²²

El Sistema de Seguridad Social no sólo viene participando en el financiamiento de los gastos de las empresas que han suscrito convenios,²³ sino que

21 C. Gentile de Mello, "Os empresários do sector saúde", en Saúde e Assistência Médica no Brasil. Ed. CEBES-HUCITEC, 1977.

22 Anales del Segundo Congreso Internacional de Medicina de Grupo, Río de Janeiro, 10 al 15 de marzo de 1973.

23 Financiamiento mensual a través del pago por asegurado de aproximadamente 5% del salario mínimo regional.

también ha ido abarcando una proporción cada vez mayor de las atenciones médicas más caras, complejas y prolongadas a los trabajadores cubiertos por convenios, y respecto de las cuales esas empresas no se obligan.

Los convenios con sindicatos, hospitales universitarios, estados y municipios son otras formas que se han utilizado como estrategia para descentralizar la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios. Hasta fines de 1977 existía un total de 797 convenios con sindicatos que abarcaban 6.4 millones de beneficiarios. Los convenios con universidades aumentaron de uno en 1973 a 25 en 1977. La misma tendencia se observa respecto de los convenios con servicios oficiales, los que aumentaron de 11 en 1973 a 107 en 1977.²⁴

La reseña anterior sobre las formas de prestación de servicios médico-hospitalarios y los datos sobre las atenciones prestadas en cada una de sus modalidades ofrece una idea de la forma en que se está conduciendo la asistencia médica hacia la privatización. Esto también queda de manifiesto cuando se analiza el volumen de recursos asignado a cada tipo de prestación de servicios. Así, en el cuadro 8 se comprueba que más de 70% de los gastos en asistencia médica hospitalaria en el período de 1975 a 1977 se relaciona con el pago de servicios contratados con terceros.

Según se procurará demostrar a continuación, la privatización gradual de los servicios médico-hospitalarios revela ser poco apropiada para lograr los objetivos sociales en la medida en que la obtención de los beneficios pasa a depender de la capacidad de pago del usuario o de su participación ordinaria en el mercado de trabajo (ya que la mayor parte de las contribuciones especiales se basa en las planillas de pago de las empresas), lo que limita la capacidad redistributiva de esta política.

Cuadro 8

**BRASIL: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA
POR TIPO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

Clase de actividad	1975		1976		1977	
	Propios	Terceros	Propios	Terceros	Propios	Terceros
Atención hospitalaria ^a	54.53	76.21	57.37	74.17	53.45	70.00
Atención ambulatoria ^a	45.46	23.79	42.63	25.83	46.55	30.00
Porcentaje con relación al gasto total del programa de atención médica ^b	28.72	71.28	29.17	70.83	26.68	73.32

Fuente: INPS. Dirección de Contabilidad y Auditoría. Apreciación porcentual de los costos de los gastos corrientes de 1975.

^a Los porcentajes indican la distribución de los gastos realizados entre las actividades hospitalarias y ambulatorias en los servicios propios y de terceros.

^b Los porcentajes señalan la distribución de los gastos por forma de prestación de servicios del programa de atención médica.

²⁴ INPS, Secretaría de Asistencia Médica, Coordinación de Convenios.

III. REPERCUSIONES REDISTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

1. INTRODUCCION
2. INCIDENCIA DE LA CONTRIBUCION PREVISIONAL
3. ANALISIS DE LA DISTRIBUCION DE BENEFICIOS
4. CONCLUSION

III. REPERCUSIONES REDISTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

1. INTRODUCCION

El objetivo básico del presente capítulo es presentar un diagnóstico de los beneficios reales derivados del programa de atención médica del sistema de seguridad social en el Brasil. Como se subrayó al comienzo del presente trabajo, tanto o más importante que la adopción de formas progresivas para el financiamiento de las políticas públicas en este campo es asegurar una distribución equitativa, desde el punto de vista de la justicia social, de los frutos de estas políticas. En este sentido se procurará responder a continuación, a las siguientes cuestiones básicas:

—¿Cuál es la distribución de los beneficios de la política de atención médica por clases de ingreso?

—¿Cuál es la relación, por clases de ingreso, entre las contribuciones al sistema y la percepción de beneficios?

Asimismo, hay importantes consideraciones institucionales para el análisis de los beneficios. Como se señaló en el capítulo anterior, la seguridad social brasileña, teniendo presente una mayor productividad de los recursos utilizados, ha disminuido en forma gradual la construcción de hospitales propios y ha extendido la política de contratación de servicios médico-hospitalarios. De esta manera se procura estimar las repercusiones de esta política comparando la distribución de beneficios a través de hospitales propios con la de los hospitales contratados.

Hay que reconocer que los objetivos presentados son ambiciosos y que existe una serie de obstáculos de metodología para alcanzarlos.

Uno de los problemas con que se tropieza es el de la medición de los beneficios. Teóricamente, las personas avalúan los beneficios de un bien o servicio a través de su "propensión a pagar" por éstos. En el caso de un bien privado, transado en el mercado, la persona compara su propensión a pagar con el precio, y resuelve o no adquirirlo. Si su propensión a pagar es igual o mayor que el precio, lo compra, en el supuesto, claro está, de que también tenga capacidad de pago. En el caso de los beneficios de la política pública de atención médico-hospitalaria en cambio, no existe un precio "directo" que permita estimar la propensión mínima a pagar del consumidor.²⁵

²⁵ El hecho de que no exista un precio mínimo que controle el acceso a los beneficios del sistema público proviene, se supone, de la constatación de que parte apreciable de la población brasileña no tiene capacidad de pagar por ese acceso.

Para eludir este obstáculo el presente estudio parte del supuesto de que hay una relación directa entre los beneficios que percibe la persona y los gastos que realiza en los servicios médico-hospitalarios que utiliza. Evidentemente, este supuesto plantea algunos problemas, como dispersiones potenciales provenientes del desperdicio de recursos, errores de contabilidad y otros, pero es el mejor camino que se presenta en la actualidad. Para disminuir al mínimo estas deformaciones se procura analizar las variables en un plano relativamente global, en que existe la tendencia a compensar total o parcialmente las distorsiones. De esta manera, se adopta una metodología de medición compatible y comparable con estudios análogos realizados en otros países.²⁶

Cabe destacar además que existen a lo menos dos criterios para evaluar los efectos del sistema público de asistencia médico-hospitalaria urbana. El primero es el de evaluar el sistema "hacia adentro", o sea, la distribución de los beneficios entre las personas que participan oficialmente en él. Desde este punto de vista, lo que se investiga es la relación entre la carga representada por la contribución personal al sistema (la recaudación) y los beneficios recibidos, para los distintos grupos de ingreso. Además se procura averiguar si la asistencia ofrecida a los distintos grupos de ingresos por el hospital contratado difiere de manera significativa de aquella que proporciona el hospital propio del INAMPS.

El segundo criterio considera el sistema público de atención médico-hospitalaria urbana como uno de los instrumentos gubernamentales destinados a reducir las desigualdades sociales en el país. Es importante entonces medir el alcance de la atención ofrecida para evaluar el grado en que ella llega a la población desvalida que depende por completo de los servicios que mantiene el gobierno. Para ello se trata de identificar la distribución de la población potencialmente beneficiaria en el área urbana del país, y comparar esa distribución con la distribución real de los beneficios.

El análisis que se efectúa en las secciones siguientes divide la población urbana en cuatro grupos de ingresos, expresados en unidades de salario mínimo.²⁷ Los límites de cada grupo son los siguientes:

Grupo I : $R < \text{que } 1.5 \text{ salarios mínimos (SM)}$

Grupo II : $1.5 \text{ SM} \leq R \leq 3 \text{ SM}$

Grupo III : $3 \text{ SM} < R < 8 \text{ SM}$

Grupo IV : $R \geq 8 \text{ SM}$

En este análisis se considera que el grupo I depende totalmente del sistema público de atención médica; el grupo II depende mucho de él, mientras que los grupos III y IV dependen tan sólo parcialmente del sistema público, lo que equivale a decir que ambos, y en especial el grupo IV, pueden financiar parcialmente, con recursos propios, los servicios de asistencia médica que utilizan.

²⁶ Véase por ejemplo Burton A. Weisbrod, "Income redistribution effects and benefit-cost analysis", *Problems in Public Expenditure Analysis*, Samuel B. Chase Jr. (ed) Washington, The Brookings Institution, 1968, pp. 177-222; también W. Irwin Gillespie, *The Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Canadian Economy*, Ottawa, Queen's Printer, 1964, y del mismo autor "Effect of Public Expenditures in the Distribution of Income", *Essays in Fiscal Federalism*, Richard A. Musgrave (ed) Washington, The Brookings Institution, 1965.

²⁷ El salario mínimo, que se define desde el punto de vista regional, corresponde al menor salario que podría pagar el empleador al trabajador cubierto por la Consolidación de Leyes del Trabajo (CLT), es decir, en las relaciones de producción entabladas en el mercado formal de trabajo. Este salario se reajusta anualmente por decreto del Ejecutivo, debiendo este reajuste cubrir la desvalorización monetaria y los aumentos de productividad de la mano de obra verificados entre dos reajustes sucesivos. Para el año 1975, que se utiliza en el análisis de incidencia realizado, el salario mínimo medio fue de 432.21 cruzeiros.

2. INCIDENCIA DE LA CONTRIBUCION PREVISIONAL

La distribución de la carga de las contribuciones de seguridad social entre los grupos de ingresos se calculó considerando la incidencia de la tasa de 16% sobre la nómina de salarios de los empleados urbanos.²⁸ El método se basa en la hipótesis de la transferencia "hacia atrás" de la contribución del empleador.

Comprobar la hipótesis de transferencia "hacia atrás" de la incidencia de un impuesto, en este caso un impuesto sobre la mano de obra, entraña comprobar si el empleador logra trasladar la carga tributaria que le corresponde a sus empleados, a través de salarios reales más bajos. Otra hipótesis que hay que considerar es la de la transferencia "hacia adelante", según la cual los empleadores logran trasladar esa carga al consumidor, a través del incremento de los precios.

En el análisis de la incidencia del impuesto según la hipótesis de transferencia hacia adelante hay que considerar por lo menos dos aspectos. El primero es la distribución del ingreso entre consumo y ahorro, ya que hay que considerar la propensión al ahorro como factor que limita la transferencia a través del consumo. Mientras mayor sea la proporción relativa del ingreso que se destina al ahorro, menor es la incidencia relativa del impuesto, aunque en términos absolutos pueda haber una transferencia mayor. Otro aspecto importante es el aspecto cualitativo del consumo. Las personas de altos ingresos tienden a consumir productos que incorporan tecnologías de producción con alta densidad de capital, mientras que las personas de bajos ingresos consumen principalmente bienes esenciales en cuya producción se hace uso intensivo de mano de obra.

En el caso de un impuesto a la mano de obra, la incidencia será proporcionalmente mayor en los estratos de bajos ingresos. Es posible que haya transferencia del impuesto "hacia adelante", o una combinación de transferencias "hacia adelante" y "hacia atrás". Pero por ahora todo indica que la carga de la contribución del empleador a la seguridad social se traslada "hacia atrás". Mario Gelli²⁹ demuestra en forma empírica que "los empleadores logran trasladar a los empleados, a través de salarios reales más bajos, toda la proporción de la carga social que legalmente se les debe".

Brittain, utilizando datos de corte transversal para 64 países llegó a la conclusión de que la carga de las contribuciones a la seguridad social invariablemente se traslada a los trabajadores.³⁰ Mario Gelli sigue la misma línea de análisis. Por el lado de las fuentes, el modelo supone que las contribuciones a la seguridad no alteran los costos relativos de las canastas de mercancías, o sea, no modifican el precio de la canasta de mercancías de los trabajadores en forma más significativa que el precio de la canasta de mercancías de los capitalistas. Por el lado de los usos, se supone que la modificación a las modalidades de consumo que se desprende de los traslados (beneficios) es insignificante o neutra.³¹

La conclusión de que la carga de las contribuciones a la seguridad social recae totalmente en los empleados trae consigo varias repercusiones economí-

²⁸ 16% corresponde a la suma de las partes alícuotas de la contribución a la seguridad social debidas por el empleado y los empleadores, equivalente a 8% cada una.

²⁹ Mario F. Gelli, A incidncia dos encargos-sociais na industria de transformação do Brasil, Rio de Janeiro, diciembre 1977. Tesis para el grado de magister en la Escuela de Postgrado en Economía de la Fundación Getulio Vargas.

³⁰ J. Brittain, "The incidence of social security taxes", American Economic Review, vol. 61, marzo de 1971.

³¹ Gelli, op. cit., pp. 50 a 53.

cas y sociales. Por una parte, si la seguridad social es financiada totalmente por los empleados, la incidencia tributaria de la proporción que corresponde al empleador contribuye a aumentar la regresividad de la contribución. Desde el punto de vista de los usos, incluso existiendo una distribución proporcional de beneficios, hay que considerar el costo de oportunidad de los beneficios de atención médico-hospitalaria al contribuyente de bajos ingresos, frente a sus necesidades más inmediatas.

Cabe señalar que, si se aceptase la hipótesis de que las contribuciones a la seguridad social se trasladan "hacia adelante", estas contribuciones recaerían efectivamente en los compradores finales de los bienes y servicios, lo que significa obviamente una mayor carga en aquellos bienes y servicios con alta densidad de mano de obra. Parece razonable reconocer que los bienes y servicios que ocupan más mano de obra son aquellos más esenciales, y también es razonable admitir que estos bienes y servicios tienen un peso relativamente mayor en la canasta de consumos de los estratos de menores ingresos. Además, parte de la carga incidiría también en los trabajadores rurales, ya que los bienes y servicios producidos en la ciudad se consumen también en el sector rural, por mucho que los beneficios del sistema previsional se limiten en su mayor parte al sector urbano. De esta manera, cabe concluir que la regresividad de la distribución de la carga constituida por las contribuciones previsionales aparece mayor cuando se adopta la hipótesis de que esa carga se traslada "hacia adelante" a través del mayor precio al consumidor final.

El cuadro 9 muestra la participación de los distintos grupos de ingreso en el total de salarios percibidos por los asalariados urbanos y en las contribuciones a la seguridad social, admitiéndose la hipótesis de traslado "hacia adelante" de la proporción de esas contribuciones correspondientes al empleado.³² Además, el cuadro indica la participación de los distintos grupos de ingresos en el empleo urbano; así como la distribución de la población potencialmente beneficiaria según los grupos de ingresos señalados.

Se entiende como población potencialmente beneficiaria del sistema público de atención médico-hospitalaria urbana toda la población urbana del país. La distribución de esta población por grupos de ingresos permite establecer un perfil descriptivo de la distribución de beneficios, según el criterio de que cada grupo de ingresos reciba beneficios en la misma proporción en que participa en la población urbana total.

Para clasificar la población potencialmente beneficiaria por grupos de ingreso se utilizaron datos sobre la población económicamente activa. Considerando la proporcionalidad entre la distribución de dependientes y la de jefes de familia se adoptó la distribución de la población económicamente activa en el sector urbano como representativa del perfil descriptivo de la población potencialmente beneficiaria.³³

Al examinar el cuadro 9 llaman la atención dos aspectos importantes para el análisis de la distribución de las contribuciones a la seguridad social. De partida, si se comparan las columnas B y C, se observa que la incidencia de la

³² El anexo 3.1 ofrece una síntesis de los principales aspectos que entrañan las hipótesis citadas y algunas consideraciones sobre las repercusiones que se desprenden de la hipótesis adoptada en el presente trabajo.

³³ El perfil descriptivo de la población potencialmente beneficiaria se definió a partir de informaciones del censo demográfico de 1970; luego, la comparación con los datos de empleo y recaudación realizada en el cuadro 9, que se refieren al año 1975, entraña suponer que las variaciones demográficas ocurridas en el período de 1970 a 1975 se han distribuido proporcionalmente de acuerdo con el perfil descriptivo del ingreso de 1970.

suma recaudada es ligeramente regresiva comparada con la proporción de salarios recibida por cada grupo de ingresos; lo que se debe a la existencia de un límite máximo para el cálculo de las contribuciones personales.³⁴ Con este sistema resulta que el último grupo de ingresos, que comprende los contribuyentes con salarios superiores al correspondiente a ese límite máximo, responderá por una proporción de las entradas proporcionalmente inferior al de la proporción de salarios percibidos por el grupo. De esta manera, si se aplica el criterio del sistema "hacia adentro", esto es, considerando sólo lo que integra formalmente el sistema, la incidencia de las contribuciones no se hace de manera progresiva o neutra, sino en forma ligeramente regresiva, exigiendo de los grupos de menos ingresos una contribución proporcionalmente mayor en relación con los salarios percibidos por éstos.

En el cuadro 9 puede destacarse además otro aspecto del sistema de seguridad social, y es el relativo a su cobertura (alcance). De esta manera, si se comparan las columnas B y E, se comprueba que una parte importante de la población potencialmente beneficiaria que pertenece al grupo de ingresos I (ingreso medio mensual inferior a 1.5 salarios mínimos) no está cubierta por el sistema. Si bien el 50% de la población potencialmente beneficiaria se encuentra en este grupo, sólo comprende 13% de los contribuyentes. Esto significa que una parte importante de la población menos favorecida y que depende totalmente del sistema no tiene acceso a los beneficios por no formar parte del mercado de trabajo protegido por la legislación laboral.

Por lo tanto, también cuando se aplica el criterio "hacia afuera", es decir, cuando se evalúa el efecto del sistema de seguridad social sobre el sistema económico global, se comprueba que los efectos redistributivos del primero son limitados y dejan al margen a partes importantes de la población más necesitada.

Cuadro 9

BRASIL: PARTICIPACION DE LAS CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL, EN EL EMPLEO URBANO Y EN LA POBLACION POTENCIALMENTE BENEFICIARIA, POR GRUPOS DE INGRESOS; 1975

Grupos de ingresos ^a	Participación en las contribuciones a la seguridad social ^b	Distribución del salario urbano ^c	Participación en el empleo urbano ^c	Distribución de la población potencialmente beneficiada ^d
I	12,9	12	42,4	49,9
II	23,7	22	33,2	26,3
III	32,3	30	18,5	18,1
IV	31,1	36	5,9	5,7

^a Los grupos de ingresos corresponden a los antes definidos en función del salario mínimo.

^b Incidencia de 16% sobre la nómina de salarios, considerándose como máximo salario a los efectos de la contribución el valor de 8.644,20 cruzeiros, suma que corresponde a 20 veces el salario medio vigente en 1975.

^c Elaborado a partir de datos del programa de Integración Social, 1975.

^d La estructura de la distribución de la población potencialmente beneficiaria por grupos de ingresos se adoptó como si fuese igual al de la población económicamente activa del sector urbano, excluyendo los "sin rendimiento" y "sin declaración".

³⁴ Este máximo corresponde actualmente a 20 salarios mínimos.

3. ANALISIS DE LA DISTRIBUCION DE BENEFICIOS

Otra dimensión en la que el sistema público de asistencia médica puede evaluarse en sus aspectos redistributivos es el de la distribución de los beneficios entre los usuarios del sistema. A continuación se examina este punto, distinguiéndose entre las dos principales modalidades de prestación de servicios: los servicios contratados y los servicios propios del sistema de seguridad social.

a) La distribución real de beneficios hospitalarios contratados

En esta sección se comparan las diversas variables ya analizadas con la distribución real de los beneficios del programa, obtenidas a partir de datos de archivo de la Empresa de Procesamiento de Datos de la Previsión Social (DATAPREV). Entre esos datos se hallan los montos de las cuentas de hospital correspondientes a diciembre de 1978 en los hospitales contratados por el sistema de seguridad social, agrupadas por grupos de ingresos.

Como las cuentas de hospital no contienen datos directos sobre los ingresos del paciente, se usó la profesión del asegurado para estimar el ingreso. La distribución de beneficios y las demás variables se refieren a valores de 1975, obtenidos mediante la relación entre la profesión del asegurado y el valor del ingreso medio declarado en el año base de 1975 para esa profesión, según se comprobó a través de informaciones proporcionadas por la Secretaría de Ingresos Federales en el Anuario Económico Fiscal de 1976.

El cuadro 10 ofrece una comparación entre la distribución potencial y la real de los beneficios, por grupos de ingresos, e indica la participación de cada grupo en las contribuciones recaudadas. Los beneficios reales se estimaron basándose en los gastos que aparecían en las cuentas de hospital reunidas por la DATAPREV, y partiendo de la hipótesis de que existía una correlación positiva entre los gastos realizados y los beneficios individuales.

De partida, al comparar las columnas B y C del cuadro 10 se observa un efecto redistributivo positivo del sistema, ya que los dos grupos de menores ingresos (I y II) perciben beneficios reales proporcionalmente mayores que su participación en las contribuciones, y lo inverso ocurre con los grupos III y IV. Esta situación es particularmente acentuada en los grupos II a IV, comprobándose que el grupo II, cuyo ingreso medio mensual es de 1,5 a 3,0 sueldos mínimos, contribuye aproximadamente con 24% de la suma recaudada y percibe más de 60% de los beneficios reales que distribuye el sistema. El grupo III, cuyo ingreso medio es de 3 a 8 salarios mínimos, aporta cerca de un tercio de lo recaudado y percibe menos de un quinto de los beneficios reales. Por último, el grupo IV, que reúne a las personas cuyo ingreso medio es superior a ocho salarios mínimos, aporta más de 30% de lo recaudado y sólo asegura para sí 4% de los beneficios reales.

Por otra parte, del análisis del cuadro 10 se desprende otro aspecto, de efecto contrario al antes señalado. Así, si se comparan las columnas D y F se comprueba que cerca de 18% de las atenciones del sistema, que representan 17% de los beneficios reales, se destinan al grupo de menores ingresos, pese a que éste representa casi 50% de la población potencialmente beneficiaria del sistema.

De esta manera, tal como al analizar la incidencia de las contribuciones a la seguridad social, se comprueba que la acción redistributiva del sistema público de asistencia médica puede apreciarse desde dos puntos de vista.

Al considerar el efecto del sistema "hacia adentro" sólo se toman en cuenta las personas que forman parte del sistema. Desde este ángulo se comprueba un efecto redistributivo positivo, ya que los grupos de menores ingresos obtienen beneficios proporcionalmente mayores que su contribución al sistema. No obstante, incluso en este caso cabe recalcar que el grupo más beneficiado no es el I, sino el II. En el grupo I los beneficios reales percibidos son ligeramente superiores a sus contribuciones al sistema. El grupo II, en cambio, obtiene beneficios proporcionalmente superiores a su aporte en quizás tres veces.

Cuadro 10
**BRASIL: DISTRIBUCION DE BENEFICIOS EN LOS HOSPITALES CONTRATADOS,
 COMPARACION ENTRE LOS BENEFICIOS REALES DISTRIBUIDOS, LA POBLACION
 BENEFICIADA Y LA POBLACION POTENCIALMENTE BENEFICIARIA,
 POR GRUPOS DE INGRESOS, 1978-1979**

Grupos de ingresos	Porcentaje de beneficios reales ^a	Participación en las contribuciones a la seguridad social ^b	Porcentaje de la población beneficiada ^c	Valor promedio de las hospitalizaciones (beneficios per cápita) ^d	Población potencialmente beneficiaria ^b
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
I	16.6	12.9	17.8	3.720	49.9
II	61.3	23.7	60.1	4.063	26.3
III	18.0	32.3	18.5	3.892	18.1
IV	3.9	31.1	3.6	4.295	5.7

Fuente: DATAPREV, Archivo de cuentas hospitalarias.

^a Valor de los servicios prestados en cruceiros, por grupos de salarios, en relación al total.

^b Véase el cuadro 9.

^c Número de atenciones.

^d Cruceiros corrientes de 1978.

En el análisis del efecto del sistema "hacia afuera", o sea, del sistema público de atención médico-hospitalaria urbana encuadrado dentro de un marco social más amplio, y considerado como uno de los instrumentos gubernamentales destinados a mejorar la justicia social del país en su conjunto, resalta la carencia de oferta de servicios médico-hospitalarios al grupo I, que es precisamente el que depende totalmente del sistema de seguridad social. En principio, caben dos explicaciones para esta ausencia: el grupo I tiene graves problemas de acceso al sistema; el grupo I recibe del sistema un nivel bajo la atención.

La columna E del cuadro 10 reúne información que permite apreciar la veracidad de la segunda de estas explicaciones. Se comprueba allí que el valor promedio de las hospitalizaciones no difiere significativamente entre los grupos de ingresos; esto indica que ningún grupo recibe un grado de atención significativamente superior o inferior a los demás, pues eso se reflejaría en el volumen total de beneficios recibidos por el grupo favorecido. Hay que concluir entonces que al parecer el grado de atención recibido dentro del sistema no

explica la falta de oferta de servicios médicos hospitalarios al grupo I. Todo hace pensar que el problema del grupo I es de acceso al sistema por lo menos en lo que toca a los servicios prestados a través de la red privada de hospitales contratados por el sistema de seguridad social.

b) La distribución real de beneficios en los hospitales del sistema de seguridad social

Si bien las hospitalizaciones en establecimientos propios representaban una pequeña parte (3% en 1978) del total de hospitalizaciones en virtud de la seguridad social, se consideró importante analizar en forma separada la distribución de sus beneficios. Para ello fue preciso investigar en el terreno en hospitales de Río de Janeiro. La investigación se realizó entre diciembre de 1978 y febrero de 1979, y se encuestaron los ingresos de 348 pacientes internados en los hospitales de INAMPS.³⁵

Los resultados de la investigación, que se presentan en el cuadro 11, demuestran que en los hospitales propios del sistema se prestó al grupo I una atención proporcionalmente bastante mayor que en los hospitales contratados (véase el cuadro 10), comprobándose que el aumento de la participación del grupo I era casi igual a la reducción de la participación del grupo II.

Por lo tanto se comprueba que, no obstante el poco peso relativo de esta modalidad en la atención médico-hospitalaria prestada por el sistema de seguridad social, los hospitales pertenecientes a éste resuelven el grave problema de distribución de los beneficios que se observa al analizar los hospitales contratados: el difícil acceso a ellos del grupo de menores ingresos, que depende totalmente del sistema público. Este punto es de gran importancia para cualquier consideración sobre el potencial redistributivo de la política de asistencia médica del sistema de seguridad social en el Brasil.

Cuadro 11
BRASIL: DISTRIBUCION DE BENEFICIOS EN LOS HOSPITALES PERTENECIENTES
AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: COMPARACION ENTRE LA POBLACION
BENEFICIADA Y LA POBLACION POTENCIALMENTE BENEFICIARIA,
POR GRUPOS DE INGRESOS, 1978-1979

Grupos de ingresos ^a	Porcentaje de la población beneficiada ^b	Distribución de la población potencialmente beneficiaria ^c
I	45.1	49.9
II	31.0	26.3
III y IV	23.9	23.8

Fuente: Investigación directa.

^a Los grupos de ingresos son los mismos definidos al comienzo del capítulo.

^b Porcentajes relativos a la muestra de pacientes investigados en los hospitales pertenecientes al sistema de seguridad social.

^c Véase el texto y el cuadro 9.

³⁵ A través de un ensayo previo del cuestionario se pudo dimensionar la muestra con un coeficiente de confianza $(1-\alpha)$ igual al 90% y un error relativo de muestreo (E_p) de 15%. En la aplicación final del cuestionario se pudo entrevistar un número mayor de pacientes. De esta manera, la investigación ofrece un coeficiente de confianza y un error relativo de la muestra superior a los indicados en la medición previa.

4. CONCLUSION

Del análisis anterior sobre los aspectos redistributivos de la política de seguridad social se destacan algunos puntos que por ello hay que poner de relieve a manera de conclusión.

En lo que toca al financiamiento de esa política, y considerando la hipótesis de que toda la contribución recae sobre el empleado, en la transferencia "hacia atrás" de esta carga la existencia de un límite máximo de contribución se traduce en una estructura regresiva de la incidencia de las contribuciones, en que todos los grupos de ingreso salvo el IV hacen un aporte proporcionalmente mayor que la porción de salarios percibida por cada grupo. Por otra parte, en lo que toca al alcance del sistema previsional se comprueba que, por dar cobertura sólo al sector organizado de la economía, deja al margen a gran parte de la población de bajos ingresos que no pertenece realmente al sector formal u organizado del sistema económico.

En lo que toca a la distribución de los beneficios reales, como la atención médico-hospitalaria, se observa un efecto positivo del sistema cuando se consideran los beneficios recibidos en relación con los aportes realizados por cada grupo de ingresos. No obstante, si se compara el perfil efectivo de distribución de beneficios con el perfil ideal (población potencialmente beneficiaria), se comprueba que una parte apreciable del grupo de ingresos más bajos no obtiene beneficios del sistema, lo que revela un grave problema de acceso al sistema para este sector de la población.

Por último, cabe destacar la comprobación de que ese problema, que presenta graves características en la atención prestada por los hospitales contratados (privados), se reduce al mínimo o se resuelve al analizar la prestación de los mismos servicios por los hospitales pertenecientes al sistema de seguridad social.

IV. LA REMUNERACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS: COSTOS DE LA ASISTENCIA MEDICA Y SITUACION FINANCIERA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

1. INTRODUCCION

2. FORMA DE PAGO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS CONTRATADOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

3. LA REDUCCION DEL VALOR REAL DE LAS TARIFAS DE ATENCION DIARIA

4. ANALISIS EMPIRICO DE LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DEL EFECTO DE LA REDUCCION DE LAS TARIFAS DIARIAS SOBRE LA ESTRUCTURA DE INGRESO DE LOS HOSPITALES CONTRATADOS

5. CONCLUSIONES

IV. LA REMUNERACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS: COSTOS DE LA ASISTENCIA MEDICA Y SITUACION FINANCIERA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

1. INTRODUCCION

Una de las razones que suelen usarse para justificar la progresiva privatización de los servicios de asistencia médica del Sistema de Seguridad Social es la del menor costo de los hospitales privados en comparación con el de los servicios prestados en hospitales propios. El presente capítulo intenta demostrar que, aun cuando dicha observación pueda ser verdadera en un determinado momento, las consecuencias de la privatización pueden ser contradictorias en el largo plazo. Dada la política adoptada en materia de pago de los servicios, las reacciones de los empresarios frente a ella podrían llevar a un crecimiento desmesurado del costo promedio de las hospitalizaciones, agravando así progresivamente la situación financiera del Sistema de Seguridad Social.

2. FORMA DE PAGO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS CONTRATADOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Según lo establece el sistema nacional de control y pagos de cuentas de hospital (SNCPCH), el pago de los servicios prestados por la red de hospitales contratados a la seguridad social se realiza a través de cuatro rubros:

- servicios profesionales
- servicios hospitalarios
- recursos terapéuticos
- recursos de diagnóstico.

El primer rubro se refiere al pago de las acciones y procedimientos médicos necesarios para el tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados. Como puede observarse, este componente del pago no se destina a los hospitales, sino a los propios profesionales encargados de prestar aquellos servicios. El pago de esos servicios se realiza todavía a través de los hospitales; sin embargo, existe una progresiva tendencia a cancelarlos directamente a los profesionales.

El rubro de servicios hospitalarios comprende dos tipos de pagos: los que corresponden a la utilización de ciertas dependencias y servicios hospitalarios y los de atención diaria. Estos últimos se refieren a los servicios de hospedaje que proporciona el hospital (alojamiento, alimentación, enfermería, etc.).

Los pagos por concepto de recursos terapéuticos y de diagnóstico se hacen directamente a los hospitales, dentro de los límites establecidos por los paráme-

tros del SNCPCCH y de acuerdo con las características de cada tratamiento. La unidad de servicio (US) constituye la base del cálculo para el pago de los servicios profesionales y de diagnóstico. El valor de dichos servicios se expresa en números de unidades de servicio, y el valor unitario de dicha unidad se reajusta periódicamente. Por ejemplo, de acuerdo con la escala de honorarios médicos de la secretaría de servicios médicos del MPAS, un electrocardiograma cuesta 18 unidades de servicios; el valor actual de la unidad de servicio es de 8.80 cruzeiros.

El pago de los recursos terapéuticos se realiza a través de unidades terapéuticas (UT); es decir, cada medicamento tiene un valor expresado en unidades terapéuticas, y el valor de éstas se reajusta periódicamente en conformidad con una reglamentación específica.

Por último, está la remuneración de los servicios hospitalarios a través de tarifas de atención diaria y de derechos por concepto de uso de instalaciones. El valor de las primeras varía en conformidad con el tipo de clínica y la categoría del hospital, y el de los últimos de acuerdo con el uso que se hace de determinada instalación o dependencia del hospital. El Decreto MPAS 1055, de fecha 27 de abril de 1978, fija, entre otros, los siguientes valores:

Tarifa diaria de clínica médica u hospital de primera categoría	Cr\$ 200.00
Tarifa diaria de clínica quirúrgica u hospital de primera categoría	187.00
Derecho de pabellón - cirugía menor	219.00
Derecho de pabellón - cirugía mediana	463.00

En lo que se refiere a los servicios vendidos directamente al INAMPS, el control del pago de éstos es realizado por DATAPREV a través del SNCPCCH. Este sistema se basa en la normalización de la cobranza de los servicios médico-hospitalarios a través de una cuenta hospitalaria (CH), que se emite para cada paciente hospitalizado, y en la cual constan todos los servicios prestados. La cuenta hospitalaria se divide en dos grandes rubros: servicios hospitalarios y servicios profesionales. El primer grupo comprende todos los servicios o recursos que provee directamente el hospital en cuanto a unidad productiva; incluye tarifas de atención diaria, derecho de pabellón, elementos de tratamiento, etc. El rubro "servicios profesionales" comprende los servicios prestados por profesionales o empresas y cancelados directamente a éstos, una vez debidamente certificados y cobrados. Comprende los servicios médico-profesionales, la realización de exámenes (recursos de diagnóstico) etc. Cuando el pago se realiza directamente a los profesionales o a las empresas, se les cancela el valor total cobrado en la cuenta hospitalaria; en caso de que haya descuentos en tales rubros, su monto se deduce de la parte de la factura relativa a los servicios hospitalarios. Corresponde al hospital, si lo estima oportuno, convenir directamente con el profesional o con la empresa respectiva la recuperación del monto descontado.

El análisis que sigue abordará especialmente el sistema de pago a través de tarifas de atención diaria. Este procedimiento se justifica por las siguientes razones:

- Se trata de una remuneración específica de servicios hospitalarios, lo que constituye el punto principal de interés de la investigación;
- Este tipo de servicio hospitalario se asemeja a una actividad productiva tradicional (por ejemplo, la hotelera), y por ello puede analizarse más adecuadamente desde una perspectiva económica. En cambio, las unidades de servicio se determinan exclusivamente mediante criterios médicos, los cuales sólo podrían

ser cuestionados por la propia comunidad médica. Incluso el valor unitario de la unidad de servicio se ha determinado, a lo largo de su existencia, según criterios diversos y controvertidos, refiriéndose casi siempre a la remuneración de la mano de obra médica:

c) Las críticas y reivindicaciones del sector hospitalario se han concentrado durante los últimos cinco años en las tarifas de atención diaria. Se ha denunciado sistemáticamente la reducción del valor de dicha tarifa, lo que traería como consecuencia la disminución de la calidad de los servicios prestados por la red contratada, e incluso, en el largo plazo, hasta la falencia de la red hospitalaria privada.

3. LA REDUCCION DEL VALOR REAL DE LAS TARIFAS DE ATENCION DIARIA

Los representantes del sector hospitalario arguyen que el valor de las tarifas se ha deteriorado desde los inicios del sistema, a consecuencia de la falta de un criterio definido previamente para la corrección de los valores de las tarifas diarias, tanto en lo que se refiere al período entre reajustes como al índice del mismo.³⁵ Este argumento puede corroborarse al comparar, por ejemplo, la evolución del valor de la tarifa diaria con la evolución de índices económicos usualmente utilizados en economía para actualizar otros precios, como son por ejemplo, el coeficiente de obligaciones reajustables del Tesoro Nacional (ORTN), el índice general de precios (IGP), los salarios, etc. Los datos disponibles al respecto se presentan en el gráfico 1. El examen de dicho gráfico pone en evidencia algunos de los diversos aspectos de la evolución de los valores de las tarifas diarias en el período comprendido entre 1965 y 1968. Entre dichos aspectos pueden destacarse los siguientes:

a) Con una sola excepción, puede comprobarse que el valor real de la tarifa diaria en 1978 es inferior al vigente en 1965. La única excepción es la del caso de la tarifa diaria máxima, reajustada en conformidad con el índice de variación de ORTN:

b) La reducción del valor real de la tarifa diaria fue mayor durante el período comprendido entre 1965 y 1968, y disminuyó en el período 1968-1974. Entre los años 1974 y 1976 puede observarse una significativa recuperación del valor de la tarifa diaria. Sin embargo, si se toma como base el índice general de precios, el valor real vuelve a bajar entre 1976 y 1978, aun cuando a un ritmo menor que el observado anteriormente.

³⁵ En 1965, el sistema de seguridad social creó la primera escala definitiva de tarifas y de derechos, la cual debía ser actualizada semestralmente. Sin embargo, esto no se cumplió. La escala sólo fue corregida en agosto de 1966. Desde esa fecha fue corregida anualmente, hasta 1974, año en que hubo dos reajustes (junio y octubre). En marzo de 1975 la escala fue revisada nuevamente, aún cuando dos meses después se creó una nueva escala, la cual incluso modificaba el criterio de la anterior, según el cual había precios diferentes para los servicios (tarifas diarias y derechos) según las regiones del país. El nuevo criterio estableció una tarifa diaria nacional, que variaba según la categoría del hospital.

Los reajustes de la tarifa diaria mínima y máxima desde 1965 se realizaron conforme a un mismo índice, salvo en los años 1975/1976, en los cuales los índices de reajuste fueron diferentes debido al cambio de criterio de pago producido en 1975. Así, la tarifa diaria máxima se reajustó en 1975 cerca de un 60% en relación a 1974, mientras que la mínima lo hizo solamente en un 35%. Esta diferencia en el índice de reajuste de estos dos tipos de tarifa se normalizó a partir de 1977.

Los argumentos presentados en el párrafo anterior fueron desarrollados originalmente en el trabajo de Humberto de Mello, y luego, en diversos artículos fueron hechos suyos por otros autores.³⁶ El objetivo de las publicaciones consistía en probar que, cualquiera fuese el índice considerado, el valor real de las tarifas diarias había disminuido durante los últimos veinte años. En general, el período de base adoptado en la mayoría de los trabajos es el mes de marzo de 1965, fecha del inicio de la vigencia de la primera escala de servicios hospitalarios (tarifas diarias y derechos). El trabajo más reciente y completo en esa línea de análisis parece ser el artículo de Afonso José de Matos y João Carlos Hopp, el cual se analiza a continuación.³⁷

En el artículo de Matos y Hopp se estudia la evolución de los valores de las unidades de remuneración de los servicios médico-hospitalarios (unidades de servicio, derechos y tarifas de atención diaria), poniéndolos en relación con la evolución de los siguientes índices económicos:

1. ORTN = evolución mensual de los coeficientes de obligaciones reajustables del Tesoro Nacional.
2. Columna 2 (FGV) = Índice General de Precios – disponibilidad interna (de la revista Conjuntura Económica de la Fundación Getulio Vargas).
3. Costo de la Vida = Índice del costo de la vida, ciudad de São Paulo; Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad de São Paulo.
4. Negociaciones = Índice de negociaciones colectivas – Sindicato de profesionales de enfermería, de técnicos en hidroterapia y kinesiología y de empleados de los hospitales y casas de salud de São Paulo.

El resultado de la comparación efectuada por Matos y Hopp se presenta en el cuadro 12. Puede comprobarse que los cuatro índices utilizados en la comparación presentaron en el mismo período una variación proporcionalmente mayor que la de los valores de los servicios médico-hospitalarios; es decir, los valores actuales de estos servicios se encuentran desfasados en relación con la evolución de aquellos índices económicos. El cuadro 12 nos muestra además la magnitud de este desfase en relación con el valor de la tarifa diaria, considerando los cuatro índices estudiados.

Vale la pena recordar que ese desfase fue anteriormente mayor, por cuanto estudios realizados en 1974 arrojaron una diferencia de un 58% entre el valor de la tarifa diaria vigente en ese momento y el que se obtendría en caso de reajustarse las tarifas diarias de acuerdo con la variación del índice de las ORTN durante el período comprendido entre marzo de 1965 y julio de 1974.³⁸

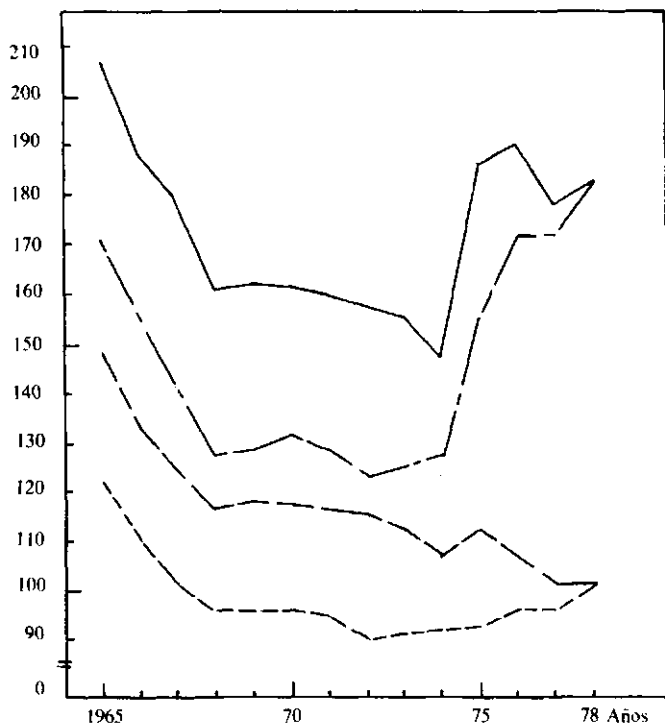
Sobre la base de dichos estudios, la Federación Brasileña de Hospitales dirigió al Ministro de Previsión y Asistencia Social en septiembre de 1975, un documento en el cual solicitaba un mejoramiento del valor de las tarifas diarias hospitalarias a partir de noviembre de 1975, con el fin de subsanar el desfase comprobado. En dicha solicitud, cuyas consideraciones técnico-financieras se basaban principalmente en el trabajo citado de Humberto Gomes de Mello, se argumentaba que el no acceder a la petición podría comprometer incluso la capacidad del sector hospitalario para cumplir con la responsabilidad que le cabía en el proceso de desarrollo.

³⁶ Humberto Gomes de Mello, "A inflação e as diárias hospitalares", en *Vida Hospitalar*, Nº 3, 1975.

³⁷ Afonso José de Matos y João Carlos Hopp, "Análisis do comportamento dos preços do INPS diante dos principais índices económicos", en *Vida Hospitalar*, Nº 6, 1978, pp. 278-289.

³⁸ Humberto de Mello, *op. cit.*, p. 107.

Gráfico 1
**EVOLUCION DEL VALOR REAL DE LAS TARIFAS DE ATENCION
 DIARIA (1965-1978)**



- Tarifa diaria máxima corregida de acuerdo con el IGP (Vol. 2 de la revista **Conjuntura Económica**, de la Fundación Getulio Vargas).
- - - Tarifa diaria máxima corregida de acuerdo con el índice de ORTN.
- Tarifa diaria mínima corregida en conformidad con el IGP.
- - - Tarifa diaria mínima corregida según el índice ORTN.

A pesar de hacer esta reivindicación, la Federación reconocía el esfuerzo realizado por el Ministerio desde 1974 en el sentido de adoptar una política más realista para el reajuste del valor de las tarifas diarias. Este esfuerzo se manifiesta en el hecho de haber solicitado, en septiembre de 1975, un aumento del 30% sobre el valor de tarifas diarias vigente en la época; en julio de 1974 dicho desfase —como se dijo anteriormente— era de alrededor de un 60%.

En realidad, los mismos representantes del sector hospitalario han afirmado en artículos recientes que el período crítico para los precios de los servicios médico-hospitalarios estuvo entre 1968 y 1973, y que a partir de este último año los precios de dichos servicios, en especial las tarifas diarias, han mejorado progresivamente su posición en relación con otros índices económicos.³⁹

³⁹ Afonso José de Matos y João Carlos Hopp, op. cit.

Cuadro 12

**COMPARACION ENTRE EL VALOR ACTUAL DE LA TARIFA DIARIA Y EL VALOR
REAJUSTADO SEGUN CUATRO INDICES DIVERSOS**

(Marzo 1965 - Mayo 1978)

Tarifa hospitalaria diaria	Indices	Indices			
		ORTN	Columna 2	Costo de Vida	Negocia- ciones
Valor de la tarifa diaria reajustada		203.40	223.25	226.17	267.93
Valor actual de la tarifa diaria ^a		200.00	200.00	200.00	200.00
Diferencia		3.40	23.25	26.17	67.93
Porcentaje de desfase		1.7%	12%	13%	34%

Fuente: Matos y Hopp. "Análise do comportamento dos preços do INPS diante dos principais índices econômicos", en *Vida Hospitalar*, N° 6, 1978, pp. 278-289.

^aTarifa diaria máxima en mayo de 1978.

El INAMPS, a través de las decisiones y pronunciamientos de su dirección, se mostró sensible a la problemática del pago de los servicios médico-hospitalarios, abordada anteriormente aquí desde la perspectiva de los representantes del sector hospitalario. Especialmente en los últimos cinco años, y desde que se intensificaron las reivindicaciones del sector hospitalario en relación con los precios de tales servicios, el INAMPS adoptó una política realista de reajuste de sus precios con el objetivo, según el Ministro de Previsión, de "proporcionar al sector privado la justa y necesaria remuneración del capital".⁴⁰ En este sentido, estudios realizados por la Coordinadora de Planificación de la SSM del Ministerio de Previsión y Asistencia Social demuestran que, desde junio de 1974 a diciembre de 1976, el aumento de las tarifas diarias fluctuó entre un 190% y un 250% (de acuerdo con la región del país y la categoría del hospital) mientras que, en el mismo período, el valor de las ORTN aumentó en sólo 106%, y el costo de la vida en un 110,6% (Río de Janeiro) y un 101,2% (São Paulo).

Es oportuno recordar que el análisis comparativo de la evolución del valor de las tarifas diarias y la evolución de los índices económicos, procedimiento adoptado tanto por los representantes del sector hospitalario como por el INAMPS, puede conducir a resultados diferentes según el índice utilizado o el año tomado como base para el análisis. A modo de ejemplo, si se toma como base un año en el cual era alto el valor del índice estudiado (o el de la tarifa diaria), el crecimiento observado podría subestimarse. Lo contrario sucedería si se tomara como base un año en que tales valores estuvieran en niveles bajos. De la misma manera, las comparaciones pueden hacerse con índices que hayan presentado diferentes perfiles de evolución en un determinado período.

Por ello, al pretender evaluar el crecimiento real del precio de la prestación de determinados servicios deben utilizarse índices económicos que reflejen lo más adecuadamente posible la variación de los precios de los insumos que entran en la composición de aquel servicio. Esta preocupación es de particular importancia cuando —como en el caso de la tarifa diaria hospitalaria— es posible identificar un número pequeño de insumos que corresponden a una parte considerable de los costos. Según se desprende del análisis de la estructura del costo de la tarifa diaria definida por el estudio del CMPS realizado en 1963, cerca del 50% de dicho costo deriva de los rubros de alimentación y de atención

⁴⁰ Carta del MPAS - N° 6 - junio/77, p. 11.

Cuadro 13
**INDICES UTILIZADOS PARA ACTUALIZAR LOS DIFERENTES
 RUBROS DE LA TARIFA DIARIA**

Rubros de costos	Indice utilizado para la actualización	Fuente consultada
1. Alimentación	Indice de precios al por mayor alimentos	Revista Conjuntura Económica de la Fundación Getulio Vargas. Vol. 14 - Índices nacionales
2. Ropa	Indice general de precios, disponibilidad interna	Conjuntura Económica, Vol. 2 - Índices Nacionales
3. Cuidados de enfermería	Indice de negociaciones colectivas - Sindicato de profesionales de enfermería, de técnicos en hidroterapia y kinesiología y de empleados en hospitales y casas de salud de São Paulo	Revista Vida Hospitalar - Vol. 12, Nº 6, diciembre de 1978 - 9.281, cuadro 2
4. Limpieza	Indice general de precios	Igual que el rubro 2
5. Gastos de capital	Indice de precios al por mayor productos industriales	Conjuntura Económica, Vol. 18
5.1 Para un 50% del valor absoluto del rubro		- Índices nacionales
5.2 Para el 50% restante del rubro	Indice de construcción inmobiliaria	Conjuntura Económica - Índices Regionales - Guanabara (o ciudad de Río de Janeiro) Vol. 9
6. Administración General	Igual que el rubro 3	
a) Personal	Igual que el rubro 3	Igual que el rubro 3
b) Material	Igual que el rubro 2	Igual que el rubro 2
c) Servicios públicos	Igual que el rubro 2	Igual que el rubro 2
7. Conservación del edificio y sus instalaciones: reposición	Indice general de precios	Igual que el rubro 2

de enfermería.⁴¹ Por ello, se creyó conveniente comprobar qué ocurre al estudiar la evolución del valor de la tarifa diaria mediante la utilización de diversos índices de precios vinculados a los principales rubros de costos del servicio.

El criterio adoptado consistió en buscar índices que reflejaran más adecuadamente las variaciones en los precios de los diversos insumos. En ese sentido, y dada la composición de los insumos hospitalarios establecida en el estudio del CMPS, se optó por utilizar los índices señalados en el cuadro 13. El cuadro 14

⁴¹ Los estudios básicos que llevaron a establecer una escala de remuneración de los servicios hospitalarios fueron realizados durante el período comprendido entre 1963 y 1964 por una Comisión en que participaron técnicos del Departamento de Asistencia Médica del Ex Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores Industriales y del Consejo de Medicina de la Seguridad Social. Dicho estudio definió los diversos rubros de costo (insumos) de la producción de los servicios comprendidos en la tarifa diaria hospitalaria.

muestra el resultado de las comparaciones realizadas, y asimismo indica, con el fin de comparar criterios, los valores obtenidos al actualizar los montos de las tarifas diarias de acuerdo con un único índice agregado.

Puede así comprobarse que, de acuerdo con la casi totalidad de los criterios y de los casos estudiados, el valor real de la tarifa diaria vigente se encuentra en una posición desfavorable. Se observa una única excepción, para el año de 1978, al comparar el valor vigente con el de la actualización por medio del índice de las ORTN. Asimismo, puede observarse que al actualizar la tarifa diaria considerando desagregadamente los rubros de costos, el valor total resulta mayor que el obtenido por la actualización de la misma tarifa diaria a través de un índice único. Así sucede al utilizar el índice de la ORTN o el IGP, que sirvieron como punto de comparación en el cuadro anterior.

En realidad, el valor resultante de la actualización según el criterio de desagregación estuvo apenas por debajo del valor actualizado en conformidad con el índice de negociaciones colectivas. Esto indica que los insumos utilizados para la producción de los servicios comprendidos en una tarifa diaria tienen una variación de precios más elevada que la de los índices económicos más agregados. Asimismo, puede observarse que el perfil de las variaciones del valor de las tarifas diarias actualizado en conformidad con rubros de costos se acerca más al resultante de la actualización del valor total de la tarifa diaria en conformidad con el índice de negociaciones. Este hecho refleja el considerable peso de la mano de obra en el costo total de la tarifa diaria.

Puede asimismo observarse que el desfase existente entre el valor vigente y el que podría ser considerado el valor real de la tarifa diaria disminuyó considerablemente en los últimos cinco años; se redujo de un 50% en 1973 (tomando en cuenta la actualización por rubros de costo) a cerca de un 25% en 1977 y

Cuadro 14

**EVOLUCION DEL VALOR DE LA TARIFA DIARIA CONSIDERANDO EL VALOR VIGENTE,
LA ACTUALIZACION POR RUBROS DE COSTOS Y LA ACTUALIZACION DEL
VALOR TOTAL POR UN INDICE UNICO AGREGADO**
(Período base = 1965)

Período considerado	Valor promedio anual vigente para la tarifa diaria ^a	Valor actualizado			
		Por la ORTN	Por el índice general de precios	Por el índice de negociaciones ^b	Por rubros de costos
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1965	8,35	-			
1973	32,06	44,67	43,00	52,94	49,62
1976	89,67	91,43	100,03	124,92	116,85
1977	121,67	124,50	142,70	164,16	153,27
1978	169,17	164,24	204,58	228,54	217,25

Fuente: MPAS/SSM, para la columna 2; Revista Conjuntura Económica, vol. 32, N° 2, para la columna 3; Revista Conjuntura Económica, columna 2 - Índices Nacionales, diversos números, para la columna 4; Revista Vida Hospitalar, vol. 12 - N° 6, p. 281, para la columna 5. La sexta columna corresponde al valor determinado en conformidad con el criterio explicado en el texto.

^a Tarifa diaria máxima para la especialidad quirúrgica.

^b Índice de negociaciones colectivas - Sindicato de Profesionales de Enfermería. Técnicos en hidroterapia y Kinesiología y de empleados en hospitales y Casas de Salud de São Paulo.

1978. Este hecho, como se dijo anteriormente, refleja una política consciente del INAMPS en este sentido.

A pesar de dicha política, se mantiene todavía una fuerte reducción del valor real de la tarifa diaria, incluso considerando una estructura de costos definida hace 15 años, y que debe estar desfasada en lo que se refiere a patrones tecnológicos y a calidad de atención. Puede suponerse, por lo tanto, que el desfase entre el valor real y el valor vigente de las tarifas diarias es incluso mayor que lo que figura en el análisis anterior.

En la siguiente sección, y a partir de informaciones obtenidas en investigaciones empíricas realizadas para la elaboración del presente estudio, se examinará el probable nivel actual de costos de la tarifa diaria y la magnitud de la diferencia existente entre este costo y el valor de la tarifa diaria que cancela el INAMPS. Se procurará asimismo evaluar la forma en que los hospitales absorben los efectos de la diferencia existente, y la incidencia de esa situación en el desempeño del sector hospitalario.

4. ANALISIS EMPIRICO DE LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DEL EFECTO DE LA REDUCCION DE LAS TARIFAS DIARIAS SOBRE LA ESTRUCTURA DE INGRESO DE LOS HOSPITALES CONTRATADOS

a) Análisis de la estructura de costos hospitalarios

Este aspecto del estudio contiene un análisis de los costos de la asistencia médico-hospitalaria, hecho con el propósito de identificar algunos factores que explican el comportamiento de los costos, y la incidencia de dichos factores sobre los gastos en los servicios hospitalarios. El estudio de costos se refiere al costo promedio diario por paciente e intenta comprobar efectos de variación en el costo promedio de los servicios hospitalarios en función de lo siguiente:

a) Del tamaño de los hospitales y del volumen de prestación de servicios. Puede esperarse que el costo medio de la prestación de los servicios médico-hospitalarios disminuya si hay aumento de la tasa de ocupación de los hospitales o si se trata de hospitales con mayor capacidad instalada.

b) De la composición de los casos. Puede pensarse que los costos promedio serán mayores en aquellos hospitales en que se concentran los casos de tratamiento más oneroso. Vale la pena observar que se considerarán hospitales especializados aquellos que brindan atención psiquiátrica y fisiológica. Los hospitales generales brindan atención médica en más de una especialidad (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría), y la proporción de casos de cada una de las diferentes especialidades que se presenta en los hospitales generales explica parte considerable de los costos de los servicios médicos prestados en esta categoría de hospitales. Además, los hospitales especializados en psiquiatría y fisiología presentan tasas de permanencia bastante elevadas y tipos específicos de tratamiento, razones por las cuales este tipo de hospital no podría analizarse conjuntamente con los hospitales generales sin correr el riesgo de no observar con la necesaria exactitud la verdadera estructura de los costos de la asistencia médico-hospitalaria.

c) De la política de compra y de los precios de los insumos utilizados en la prestación de los servicios hospitalarios.

El presente trabajo se basa en datos relativos a una muestra de 69 hospitales contratados, que se sitúan en áreas urbanas de los estados de São Paulo y Río de Janeiro.⁴²

Los hospitales generales que fueron materia de esta investigación presentaron el perfil de costos que figura en el cuadro 15.

Puede observarse que los rubros de personal y prestaciones y de medicamentos representan cerca de un 70% del costo medio total, y que el 30% restante se distribuye entre los rubros de alimentos, gastos financieros, material administrativo y gastos generales; estas dos últimas representan aproximadamente un 19% del costo hospitalario.

En el cuadro 16 puede comprobarse el efecto del tamaño de los hospitales en la determinación del costo promedio diario por paciente. Obsérvese que dicho costo disminuye de 536.80 cruzeiros a 432.50 cruzeiros cuando se pasa de los hospitales de menos de 100 camas a los hospitales con capacidad entre 101 y 200 camas.

Al revés de lo que se comprueba en relación con las dos primeras clases de hospitales, los de capacidad superior a 200 camas presentan un aumento del costo promedio en relación con los hospitales de capacidad entre 101 y 200 camas. La reducción entre las dos primeras clases se debe principalmente a una baja en la relación empleado-cama, que es de 1.5 en los hospitales de menos de 100 camas y baja a aproximadamente 1 en los hospitales con capacidad entre 101 y 200 camas. Sin embargo, al revés de lo que puede comprobarse en los dos primeros estratos de tamaño, los costos medios aumentan en los hospitales cuya capacidad excede a las 200 camas, lo que sugiere la posibilidad de que haya deseconomías de escala en la producción de los servicios hospitalarios. Los rubros responsables del aumento del costo promedio diario por paciente en los hospitales con capacidad superior a 200 camas son los medicamentos, el material administrativo, los gastos generales y el personal, cuyos costos, en relación con los hospitales de tamaño mediano, aumentan un 15%, un 19%, un 50% y un 12.8% respectivamente.

Cuadro 15
COMPOSICION DE COSTOS DE LOS HOSPITALES GENERALES, 1977
(Valor en cruzeiros de 1977)

Insumos	Costo promedio diario por paciente	
	Valor	Porcentaje
Medicamentos y material de uso médico	91.60	18.11
Alimentos	29.20	5.79
Gastos por concepto de personal y prestaciones sociales	263.00	52.02
Material administrativo	53.40	10.56
Gastos Generales	45.30	8.96
Gastos financieros	23.00	4.56
Costo unitario	505.50	100.00

Fuente: Investigación directa.

⁴² FGV/EBAP/INPS, "Pesquisa de Custos da Assistência Médico-Hospitalar Urbana", Río de Janeiro, 1979.

En lo que respecta a hospitales especializados, la investigación obtuvo informaciones acerca de la composición de los costos en hospitales dedicados a la siquiatría y a la tisiología. Los hospitales siquiátricos presentan el perfil de costos que se presenta en el cuadro 17. Puede observarse que en el costo promedio diario por paciente inciden en mayor proporción los rubros de gastos de alimentación y de personal, incluyendo en este último las prestaciones sociales; todos ellos responden, aproximadamente, a un 69% del costo total.⁴³

La composición del costo en el caso de los hospitales de tisiología se presenta en el cuadro 18. Puede observarse que el componente más significativo corresponde al personal, el cual representa cerca de un 30% del costo promedio diario por paciente. De los otros insumos que componen el costo medio total en los hospitales de tisiología, el rubro alimentos representa cerca de un 15%, y el de materiales un 20% del total.

Cuadro 16
HOSPITALES GENERALES: COSTO DIARIO POR PACIENTE SEGUN TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO, 1977

(Valor expresado en cruzeiros de 1977)

Tamaño	Insumo Medicamentos y materiales de uso médico	Alimentos	Materiales de administración y de reposición	Gastos generales	Gastos personal	Gastos financieros (impuestos, derechos y otros)	Costo unitario
Hasta 100 camas	95.00	32.90	40.50	35.40	296.30	36.70	536.80
101 a 200 camas	83.80	29.30	33.80	41.50	230.50	13.60	432.50
Más de 200 camas	96.40	24.50	97.90	62.20	260.20	17.90	559.10

Fuente: Investigación directa.

Cuadro 17
HOSPITALES DE SIQUIATRIA: COSTO PROMEDIO DIARIO POR PACIENTE

(Valor en cruzeiros de 1977)^a

Insumos	Total de hospitales estudiados ^b	
	Valor en cruzeiros	Porcentajes
Costos unitarios	108.00	100.00
Medicamentos y materiales de uso médico	8.60	7.96
Alimentos	26.50	24.54
Material de administración	9.30	8.67
Gastos generales	9.90	9.14
Gastos de personal y prestaciones sociales	49.00	45.33
Gastos financieros	4.70	4.38

Fuente: Investigación directa.

^a Datos referentes al período de 1977 en precios de 1977.

^b Se estudiaron 14 hospitales de siquiatría.

⁴³ El tamaño de los hospitales siquiátricos no influyó en forma significativa en el costo promedio diario por paciente.

b) Comparación entre los valores de tarifa diaria vigentes y el costo empíricamente registrado

Los costos diarios por paciente aquí presentados permiten comparar el valor de la tarifa diaria cancelada por el INAMPS con el costo real de los servicios hospitalarios. Para ello, se procura identificar los costos de hospedaje, que comprenden los servicios pagados por la tarifa diaria, haciéndose una distinción entre hospitales generales y hospitales especializados. Aquí se considerarán hospitales generales aquellos que presentan por lo menos dos de las siguientes especialidades: medicina, cirugía, obstetricia y pediatría. Serán considerados especializados los hospitales psiquiátricos y fisiológicos, los que se analizarán separadamente. El objetivo de este análisis es comparar los costos de hospedaje obtenidos en la investigación con los valores vigentes de las tarifas diarias de las diversas especialidades. El análisis separa los hospitales generales de los especializados principalmente porque en estos últimos se utilizarán criterios diferentes para definir la tarifa diaria.

Hospitales generales. En lo que respecta a las tarifas diarias correspondientes a los hospitales generales, puede observarse que, de los rubros de costo anteriormente definidos, hay dos que claramente no forman parte de los servicios remunerados actualmente por las tarifas hospitalarias diarias: los costos de medicamentos y de personal médico. Otro rubro de los costos, los gastos de alimentos, corresponde totalmente a la tarifa diaria. Los demás rubros se vinculan a la producción de todos los servicios hospitalarios, inclusive a los cubiertos por la tarifa diaria. Así, por ejemplo, los gastos de material administrativo y de reposición, los gastos generales, etc., se efectúan tanto para aquellos servicios correspondientes a la tarifa diaria como para otros, tales como exámenes auxiliares de diagnóstico, tratamiento ambulatorio, etc.

A falta de informaciones precisas sobre la distribución de dichos gastos en los diferentes servicios del hospital, se adoptó el siguiente criterio simplificado para identificar el costo de hospedaje:

- a) Valor total del rubro alimentos;
- b) Valor total de los gastos correspondientes a personal no médico;
- c) 50% de los demás rubros de costo, con excepción de los medicamentos.

Cuadro 18

COSTO PROMEDIO DIARIO POR PACIENTE EN HOSPITALES DE FISIOLÓGIA, 1977

(Valor en cruzeiros de 1977)^a

Insumos	Total de hospitales (3) ^b	
	Valor en cruzeiros	Porcentaje
Costo unitario	108.30	100.00
Medicamentos y material de uso médico	16.70	15.38
Alimentos	16.30	15.07
Material administrativo	21.70	20.03
Gastos Generales	17.50	16.15
Gastos de personal y prestaciones sociales	35.00	32.31
Gastos financieros (derechos, impuestos y otros)	1.10	1.06

Fuente: Investigación directa.

^a Datos referentes al período de 1977.

^b Número de hospitales considerado para el cálculo del costo promedio.

Los costos de hospedaje de los hospitales generales de Río de Janeiro y de São Paulo, según esta definición se presentan en el cuadro 19, el cual los pone en comparación con la tarifa diaria médica vigente en 1977.

Así, puede observarse que en 1977 el desfase existente alcanza un 95% para el promedio de los hospitales de Río de Janeiro y São Paulo. Desde el punto de vista opuesto, el valor de la tarifa diaria cancelado en 1977, considerando el promedio de los hospitales de Río de Janeiro y São Paulo, representa poco más del 50% de los respectivos costos de hospedaje.

Puede asimismo comprobarse que para el año 1977 el desfase entre el costo real de la atención diaria arrojado por las informaciones de investigación directa y el valor cancelado por el INAMPS es muy superior al calculado en la sección anterior del presente trabajo. Esto demuestra, principalmente, que la estructura de costos definida hace quince años por el estudio del CMPS no refleja ya la composición de los insumos necesarios para la atención diaria, ni cuantitativa ni cualitativamente. O sea, el acentuado desfase que demuestra la investigación directa parece indicar que la innovación de la tecnología médica en un periodo de quince años exige insumos más sofisticados y más numerosos que los considerados por el estudio del CMPS de 1963.

A continuación, puede verse el desfase observado cuando varía el tipo de los hospitales estudiados. Específicamente, se analizará aquí la influencia que ejerce la escala de los establecimientos hospitalarios en la magnitud del desfase existente entre el valor real y el valor vigente de la tarifa diaria. El cuadro 20 resume los principales resultados de las comparaciones realizadas.

Cuadro 19

HOSPITALES GENERALES: COMPARACION DEL COSTO DE HOSPEDAJE EMPIRICAMENTE DETERMINADO CON EL VALOR DE LA TARIFA DIARIA VIGENTE

(Cruceiros de 1977)

Valor arrojado por la investigación directa	245.73
Valor de la tarifa diaria vigente	126.00
Diferencia entre el valor observado y el valor vigente	119.73
Porcentaje de desfase	95%

Fuente: Investigación directa y SSM/MPAS. El valor de la tarifa diaria vigente indicado es el promedio de los valores vigentes en 1977 para las especialidades de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría.

Cuadro 20

HOSPITALES GENERALES: COMPARACION DE COSTO DE HOSPEDAJE DETERMINADO EMPIRICAMENTE CON EL VALOR DE LA TARIFA DIARIA VIGENTE, SEGUN TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(Cruceiros de 1977)

Hospitales	Costo de hospedaje para hospitales		
	De capacidad inferior a 100 camas	Con capacidad entre 100 y 200 camas	Con capacidad superior a 200 camas
Tarifas diarias			
Valor arrojado por la investigación directa	252.07	201.86	287.62
Valor de la tarifa diaria vigente	126.00	126.00	126.00
Diferencia entre el valor observado y el valor vigente	126.07	75.86	171.62
Porcentaje de desfase	100.00	60.00	136.00

Puede observarse así que, para el conjunto de los hospitales de Río de Janeiro y de São Paulo, el desfase anteriormente observado varía según los diferentes estratos de tamaño; desde un porcentaje mínimo de 60% para hospitales entre 100 y 200 camas, hasta un 136% para los hospitales con capacidad superior a 200 camas. Lo anterior parece indicar que en materia de utilización de los insumos, los hospitales con capacidad entre 100 y 200 camas son más eficientes que el resto. No obstante, incluso en este tipo de hospital, el valor de la tarifa diaria cancelada por el INAMPS alcanzaría a cubrir apenas un 60% de los costos efectivos.

Hospitales especializados. En el análisis de los hospitales especializados, que comprenden las especialidades de psiquiatría y fisiología, el costo de hospedaje fue considerado como el total del gasto diario por paciente calculado en la investigación directa, incluyendo los siete rubros de costo anteriormente citados. Lo anterior se debe a que el INAMPS, para determinar la remuneración de las especialidades de psiquiatría y fisiología, considera en el valor del servicio una parte correspondiente a medicamentos y servicios de personal médico especializado. Además, se incluyeron en su totalidad los rubros de material administrativo, gastos generales y gastos fiscales y financieros, considerándose que para los hospitales especializados la mayor parte del servicio hospitalario está representado en la tarifa de atención diaria.

En estos términos, el cuadro 21 muestra, para las especialidades de psiquiatría y fisiología, una comparación entre los costos de hospedaje calculados con datos de la investigación directa y el valor de la tarifa diaria vigente en 1977.⁴⁴

Puede pues comprobarse que, en el caso de los hospitales psiquiátricos, el valor de la tarifa diaria vigente en 1977 superaba en un 20% los costos operacionales de la prestación de servicios en los hospitales considerados en la muestra. En el caso de los hospitales fisiológicos, la comparación es menos favorable, y el valor cancelado presenta un déficit del 12% en relación con el costo de la atención diaria.

Como se observa, estas dos especialidades presentan, en relación con los hospitales generales, una posición bastante favorable. Esta constatación parece comprobar la hipótesis según la cual el desfase entre el precio y el costo de la atención diaria existente en los hospitales generales se debe, principalmente, a

Cuadro 21
HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y FISIOLÓGICOS: COMPARACION DE LOS COSTOS
DE HOSPEDAJE EMPIRICAMENTE DETERMINADOS Y EL VALOR DE LA
TARIFA DIARIA VIGENTE

	Hospitales psiquiátricos	Hospitales fisiológicos
Valor arrojado por la investigación sobre el costo de hospedaje	108.16	147.00
Valor de la tarifa diaria vigente	130.33	130.33
Diferencia entre el valor observado y el valor vigente	-22.17	16.67
Porcentaje de desfase o superávit	20%	12%

Fuente: Investigación directa; SSM/MPAS, para el valor de la tarifa diaria vigente.

⁴⁴ El valor de la tarifa diaria vigente que se indica en el cuadro 21, es el promedio de los valores vigentes en 1977 para las tarifas diarias de las especialidades de psiquiatría y fisiología.

las innovaciones tecnológicas de los tratamientos médicos en aquellos hospitales; éstas traen consigo la utilización de insumos más sofisticados y más numerosos, lo que resulta en un crecimiento del costo unitario de tales servicios.

Corresponde entonces examinar los efectos de dicho desfase sobre la estructura de los ingresos de estos hospitales; o sea, examinar de qué manera han absorbido los hospitales los efectos del desfase en los pagos de tarifa diarias por parte del INAMPS. Este análisis se realizará en la siguiente sección del presente capítulo.

c) La reducción del valor de las tarifas diarias: sus efectos sobre la estructura y fuentes de ingresos de los hospitales

El primer hecho que puede comprobarse es que los hospitales generales procuran disminuir su dependencia en relación con el INAMPS, por lo menos en lo que respecta a la contratación directa de servicios con dicho Instituto. El cuadro 22 ilustra la afirmación anterior.

Cuadro 22
TASA PROMEDIO DE DEPENDENCIA DE LOS HOSPITALES EN
RELACION AL INAMPS

Tipo de hospital	Tasa de dependencia ^a
1. Hospitales generales	58%
2. Hospitales especializados (siquiátricos y fisiológicos)	84%
2.1 Hospitales siquiátricos	87%
2.2 Hospitales fisiológicos	76%

Fuente: Investigación directa.

$$^a \text{ Tasa de dependencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de camas contratadas con el INAMPS}}{\text{total de camas del hospital}} \times 100$$

Puede observarse, en conformidad con este cuadro, que los hospitales generales, en los cuales es mayor el desfase entre los costos de la atención diaria y el valor cancelado por ella, muestran una menor dependencia del INAMPS en términos del número de camas contratadas; o sea, esos hospitales procuran aparentemente mantener dentro de ciertos límites la venta directa de sus servicios al Instituto.

Dicha observación parece en principio entrar en conflicto con la difundida versión según la cual el sistema de seguridad social del Brasil está prácticamente en situación de ser el único adquirente de los servicios hospitalarios privados. Si se acepta dicha afirmación, que proviene del sector hospitalario mismo, parece razonable admitir que existe una política consciente orientada en el sentido de disminuir la participación directa del INAMPS en la compra de servicios hospitalarios, substituyéndola por otras formas de contratación indirecta (principalmente convenios con empresas y grupos médicos) que ofrecen una mayor remuneración por dichos servicios.

Esta argumentación se ve reforzada al comprobar que los hospitales especializados —en especial los siquiátricos— cuya tarifa diaria aparentemente basta para cubrir los costos de los servicios, contratan **directamente** con el INAMPS la casi totalidad de su capacidad instalada.

El problema de la dependencia de los hospitales en relación con el INAMPS, es decir, de la venta de los servicios hospitalarios directamente a

dicho Instituto, puede abordarse también desde el punto de vista de los ingresos de los hospitales. Los datos presentados en el cuadro 23 confirman la argumentación expuesta anteriormente. Es decir, se observa, en el caso de los hospitales generales, que los ingresos totales del hospital dependen en un 45%, en promedio, de los ingresos de la venta directa de servicios al Instituto. La situación es bastante diferente en el caso de los hospitales especializados, los cuales dependen en promedio casi un 90% de los ingresos obtenidos directamente del INAMPS.

Cuadro 23
**PROPORCION DE INGRESOS PROVENIENTES DEL INAMPS EN
LOS INGRESOS TOTALES DE LOS HOSPITALES**

Tipo de hospital	Porcentaje de ingresos del INAMPS ^a
1. General	45%
2. Especializados	87%
2.1 Siquiátrico	91%
2.2 Fisiológico	77%

Fuente: Investigación directa.

$$a \frac{\text{Ingresos provenientes del INAMPS}}{\text{Ingresos totales}} \times 100$$

El análisis de los dos cuadros anteriores permite comprobar además que, para los hospitales generales, las camas contratadas por el INAMPS (casi un 60%) corresponden a sólo un 45% de los ingresos totales del hospital; el resto de los ingresos hospitalarios provienen del 40% de camas restantes. Estas cifras ponen de manifiesto que el ingreso por cama por concepto de venta de servicios a clientes ajenos al INAMPS supera considerablemente (cerca de un 70%) al del INAMPS. La situación se invierte en el caso de los hospitales especializados, para los cuales las camas contratadas con el INAMPS (un promedio de 84%) corresponden a un 90% de los ingresos totales del hospital.

En lo que respecta al origen de los ingresos hospitalarios, el análisis de los datos reunidos por la investigación permite obtener cierta información adicional. No ha sido posible obtener informaciones muy desagregadas acerca de los ingresos, excepto en el caso de los ingresos provenientes de tarifas diarias: sus principales fuentes se presentan en el cuadro 24. En el caso de los otros rubros de los ingresos hospitalarios, sin embargo, no se dispuso de informaciones desagregadas en cuanto a su origen.

Cuadro 24
**INGRESOS POR CONCEPTO DE TARIFAS DIARIAS,
SEGUN SU ORIGEN^a**

1. INAMPS	52%
2. Diferencia de pacientes de INAMPS y de otros convenios	18%
3. Pacientes particulares	15%
4. Otros	15%
	100%

Fuente: Investigación directa.

^a Los porcentajes indicados son el promedio de los valores de los hospitales estudiados.

Puede pues comprobarse que una de las formas mediante las cuales los hospitales generales financian el déficit resultante de la venta de servicio de hospedaje al INAMPS consiste en destinar una parte mayor de su capacidad instalada a otros clientes cuya remuneración unitaria es mayor. Sin embargo, el análisis de los ingresos hospitalarios permite identificar otras formas de financiamiento de dicho déficit, como puede verse a través de las cifras del cuadro 25, presentado a continuación.

Cuadro 25
**PORCENTAJE DE LOS INGRESOS POR CONCEPTO DE ATENCION DIARIA EN EL
 TOTAL DE INGRESOS POR CONCEPTO DE VENTA
 DE SERVICIOS AL INAMPS**

Tipo de hospital	Porcentaje de ingreso por concepto de atención diaria ^a
1. Hospitales generales	50%
2. Hospitales especializados	90%
2.1 Siquiátricos	95%
2.2 Tisiológicos	75%

Fuente: Investigación directa.

^a Valores promedios para la muestra examinada.

Al examinar la composición de los ingresos hospitalarios provenientes del INAMPS considerando el tipo de servicios prestados, puede comprobarse que, en el caso de los hospitales generales, apenas un 50% de esos ingresos (en promedio) corresponde a las tarifas diarias; el resto corre por cuenta de los demás servicios hospitalarios (derechos, exámenes, medicamentos, etc.). En el caso de los hospitales especializados dicho porcentaje es un 90%; un 75% en los hospitales de tisiología y un 95% en los hospitales psiquiátricos.

La contribución de los diferentes rubros de ingresos al ingreso total del hospital, se presenta en el cuadro 26, el cual indica aquellos ingresos que provienen directamente del INAMPS.⁴⁵

Cabe ahora analizar los costos de producción de los servicios correspondientes a los diferentes rubros de los ingresos hospitalarios. Para este análisis, los servicios hospitalarios se dividirán en dos grandes grupos: los servicios de

⁴⁵ Según se vio en los cuadros 23 y 25, el ingreso por concepto de atención diaria representa cerca de un 50% de los ingresos totales provenientes del INAMPS, mientras que los ingresos del INAMPS corresponden a un 45% del ingreso total hospital (en el caso de los hospitales generales). Estas dos informaciones sugieren que el ingreso por concepto de tarifas diarias del INAMPS representaría un 22.5% del ingreso total del hospital. Sin embargo, puede observarse en el cuadro 26 que el ingreso por concepto de tarifas diarias del INAMPS representa apenas 17% del ingreso total del hospital. Esta incoherencia de las dos informaciones es sólo aparente, y refleja el método utilizado para obtener dichos porcentajes: el promedio de los porcentajes obtenidos para cada hospital investigado. El hecho de que dichos porcentajes sean diferentes entre sí con la mayoría de los hospitales hace que los valores resultantes difieran según si la participación de las tarifas diarias del INAMPS se calcula directamente sobre los ingresos totales, o si se hace indirectamente, es decir, aplicando el porcentaje de las tarifas diarias del INAMPS en el ingreso del INAMPS sobre el porcentaje de ingresos del INAMPS en el ingreso total del hospital.

Quando se trata de analizar la participación de las tarifas diarias del INAMPS en los ingresos totales, la información más correcta es aquella calculada directamente, o sea, para los hospitales de la muestra, el porcentaje promedio de las tarifas diarias del INAMPS en los ingresos totales calculado en este caso en un 17%.

Cuadro 26
**ESTRUCTURA DEL INGRESO HOSPITALARIO SEGUN PRINCIPALES
 RUBROS Y FUENTES**

Rubros de ingreso, según su fuente	Porcentaje de los ingresos totales ^a
1. Tarifas de atención diaria	38%
1.1 del INAMPS	(17%)
1.2 de otras fuentes	(21%)
2. Otros servicios hospitalarios	52%
2.1 INAMPS	(28%)
2.2 Otras fuentes	(24%)
3. Otros ingresos	10%

Fuente: Investigación directa.

^a Los porcentajes indicados representan el promedio de cada rubro en los hospitales estudiados.

hospedaje por una parte, y los otros servicios hospitalarios (que incluyen derechos, exámenes, medicamentos, etc.), por otra. Esto permite un análisis más simplificado del problema, junto con ser compatible con el análisis de ingresos anteriormente efectuado.

Con anterioridad se dijo que los ingresos provenientes del rubro otros servicios hospitalarios se obtendrían utilizando el total de insumos del rubro de medicamentos y material de uso médico, además del 50% de los rubros de material administrativo y reposición, de gastos generales y de gastos de impuestos, derechos y financiamiento, puesto que el resto de los costos por paciente y por día (con excepción del de personal médico) se incluyó en el costo del hospedaje. En estas condiciones, el costo de la prestación de estos servicios en los hospitales generales es el que figura en el cuadro 27.

Cuadro 27
**HOSPITALES GENERALES: COSTOS DIARIOS POR PACIENTE EN LOS SERVICIOS
 DE HOSPEDAJE Y EN OTROS SERVICIOS**
 (Cruceiros de 1977)

	Servicios de hospedaje ^a	Otros servicios ^b	Total de servicios hospitalarios
Costo	245.73	152.61	398.34
Participación relativa	62%	38%	100%

Fuente: Investigación directa.

^a El criterio de cálculo es el definido en la sección 4.b) de este trabajo.

^b Gastos en el rubro medicamentos y material de uso médico, más el 50% de los costos calculados para los rubros de material administrativo y de reposición, de gastos generales y de gastos de impuestos, derechos y financiamiento.

Puede pues comprobarse, a través de los cuadros 25, 26 y 27, que el rubro de ingresos definidos como "otros servicios", cuyo costo unitario constituye aproximadamente una tercera parte de los costos totales de los servicios hospitalarios, corresponde a la mitad de los ingresos de los hospitales, tanto en lo que respecta a la parte proveniente del INAMPS —como queda demostrado en el cuadro 25— como en lo que corresponde a los ingresos totales de los hospitales, según se ve en el cuadro 26. Esto constituye una indicación de que, en el caso de los hospitales generales, la prestación de otros servicios no incluidos en la tarifa diaria (derechos y medicamentos de sala, sangre y oxígeno, exámenes,

etc.) se ha constituido en una forma de financiar el déficit observado en la prestación de los servicios cubiertos por dicha tarifa.

El cuadro 28 que se presenta a continuación, ofrece comprobación empírica adicional de la argumentación expuesta.

En el cuadro 28 puede apreciarse que, a medida que la dependencia de los hospitales en relación con la venta de servicios directamente al INAMPS aumenta, la proporción de ingresos por concepto de tarifas diarias en el ingreso total proveniente del Instituto disminuye. O sea, mientras más dependa el hospital de los ingresos del INAMPS, mayor será la cobranza de otros servicios hospitalarios ajenos a las tarifas diarias. En el caso de los hospitales generales no parece descaminado admitir que esta tendencia puede ser consciente, y pueda deberse al desfase existente entre el costo de la atención diaria y el valor cancelado por el INAMPS.

Esta hipótesis recibe nuevo apoyo a través de un análisis de la evolución de la estructura de los ingresos hospitalarios en el período 1967-1976 sobre la

Cuadro 28
**HOSPITALES GENERALES: RELACION ENTRE LA TASA DE DEPENDENCIA
DEL INAMPS Y PROPORCION DE LA TARIFA DIARIA EN LOS
INGRESOS PROVENIENTES DEL INSTITUTO**

Tasa de dependencia ^a	Proporción de las tarifas diarias ^b (Porcentajes)
< 60%	54%
60 — 80%	47%
> 80%	46%

Fuente: Investigación directa.

^a La tasa de dependencia directa se define aquí como el porcentaje de camas de hospital contratado con el INAMPS.

ingreso por concepto de tarifas
diarias del INAMPS

^b Proporción de las tarifas diarias = $\frac{\text{ingreso por concepto de tarifas diarias del INAMPS}}{\text{ingresos totales provenientes del INAMPS}} \times 100$

base de un estudio recientemente publicado.⁴⁶ El cuadro 29, que se presenta a continuación, muestra la evolución de la composición de los ingresos hospitalarios en el caso del hospital Ana Costa, de Santos-São Paulo. Puede observarse en el caso de dicho hospital que, en el período analizado, las tarifas diarias disminuyeron sensiblemente su participación en los ingresos totales; ésta bajó de un 57% a un 34% entre 1967 y 1976. En el mismo período, el rubro otros servicios (servicios auxiliares de tratamiento de diagnóstico, medicamentos y material de sala y derechos de uso de las instalaciones) aumentó su participación de un 27% a un 56% de los ingresos totales. Las informaciones relativas a este hospital confirman pues las conclusiones del análisis anterior, según las cuales la reducción del valor real de la tarifa diaria habría traído consigo una baja de la

⁴⁶ Aluísio Fernandes, "O Controle de Gastos na Administração Hospitalar", en *Vida Hospitalar*. Vol. 12, Nº 5, 1978.

ponderación de este servicio en el ingreso total, con el consiguiente aumento del rubro otros servicios, todo ello como medio de financiar el déficit observado en relación con la atención diaria.

Cuadro 29

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE INGRESO DE UN HOSPITAL
(Período de diez años, 1967-1976)

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Tarifas de atención diarias	57	46	41	36	36	35	33	37	31	34
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	9	19	24	27	27	27	28	28	28	31
Medicamentos, materiales, salas, etc.	11	16	18	19	20	20	21	17	16	16
Derechos	7	5	5	7	6	8	8	7	9	9
Honorarios médicos	15	14	12	11	11	9	10	10	16	9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99

Fuente: Aloísio Fernandes. "O Controle de Gastos na Administração Hospitalar" en Vida Hospitalar, vol. 12, N° 5, 1978.

5. CONCLUSIONES

El análisis realizado en este capítulo pone de manifiesto que los valores de las tarifas diarias vigentes para las especialidades asociadas a los hospitales generales (cirugía, medicina general, pediatría y obstetricia), se encuentran por debajo del costo real de la prestación de dichos servicios. En el caso de los hospitales especializados (especialidades de siquiatría y fisiología) puede observarse que los valores cancelados superan los costos efectivos o se aproximan mucho a ellos.

Los hospitales parecen haber utilizado dos formas de financiar dicho déficit: la primera, disminuir los servicios contratados directamente con el INAMPS; y la segunda, aumentar la proporción de ingresos por concepto de otros servicios hospitalarios no incluidos en la tarifa de atención diaria (o de hospedaje). Además de participar en el estudio de un índice adecuado para la corrección periódica de las tarifas diarias, los hospitales procuran pues solucionar el problema del desfase a través de las alternativas a su alcance.

Por ello, es importante reconocer que la política adoptada desde la creación de las tarifas diarias y demás mecanismos de remuneración de los servicios hospitalarios, que consistió en reajustar los precios de esos servicios a una tasa inferior a las variaciones reales de los mismos, provocó consecuencias adversas para el propio INAMPS y para ciertos sectores de los beneficiarios del sistema de seguridad social.

Desde el punto de vista del INAMPS como institución, la situación actual es negativa, por cuanto se observa una escalada en materia de cobranza de otros servicios hospitalarios sobre los cuales es mucho más difícil ejercer un control eficaz. Este hecho, que se produce aparentemente con el fin de cubrir un déficit observado en la prestación del servicio de atención diaria, puede acarrear al INAMPS un aumento de gastos por concepto de servicios hospitalarios proporcionalmente mayor al que acarrearía optar por fijar un precio real para la atención diaria. A ello contribuye, como se dijo, el hecho de que los servicios hospitalarios no incluidos en la tarifa diaria determinan su realización a través de criterios médicos, tanto a lo que respecta a su cantidad como a su calidad, lo cual dificulta la aplicación de un control eficiente.

Por otra parte, esta situación puede tener otro efecto negativo, el de contribuir a aumentar el costo de la tarifa diaria en un movimiento circular. Es decir, la necesidad de realizar otros servicios para cubrir el déficit de las tarifas diarias podría llevar a los hospitales a adquirir equipos más sofisticados y que exijan mano de obra más calificada; aumentarían así los costos fijos, y con ellos los costos de hospedaje. Nos encontraríamos pues en una extraña situación, en la cual no se provocaría un crecimiento natural del costo real del servicio debido al desarrollo de la tecnología médica, sino que la propia innovación tecnológica del sector hospitalario presentaría un movimiento artificial destinado a capacitar al hospital para producir servicios mejor remunerados, con vistas a cubrir el déficit de aquellos mal remunerados.

Por lo tanto, si el INAMPS se proponía disminuir sus gastos en servicios hospitalarios al mantener artificialmente bajos los precios de las tarifas diarias, es bastante probable que no haya logrado su objetivo, y existe incluso la posibilidad de que estos gastos se hayan elevado a niveles mayores que los que acarrearía la adopción de una política realista para fijar el valor de la tarifa diaria.⁴⁷

No debe olvidarse tampoco que el sistema de remuneración actual, el cual pulveriza los ingresos totales del hospital en innumerables rubros, hizo necesario implantar sofisticados y costosos sistemas de control de pago de los servicios, incluso con procesamiento electrónico de datos. Este sistema es responsable de la verificación de cada uno de los 24 rubros de servicios hospitalarios, para un promedio mensual de cerca de 700.000 cuentas de hospital.

A su vez, la implantación del sistema mecanizado para control de cuentas hospitalarias (SNCPCH), dio origen a una larga serie de conflictos entre el sector hospitalario y el INAMPS, en los cuales el primero alegaba no estar preparado para absorber los costos adicionales resultantes de la implantación de un nuevo sistema; además, en su fase inicial, la operación del sistema acarreo costos financieros a los hospitales, por el desglose de las cuentas y el atraso de los pagos. Los controles necesarios para la mantención del sistema actual de pago, por lo tanto, fuera de sus costos de operación, significan para el INAMPS costos indirectos en forma de desgastes constantes en su relación con el sector hospitalario privado, lo que eventualmente tiene repercusiones negativas en la opinión pública.

Llama pues la atención el hecho de que los sistemas existentes de pago de los servicios prestados por la red privada dan margen a que los hospitales aumenten sus ingresos a través de la prestación de servicios complementarios, lo que podría estar elevando los costos de la prestación de la asistencia médica a niveles superiores a los que acarrearía la adopción de una política realista de precios para los servicios hospitalarios, especialmente la tarifa de atención diaria. Por otro lado, en caso de mantenerse el sistema actual, nada aseguraría que los hospitales privados modificaran su aparente estrategia actual y limitaran los gastos en materia de servicios complementarios, incluso si se adoptara esta política realista. Es de temer, por lo tanto, que a largo plazo la opción de privatizar los servicios no surtirá el efecto esperado, que sería la disminución de los gastos en el programa de asistencia médica, y que en cambio se mantendrá la actual tendencia al continuo crecimiento de dichos gastos.

⁴⁷ Este punto obtuvo comprobación empírica adicional en un reciente análisis de la actuación del INAMPS en el estado de Río de Janeiro. En él se demuestra que, entre todos los servicios médico-hospitalarios prestados por el INAMPS a sus asegurados, los exámenes de laboratorio y los exámenes radiográficos prestaron el mayor índice de crecimiento en el período 1971-1979. Así, puede comprobarse que, mientras el número de pacientes internados en 1978 duplica el registrado en 1971, los exámenes de laboratorio aumentaron 2.37 veces y los exámenes radiográficos 2.78 veces.

En lo que respecta a la distribución de los beneficios a los usuarios del sistema de seguridad social (en forma de servicios hospitalarios), la actual situación tiene un efecto regresivo; como se ha visto anteriormente, tal vez la principal forma de cubrir los déficit de las tarifas diarias consiste en disminuir la venta directa de servicios al INAMPS. Si se considera que el sistema de seguridad social es el gran adquirente de los servicios hospitalarios en el Brasil —considerado adquirente único por los mismos hospitales— la compra de aquella parte de los servicios no comprometidos por el INAMPS debe hacerse probablemente también con recursos del sistema de seguridad social, los cuales usualmente toman la forma de convenios con empresas. Esta situación, como puede observarse, favorecería a un sector privilegiado de contribuyentes al sistema de seguridad social (los beneficiarios de convenios con empresas), e iría en perjuicio de una gran mayoría menos favorecida (los beneficiarios directos del INAMPS).

Por otro lado, como se analizó en el capítulo anterior de este trabajo, la prestación de servicios realizada por la red propia presenta, en general, un perfil más favorable de distribución de los beneficios, especialmente en lo que se refiere al acceso de los sectores que integran las clases de menores ingresos y, por lo mismo, dependen más del sistema público de prestación de asistencia médica.

V. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

V. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

No parecen ser satisfactorias las perspectivas futuras del modelo adoptado por el sistema de seguridad social brasileño. En el caso que el empleo y los salarios sigan creciendo a tasas inferiores al crecimiento del producto interno bruto, y que se mantenga la actual base tributaria, el aumento de los ingresos de contribuciones al sistema de seguridad social será insuficiente para atender al crecimiento de la demanda de asistencia médica que resulta del ritmo de la urbanización sin perjudicar irreparablemente el valor real de los beneficios de la seguridad social.

En las simulaciones que se presentan a continuación puede observarse la verificación empírica de esta afirmación; en ellas se utilizan hipótesis presentadas en el modelo de análisis que figura en el primer capítulo del presente estudio.

Las hipótesis adoptadas en las simulaciones fueron las siguientes:

— Que la atención de la demanda de servicios médico-hospitalarios seguirá realizándose dentro de los moldes de la política actual, es decir, a través de la expansión de los servicios contratados con hospitales privados. De esta manera, no se considera la hipótesis de expansión de los servicios propios, los cuales continuarían funcionando dentro de sus actuales capacidades de atención.

— Que la tasa de aumento de los pacientes hospitalizados y la relación entre pacientes hospitalizados y camas en los hospitales contratados se mantendrán en 7% y 36.3 respectivamente.⁴⁸

— Que el costo de la inversión por cama es de 0.347 millones de cruzeiros (en cruzeiros de 1977).⁴⁹

— Que el coeficiente medio de aumento de los gastos de financiamiento (λ) para un determinado nivel de inversiones es de 1.15.⁵⁰

⁴⁸ La tasa de aumento de pacientes hospitalizados y la relación pacientes hospitalizados por cama se calculó para el trienio 1976/1978. Debe destacarse el hecho de que los pacientes hospitalizados en los establecimientos contratados aumentaron durante el período de 1970 a 1978 a una tasa anual del 14%, lo cual puede explicarse por el rápido incremento del número de los asegurados y por la expansión de los servicios durante dicho período. En los tres últimos años, sin embargo, dicha tasa descendió a cerca de un 7%. La relación paciente hospitalizado por cama considera la tasa media de permanencia general de 8 días observada en el trienio 1976/1978 y el nivel de ocupación de 75% verificado por la investigación de costos hospitalarios realizada por la Fundación Getúlio Vargas.

⁴⁹ FGV/EBAP/INPS - - Pesquisa de Custos de Assistência Médico-Hospitalar Urbana - capítulo 5. Río de Janeiro, 1969.

⁵⁰ El coeficiente promedio de aumento de los gastos de financiamiento ($\lambda = C/I$, en la cual $C =$ el aumento de los gastos de financiamiento e $I =$ a gastos con inversión) se calculó a partir de datos efectivos acerca de gastos de financiamiento y de inversión en el período 1970/1978. Se utilizaron promedios móviles, admitiendo un desfase de dos años para que se hiciera sentir en los gastos de financiamiento el efecto de la ampliación de la capacidad de atención.

– Que las tasas anuales de aumento del número de contribuyentes serían de 7% (hipótesis optimista) o de 3%, en el caso de una alternativa pesimista. Se adoptó asimismo una hipótesis intermedia que fijaba ese crecimiento alrededor de un 5%.⁵¹

– Que el crecimiento de los ingresos por concepto de contribuciones puede estimarse a partir de la siguiente relación:

$$R_c = K (C_1)^{1.23} \quad 52$$

Las estimaciones de la evolución de los gastos de financiamiento y de los ingresos por concepto de contribuciones (en las tres hipótesis alternativas de crecimiento del número de contribuyentes (empleo) , para el período de 1980 a 1990, se presenta en el cuadro 30.

Puede observarse que, en la hipótesis de una tasa de crecimiento del 7% para el total de los contribuyentes (bastante optimista en la actual coyuntura económica), los gastos de financiamiento de los hospitales contratados estarían absorbiendo a partir de 1982 un 29.2% de los ingresos por concepto de contribuciones al sistema, porcentaje éste que en 1978 cubría todos los gastos de asistencia médica. En el mismo cuadro, puede observarse también que en 1990 los gastos de financiamiento alcanzarían a casi un 46% del total de los ingresos por concepto de contribuciones. Lo anterior implicaría tener que sacrificar los programas de beneficios previsionales para atender los gastos de asistencia médica.

Más alarmante aún son las perspectivas financieras del sistema de seguridad social en el caso de las hipótesis de crecimiento del empleo de un 5 o de un 3% al año. En esta última, los gastos de financiamiento de hospitales contratados llegarían a representar un 80% del ingreso por concepto de contribuciones de aquí a un decenio. Queda pues reforzada nuestra afirmación inicial según la cual el crecimiento del ingreso por concepto de contribuciones será insuficiente para atender el crecimiento futuro de la demanda de asistencia médica.

Vale la pena observar que las tentativas de liberar recursos para financiar la expansión de las atenciones a través del mejor control de gastos en asistencia médica y del perfeccionamiento de los sistemas administrativos parecen no haber dado el resultado previsto.⁵³ En esta forma, deberá hacerse cada vez más intensa la presión en busca de nuevas fuentes de financiamiento. Entre las posibilidades que han sido mencionadas, figuran las siguientes:

⁵¹ Puede comprobarse, a través de regresiones simples para datos de 1967 a 1977, que la variable que mejor explica el crecimiento de los ingresos de las contribuciones es la expansión que se produce en el número de contribuyentes urbanos, los cuales, a su vez, dependen de la oportunidades de empleo urbano. Tomando en cuenta que no existen estadísticas fidedignas en relación con el crecimiento del empleo, se supusieron tasas de crecimiento cuyo punto de referencia era la tasa anual de crecimiento del empleo urbano registrada en el período 1960 a 1970, la cual fue de 5.9%.

⁵² C_1 representa el número de contribuyentes y K el término constante de la función. Esta ecuación se calculó mediante regresiones simples utilizándose la transformación logarítmica $\text{Log } RC = K + 0$, siendo el coeficiente 0 significativo en un 95%. Los datos para la regresión fueron el número de contribuyentes y el total de ingreso de contribuciones disponibles para el período 1967/1977.

⁵³ Así, al analizar la evolución de los gastos de asistencia médica durante el período de 1970-1977, se puede comprobar una tasa media anual de crecimiento real de los gastos en asistencia médica de cerca de 16%. El trienio 1974-1976 presenta la mayor tasa de aumento -29%- y va de 3.361.2 millones en 1974 a 6.296.3 millones en 1976, ambas cantidades expresadas en cruzeiros de 1970.

Cuadro 30

**CUADRO COMPARATIVO DE LAS ESTIMACIONES DE INGRESOS DE CONTRIBUCIONES
Y DE GASTOS CORRIENTES EN HOSPITALES CONTRATADOS**
(1980-1990, en millones de cruzeiros de 1977)

Año	Gastos de financiamiento en los hospitales contratados	Ingresos de contribuciones con la hipótesis del		
		7%	5%	3%
1980	24.439.79	110.284.44	105.243.25	100.402.27
1981	31.043.26	119.852.89	111.710.16	104.094.23
1982	38.108.83	130.273.44	118.568.55	107.915.89
1983	45.668.82	141.570.41	125.880.30	111.868.79
1984	53.758.35	153.824.04	133.654.96	116.007.68
1985	62.414.13	167.174.76	141.902.06	120.281.58
1986	71.675.67	181.653.99	150.631.06	124.691.99
1987	81.585.27	197.410.46	159.907.89	129.294.75
1988	92.188.82	214.540.15	169.743.75	134.037.76
1989	103.534.60	233.142.39	180.207.58	138.977.55
1990	115.674.84	253.381.50	191.312.34	144.116.73

a) la modificación del actual sistema de contribuciones al sistema de seguridad social, sustituyendo la contribución de la empresa, basada en la planilla de salarios, por una contribución sobre la base del valor agregado;

b) pago directo, por parte del usuario, en función de su respectivo nivel de ingreso, de una fracción del costo del servicio prestado;

c) mayor aporte de recursos presupuestarios.

Todas dichas soluciones tienden a encarar el problema como una cuestión coyuntural en materia financiera, la cual podría solucionarse a través de un aporte adicional de recursos o de medidas de racionalización de los gastos. Sin embargo, el problema es más profundo y se basa en la propia concepción original del sistema de previsión como una variedad de seguro social. En este caso, la prestación del servicio sería una contrapartida a la contribución efectuada, e implicaría una política no selectiva desde el punto de vista de la posibilidad de acceso al consumo para los diferentes segmentos de la población. En realidad, la selección se hace al revés de lo deseable: gran parte de la población de bajos ingresos carece de posibilidades de gozar de los beneficios de asistencia médica, por cuanto no se encuentra integrada al mercado formal de trabajo.

Recientes cambios en el sistema de seguridad social brasileño han propiciado una casi completa universalización del sistema: sin embargo, se mantienen las diferencias de trato entre los contribuyentes y los no contribuyentes. Se hace necesario adoptar una selectividad dirigida, que procure invertir la situación actual, es decir, facilitar el acceso de contribuyentes de bajos ingresos y dificultar el acceso de contribuyentes de ingresos altos. Esto exigiría acabar con el actual mecanismo de convenios con empresas (que sólo beneficia a los empleados de grandes empresas, cuyos salarios en general son mejores) y poner freno a la tendencia a una total transferencia de las actividades de producción directa de los servicios a la iniciativa privada.

ANEXO 1

LA EVOLUCION INSTITUCIONAL Y LA FORMA DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL BRASIL

**1. LA ACTUAL ORGANIZACION DEL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL**

**2. LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASISTENCIA SOCIAL
EN EL BRASIL**

ANEXO 1

LA EVOLUCION INSTITUCIONAL Y LA FORMA DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL BRASIL

La historia institucional de la Seguridad Social en el Brasil se inició en enero de 1923, con la aprobación de la Ley Eloi Chaves, que creó el Seguro Social para los empleados con más de seis meses de servicio en ferrocarriles. Con ello se dio origen a las cajas de jubilaciones y pensiones, que beneficiaron en un comienzo sólo a los ferroviarios. Puede observarse, en dicha ley, que ya se hacía presente la preocupación por la asistencia médica; la concesión de servicios médico-asistenciales y de medicamentos para las personas acogidas al sistema figuraba junto con las medidas inherentes al seguro social y con las prestaciones pecuniarias destinadas a garantizar la mantención del salario. Esto refleja la preocupación que ya entonces existía por la salud individual de los integrantes de la colectividad considerada en la ley.

A partir de 1926, el régimen de la ley Chaves se extendió a los empleados portuarios y marítimos (aún cuando la extensión no se concretó para estos últimos) y en 1930 al personal no contratado de las empresas de telegrafía y radiotelegrafía, dando origen con ello a las correspondientes cajas de jubilaciones y pensiones.

En 1931, el Gobierno creó el Ministerio del Trabajo, Industria y Comercio, una de cuyas funciones era orientar y supervigilar el sistema de seguridad social. La creación de este ministerio significa concretar las reformas formuladas durante los años 30, las cuales ampliaban el poder coercitivo del Estado para lograr implantarlas y ejecutarlas y al mismo tiempo extendían los beneficios sociales. Ejemplo de lo anterior es la transferencia al área gubernamental de actividades hasta entonces ligadas a otros sectores, como fue el caso de las cajas de jubilaciones y pensiones de las empresas ferroviarias, las cuales dieron origen al primero de los Institutos de Jubilaciones y Pensiones. Posteriormente, dichos beneficios, que comprendían un área de previsión y otra de asistencia médica, se extendieron a otras categorías profesionales con la creación de nuevos Institutos.

Los IAPS (Institutos de Jubilaciones y Pensiones), fueron instituciones con dimensiones enteramente nuevas y con un régimen de beneficios que superaba todo lo ofrecido por las Cajas. Entre estos IAPS, el primero en crearse fue IAPM (de los empleados marítimos), en 1933; fue seguido por el IAPC (de los empleados de comercio) y por el IAPB (de los empleados bancarios), ambos en 1934. El IRPI, que se destinaba a los trabajadores industriales, fue creado en 1936, pero sólo comenzó a funcionar en 1938. En dicho año, las tres últimas cajas de más reciente creación, la de los empleados de líneas aéreas, la de los

trabajadores de almacenes marítimos y de café y la de los estibadores, se transformaron en el IAPETC, para los empleados en transportes y carga, y en el IAPE, para los estibadores. Todos ellos terminaron por reunirse en un sólo Instituto, en 1945.

En 1940, y con carácter auxiliar al sistema, el Gobierno creó el servicio de Alimentación de la Previsión Social, SAPS. Y en 1949, el Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria de Urgencia, SAMDU.

La legislación de seguridad social se presentó en su fase inicial en forma diversificada, con una reglamentación propia para cada institución; sin embargo, hubo una progresiva tendencia a alcanzar uniformidad entre ellas. Así, en 1944 surgió el primer proyecto de ley orgánica de la seguridad social, documento que dio origen al Decreto Ley 7.526, de fecha 7 de mayo de 1945, en el cual se dio existencia al Instituto de Seguros Sociales del Brasil (IISB).

Ocho años más tarde, en 1953, las 183 cajas existentes en el país se transformaron en una, pasando a constituir la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Ferrovianos y Empleados de Servicios Públicos (CAPFEESP).

En mayo de 1954, se adoptó en forma parcial y transitoria un régimen uniforme de administración para el financiamiento de los beneficios, a través del reglamento de los institutos de jubilaciones y pensiones, revocado cuatro meses después. En 1957, se organizó el Servicio de Asistencia y Seguro Social de los Economíarios (SASSE), el cual se desprendió del IAPB para servir solamente a las cajas económicas federales.

Durante esta fase del sistema de seguridad social, el sector de asistencia médica se caracterizó por presentar un modelo de intervención de carácter curativo e individual, el cual benefició, hasta el final del populismo, solamente a algunos sectores de la población urbana directamente vinculados a los sectores básicos de producción social: terciario (comercio, finanzas, administración) y secundario (industrial).

Entre las conclusiones acerca de la política de seguridad social y especialmente de asistencia médica tras la revolución del año 30, puede contarse la instalación de una vigorosa política intervencionista por parte del Estado, debido a lo cual, el proceso unificador y centralizador de la seguridad social y de la atención médica sólo será posible mediante una activa participación estatal.

En este contexto, se formuló, en marzo de 1965, la ley orgánica de seguridad social, la cual uniformó los planes de beneficios de todos los institutos de jubilaciones y pensiones y preparó el camino para la incorporación de los trabajadores rurales pues contemplaba la extensión de los beneficios a todos aquellos que ejercían actividades remuneradas de cualquier naturaleza. Para estos efectos, se constituyó el fondo de asistencia del trabajador rural.

A consecuencia de la reforma administrativa de 1967, que estableció ciertos niveles de competencia en el campo de la salud, se creó mediante decreto ley N° 72 del INPS, en el cual se unificaron los antiguos institutos existentes en el país. Desaparecieron el IAPS, el SAPS, el SAMDU y la Superintendencia de Servicios de Rehabilitación Profesional de la Seguridad Social, todos los cuales se integraron al nuevo organismo.

Lo más importante, y que debe destacarse en relación con las políticas formuladas a partir de 1967 (concretamente las contempladas en el plan de coordinación de las actividades de protección y recuperación de la salud) es el hecho de que el gobierno asumía la dicotomía entre salud colectiva e individual, y que de ella se desprendía la responsabilidad del Ministerio de Salud en relación con las medidas de carácter colectivo; la prestación del resto de la atención se confiaba al sector privado a través de convenios con el gobierno. Es dentro de

este marco que el INPS llegó a desempeñar un importante papel en la política de seguridad social en el Brasil.

A partir de 1974, el Estado pasó a ser el gran coordinador de las acciones de salud, a través de la creación del Ministerio de Seguridad Social, al cual quedaron subordinados, en calidad de organismos autónomos, el INPS, el IPASE, la SASSE, la LBA, la FUNABEM y el CEME.

Debemos destacar que a partir de 1967, las políticas de salud, adquieren creciente importancia en el sector de la asistencia médica, sobre todo con el INPS. Una muestra de ello es la formulación del plan de acción inmediata (Plano de Pronto Aço, PPA). Como consecuencia mediata de este hecho la ideología gubernamental acentuará la dicotomía ya existente en el sector salud entre la salud pública (concentrada en el Ministerio de Salud y sus organismos) y la asistencia médica (centralizada en el INPS, organismo vinculado a partir de 1974 al Ministerio de Previsión y Asistencia Social).

Debe destacarse que a partir de la creación del INPS se acentuó considerablemente el ritmo de desarrollo de la seguridad social en el Brasil, especialmente en el campo de la asistencia médica; a pesar de ello, el permanente aumento de la población acogida al sistema y al desarrollo del sector de prestaciones de asistencia médica a la población dieron origen a una hipertrofia de las actividades administrativas del INPS.

1. LA ACTUAL ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La excesiva concentración de las actividades en el INPS, y la existencia de identidades autárquicas como el IPASE o el FUNRURAL, que desarrollaban programas paralelos, puso de manifiesto la necesidad de una nueva reorientación estructural en el marco de la seguridad social. Esta reorientación se concretó a partir del 1º de septiembre de 1977 a través de la ley Nº 6.439, la cual creó el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social, SINPAS.

El SINPAS se creó bajo la orientación, coordinación y control del Ministerio de Previsión y Asistencia Social, MPAS, con la finalidad de integrar las siguientes funciones:

- 1) Concesión y mantención de beneficios y prestación de servicios.
- 2) Financiamiento de actividades y programas.
- 3) Gestión administrativa, financiera y patrimonial.

Una parte de las tareas correspondientes al nuevo SINPAS eran realizadas por el antiguo INPS, y existían programas paralelos en el FUNRURAL y en el IPASE; se hizo pues necesario la creación de otros dos organismos subordinados al SINPAS:

a) INAMPS - Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (el cual absorbió los servicios médicos entonces a cargo del INPS, de FUNRURAL, IPASE y LBA, pasando a prestarlos de acuerdo con los programas específicos destinados a los trabajadores urbanos, a los empleados públicos, a los trabajadores y empleados rurales y a la población indigente, todo ello dentro de una idea de universalización de este tipo de servicios).

b) IAPAS - Servicio de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social.

Una vez publicada y sancionada la referida ley, la nueva orientación ministerial para el área de salud quedó constituida como sigue:

- 1) INPS: responsable de los aspectos de seguridad social
- 2) INAMPS: responsable de la asistencia médica
- 3) LBA: responsable de la asistencia médica especializada y de los programas sanitarios de medicina preventiva.
- 4) FUNABEM: responsable de la asistencia de menores
- 5) DATAPREV: empresa responsable de la elaboración de datos del sistema de seguridad social
- 6) IAPAS: responsable de la administración financiera de la seguridad social
- 7) CEME: responsable de medicamentos.

Aparte de esta organización del sistema de seguridad social, existen algunos estados y municipios con regímenes y organizaciones propios de seguridad social para sus empleados, a los cuales se les garantiza al menos dos beneficios básicos, la jubilación y la pensión.

En el campo de la salud, existen también muchas empresas que mantienen servicios de asistencia médica o conceden auxilios para tratamientos de salud paralelos a los del INAMPS; tal es el caso de la Caja de Asistencia y del Servicio Médico de los funcionarios del Banco del Brasil, de los auxilios médico-hospitalarios de la Central Eléctrica de Furnas y de los servicios médicos de PETROBRAS y de la ELETROBRAS, financiados, la mayoría de las veces, también con contribución de los empleados, o haciendo uso de convenios con el propio INAMPS. En estos últimos convenios, el aporte financiero de la seguridad social se limita a la tasa de financiamiento o a la forma de participación fijada por ella misma, la cual puede asumir una de las siguientes modalidades:

- a) Subvención mensual fija, calculada en función del número de beneficiarios acogidos al convenio y de los recursos asistenciales ofrecidos por la empresa;
- b) Pagos mensuales por cada asegurado, en el caso que la empresa que suscribe el convenio asegure a los beneficiarios las prestaciones pactadas de acuerdo con niveles y patrones previamente establecidos en sus planes y programas.

2. LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN EL BRASIL

Los recursos del sistema de Seguridad y Asistencia Social en el Brasil provienen básicamente de tres fuentes específicas:

- a) Contribución del Estado
- b) Contribución de los asegurados
- c) Contribución de las empresas

Estas fuentes constituyen en la actualidad el fondo de Previsión y Asistencia Social (FPAS), principal instrumento financiero del Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social, SINPAS.

a) Contribución del Estado

La contribución del Estado al SINPAS puede dividirse en tres partes. La primera parte recibe el nombre de Fondo de Liquidez de la Previsión Social (FLPS); la segunda proviene de las empresas públicas y podría incluirse en la contribu-

ción empresarial, y la tercera consiste en la transferencia de recursos presupuestarios.

i) Fondo de liquidez de la seguridad social (FLPS)

Por definición legal, la parte destinada al FLPS se obtiene, bajo el nombre de cuota de seguridad social, de las siguientes fuentes:

a) entidades dedicadas a las carreras de caballos, que deben aportar un 3% del movimiento global de apuesta de cada reunión hípica en hipódromos, subse-des y otras dependencias de dichas entidades.

b) Lotería Federal: 14% valor de ventas de los números.

c) Lotería deportiva federal: 10% del valor de su rendimiento bruto.

d) Impuesto a las importaciones: 3.6% del valor recaudado del impuesto de importación de cualquier producto.

e) Combustibles automotrices: 6% del precio de refinera de la gasolina de tipo A.

Observaciones:

Al introducirse la Lotería Deportiva Federal, desapareció la cuota de seguridad social recaudada sobre otros derechos (condominios, etc.).

ii) La contribución del Estado como empleador

De acuerdo con la disposición legal, todas las empresas del poder público y las financiadas por el gobierno deberán contribuir con un 21.5% sobre el salario de cada empleado público. El porcentaje de 21.5% se divide de la siguiente manera:

INPS (antiguo) - 60% 8% descontado a los empleados
8% de la empresa

13° salario - 1.2%

Asignación familiar - 4%

Asignación de maternidad - 0.3%

Las siguientes empresas públicas están exentas del pago de contribuciones: FUNRURAL, INCRA, ASIGNACION DE EDUCACION, SENAL, SESI, SENAC, SESC, INCRA especial, DPC, FUND, AEROV. Las otras empresas deben cancelar las contribuciones.

iii) Transferencia de recursos presupuestarios

Esta contribución del gobierno se realiza a través de recursos provenientes de su presupuesto, los cuales se destinan a complementar su aporte al sistema de seguridad social y a financiar parcialmente programas cuya ejecución estará a cargo de otras esferas de gobierno (estados y municipios) y de organismos específicos cuyas actividades tienen por objeto complementar los servicios y beneficios otorgados por el SINPAS.

b) Contribución de los asegurados

De acuerdo con la disposición legal, la contribución de los asegurados es obligatoria. Está obligada a contribuir toda persona que trabaje, ya sea como empleado, patrón (dueño o jefe de empresa), socio remunerado o director de firmas, trabajador autónomo o asegurado voluntario. Las respectivas contribuciones son diferentes entre sí, como se explicará a continuación.

i) Empleados

La contribución del empleado es cancelada por la empresa, y al empleado se le descuenta un 8% del salario recibido. La contribución mínima es la correspondiente a un salario mínimo regional, y la mayor no podrá exceder, como base, un valor 20 veces mayor que la mayor unidad salarial del país.

Aquellos que tengan más de un empleado o más de una actividad hacen contribuciones por todas ellas; sin embargo, para el efecto de las contribuciones, la suma de los salarios no podrá sobrepasar en 20 veces la mayor unidad salarial del país.

Observación:

La Unidad salarial es el valor fijado para cada región del país sobre la base de la política salarial y a la unidad salarial anterior se le aplica un factor de reajuste del mes en el cual varía el salario mínimo.

ii) Autoridades máximas de una firma, socios remunerados y directores

La contribución mensual se hará en conformidad con un "salario base" que varía de acuerdo con el tiempo de afiliación al sistema de seguridad social, y puede llegar hasta un máximo de 20 veces la mayor unidad salarial. Las variaciones del salario base para la contribución de esta categoría de asegurados figuran en el cuadro 1.

Cuadro 1

Clase	Tiempo de afiliación	Salario base
1	hasta 1 año	1 x 0 de salario mínimo regional
2	de 1 a 2 años	2/20 del límite máximo
3	de 2 a 3 años	3/20 del límite máximo
4	de 3 a 5 años	5/20 del límite máximo
5	de 5 a 7 años	7/20 del límite máximo
6	de 7 a 10 años	10/20 del límite máximo
7	de 10 a 20 años	12/20 del límite máximo
8	de 15 a 20 años	15/20 del límite máximo
9	de 20 a 25 años	18/20 del límite máximo
10	de 25 años en adelante	límite máximo (20 veces la mayor unidad salarial)

El valor del límite máximo varía anualmente, aplicándosele el factor de reajuste salarial correspondiente al mes en que se modifica también el salario mínimo; esto evidentemente trae consigo cambios anuales de las fracciones correspondientes a cada clase.

iii) Contribuciones con doble aporte

Se trata de los asegurados que, tras el término del plazo estipulado por la previsión para la suspensión de las contribuciones, desean mantenerse en el estado de asegurado, y cancelar un doble aporte, o sea, pagan su contribución individual de 8% y también el 8% que correspondería a la empresa. Esta contribución se calcula sobre un salario base que declara el asegurado y que no puede ser mayor que el último salario recibido por él (contemplando el máximo de 20 veces la mayor unidad salarial) ni menor que el salario mínimo regional.

iv) Empleados domésticos

Su contribución es del 8% sobre el salario mínimo de la región (incluso cuando su salario no alcance a este monto) y debe ser recogido por el empleador, el cual debe depositarlo junto con el 8% que le corresponde a él mismo en cualquier banco a través de una libreta de pago mensual.

v) Trabajadores autónomos

Su contribución alcanza a un 16%, y se calcula de acuerdo con un salario base que varía según el tiempo de afiliación al sistema de seguridad social. (Véase el cuadro 1.)

Se consideran trabajadores autónomos:

Los trabajadores independientes y eventuales (trabajadores sin relación de empleo) y los trabajadores temporales (contratados por períodos).

Los trabajadores independientes y eventuales hacen contribuciones de la misma forma que los autónomos, aún cuando los trabajadores temporales contribuyen sólo con un 8% de sus salarios base, mientras el 8% restante es descontado por la empresa, también de acuerdo con el salario base.

Los profesionales liberales son asegurados autónomos cuando ejercen su profesión por cuenta propia, y les corresponde así obedecer las disposiciones y contribución ya expuestas; al estar empleados, pasan a asimilarse a los otros empleados, y cuando además de estar empleados ejercen la profesión por cuenta propia, hacen contribuciones tanto en calidad de empleados como de trabajadores autónomos, respetando el máximo de 20 veces la mayor unidad salarial.

vi) Asegurados voluntarios

Se consideran dentro de esta categoría los religiosos en general, los cuales quedan equiparados a los trabajadores autónomos. Su contribución de 16% se calcula de acuerdo con el salario base correspondiente al tiempo de afiliación al sistema de seguridad social.

vii) Auxiliares de conductores autónomos de vehículos motorizados

Sus descuentos son los mismos que los trabajadores autónomos, con una contribución de 16% sobre el salario base.

viii) Funcionarios del INPS

La contribución se realiza de acuerdo con un porcentaje del salario respectivo igual al vigente para la institución de previsión y asistencia de los servidores del Estado (IPASE), más un 1% para el financiamiento de los demás beneficios y un 2% para la asistencia patronal.

c) Contribución de las empresas

Las empresas, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, contribuyen en una cuantía igual a la que aportan los asegurados a su servicio (8% del respectivo salario imponible).

Además de dicha contribución, las empresas deben aportar, sobre el valor total de la planilla imponible, un 1.2% para el financiamiento del abono anual; un 4% para financiar la asignación familiar y un 0.3% para financiar la asignación de maternidad.

Según su tipo de actividad, las empresas deberán contribuir al sistema de seguridad social mediante el pago de ciertas tasas aplicables sobre el valor de la planilla de salarios imponibles. Estas tasas se presentan en el cuadro 2, que muestra las tasas imponibles de los asegurados y de las empresas según tipo de actividad.

Observaciones al cuadro 2

a) La tributación, según las actividades, responde a las tasas enumeradas desde el I hasta el IX, salvo excepciones correspondientes a leyes especiales;

b) Las empresas públicas, las sociedades mixtas y las fundaciones contribuyen al sistema de seguridad social, tal como hacen las empresas privadas, según sean sus actividades específicas;

c) Aquellas fundaciones que se financian exclusivamente con recursos del gobierno se equiparan a los organismos del poder público para efectos de recaudación;

d) Las entidades filantrópicas sólo deben cancelar la contribución previsional descontada a sus empleados (8% sobre los salarios mensuales y 7.2% sobre el 13º salario), más la tasa de seguro de accidentes del trabajo;

e) La relación de actividades, para fines de las contribuciones al sistema de seguridad social, es la siguiente:

Cuadro 2
CONTRIBUCIONES DE ASEGURADOS Y EMPLEADORES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD EMPRESARIAL
 (Porcentajes)

Rubros	Actividad											
	Hasta 10 veces el mayor valor de referencia									Más de 10 veces el valor de referencia hasta el límite máximo		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	I a VII	VIII	IX
Empleado +												
Empresa	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0
FUNRURAL	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	—	2.4	2.4	—
INCRA	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	—	—	—	—
13º Salario	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
Asignación familiar	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Asignación de educación	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	—	—	2.5	—	—
SENAI	1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SESI	1.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SENAC	—	1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SESC	—	1.5	—	—	—	—	1.5	1.5	—	—	—	—
Incra-especial												
D. Ley 1146/70	—	—	—	2.5	—	—	—	—	—	—	—	—
DPC	—	—	—	—	2.5	—	—	—	—	—	—	—
Fondo Aerov.	—	—	—	—	—	2.5	—	—	—	—	—	—
Asignación de maternidad	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Total	29.1	29.1	26.6	29.1	29.1	29.1	28.1	25.6	21.5	26.4	23.9	21.5

ACTIVIDAD I Industrial (excluida del Artículo 2º del Decreto Ley Nº 1.146/70), de transporte terrestre - de telecomunicaciones (excepto aeronáutica) de oficina gráfica de empresas periodísticas.

ACTIVIDAD II Comercial, de comercio y almacenaje, de agentes de comercio, de turismo y hotelería.

- ACTIVIDAD III** Empresas sujetas a control del Banco Central - Establecimientos bancarios - Sociedades de crédito, financiamiento o inversiones - Cooperativas de crédito - Compañías de seguro y capitalización - Sindicato o asociación profesional de empleados, de trabajadores autónomos (Ex Independientes) o de empleadores, pertenecientes a actividades antes no vinculadas al ex IAPC.
- ACTIVIDAD IV** Industrial (relacionada con el art. 2º del Decreto Ley Nº 1.346/70), Industrial (incluso cooperativas) de caña de azúcar, de productores de leche, de té y de mate, de uva, de extracción y procesamiento de fibras vegetales y de algodón, de elaboración de café y de cereales, de extracción de maderas para aserraderos, de resinas, leña y carbón vegetal, de mataderos de animales de cualquier especie y de elaboración de charqui.
- ACTIVIDAD V** Marítima - de navegación marítima, fluvial o lacustre - de Agencia de navegación - de pesca - de servicios portuarios - de dragado - de administración y explotación de puertos.
- ACTIVIDAD VI** Transporte aéreo, de taxi aéreo y de servicios aéreos especializados - de telecomunicaciones aeronáuticas - de creación, administración, operación y explotación de infraestructura de aeropuertos y servicios auxiliares - de fabricación, reparación y mantención de aeronaves, piezas y accesorios, o de representación de los mismos - de equipo aeronáutico.
- ACTIVIDAD VII** Empresas de publicidad - Empresas periodísticas (excepto las oficinas gráficas, que corresponden a la actividad I) - empresas de difusión cultural y artística - establecimientos de cultura física y establecimientos hípicas - Bufete, consultorio o laboratorio de profesional liberal - Sindicato o asociación profesional de empleados o de empleadores pertenecientes a actividades antes vinculadas al ex IAPC.
- ACTIVIDAD VIII** Establecimientos de enseñanza (incluidos en el cuadro anexo al Artículo 577 de la CLT en la parte referente al primer grupo de Confederación nacional de educación y cultura).
- ACTIVIDAD IX** Organismos del poder público y fundaciones financiadas exclusivamente con recursos del gobierno.

PUBLICACIONES
de
CEPAL - ILPES - UNICEF
Sobre Política Social

I. PUBLICACIONES CONJUNTAS ILPES-UNICEF

PLANIFICACION SOCIAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE,
Santiago, 1982

POBREZA, NECESIDADES BASICAS Y DESARROLLO, Santiago, 1982

EL DESARROLLO SOCIAL EN LOS OCHENTA
(De próxima aparición)

Estudios ILPES-UNICEF sobre Política Social:

LAS POLITICAS SOCIALES EN CHILE 1964-1980
(de próxima aparición)

II. PUBLICACIONES DEL ILPES SOBRE POLITICA SOCIAL

TEORIA, ACCION SOCIAL Y DESARROLLO EN AMERICA LATINA
(Siglo XXI, México, 1976; 2ª edición, 1982)

POLITICA ECONOMICA, ORGANIZACION SOCIAL Y DESARROLLO
REGIONAL, Cuaderno del ILPES N° 29, Santiago, 1982

EL ESTADO ACTUAL DE LA PLANIFICACION EN AMERICA LATINA
Y EL CARIBE, Cuadernos del ILPES N° 28, Santiago, 1981

EL PROCESO DE PLANIFICACION EN AMERICA LATINA:
ESCENARIOS, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS, Cuadernos del ILPES
N° 26, Santiago, 1980

PROBLEMAS DEL DESARROLLO SOCIAL EN AMERICA LATINA,
Cuadernos del ILPES N° 18, Santiago, 1973

TIPOLOGIA DE AMERICA LATINA: ENSAYO DE MEDICION DE LAS
DISCONTINUIDADES SOCIALES, Cuadernos del ILPES N° 17, 1973

ESTRUCTURA FAMILIAR: ESTUDIO SOBRE LOS SECTORES POPULARES
DE QUITO, ECUADOR Cuadernos del ILPES N° 16, Santiago, 1973

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA JUVENTUD LATINOAMERICANA,
Cuadernos del ILPES N° 14, Santiago, 1971

LA PLANEACION EN LAS FORMAS DE LA RACIONALIDAD,
Cuadernos del ILPES N° 13, Santiago, 1971

NOTAS SOBRE FORMULACION DE PROYECTOS, Cuadernos del ILPES
N° 12, Santiago, séptima edición 1980

NOTAS SOBRE INTEGRACION, BIENESTAR Y EVALUACION DE PROYECTOS,
Cuadernos del ILPES N° 11, segunda edición 1973

LOS RECURSOS HUMANOS EN EL DESARROLLO DE AMERICA LATINA,
Cuadernos del ILPES N° 9, Santiago, 1971

EL PLANEAMIENTO DE LA EDUCACION, Cuadernos del ILPES N° 7,
Santiago, 1969 (Agotado)

EL MARCO HISTORICO DEL PROCESO DE DESARROLLO
Y SUBDESARROLLO, Cuadernos del ILPES N° 1, 4ª edición, 1972

CONTROL DE LA EJECUCION DE PROYECTOS POR EL METODO DEL
CAMINO CRITICO (PERT), Cuadernos del ILPES N° 4, 3ª edición, 1973

TEORIA Y PROGRAMACION DEL DESARROLLO ECONOMICO,
Cuadernos del ILPES N° 1, Serie Apuntes de clase, segunda edición, 1970

EL SUBDESARROLLO LATINOAMERICANO Y LA TEORIA DEL
DESARROLLO, Siglo XXI, México, 13ª edición, 1979

EXPERIENCIAS Y PROBLEMAS DE LA PLANIFICACION EN
AMERICA LATINA, Siglo XXI, México, 2ª edición, 1979

DISCUSIONES SOBRE PLANIFICACION, Siglo XXI, México,
10ª edición, 1979.

EL SECTOR PUBLICO EN LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO,
Siglo XXI, México, sexta edición, 1977

FILOSOFIA, EDUCACION Y DESARROLLO, Siglo XXI, México, 5ª edición, 1975

DISCURSO SOBRE POLITICA Y PLANEACION, Siglo XXI, 1972

III. PUBLICACIONES DE UNICEF

SITUACION DE LA INFANCIA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE
(Santiago, 1979)

INDICADORES SOBRE LA SITUACION DE LA INFANCIA
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1979)

ESTIMULACION TEMPRANA (Santiago, 1978-1979)

EL NIÑO CON DIFICULTADES PARA APRENDER (Santiago, 1980)

ALTERNATIVAS DE ATENCION AL PREESCOLAR EN AMERICA
LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1979)

EL NIÑO EN LA POESIA DE GABRIELA MISTRAL
(Santiago, 1979)

EL NIÑO EN LA CULTURA DEL URUGUAY (Santiago, 1979)

PRESENCIA DEL NIÑO EN LAS AMERICAS (Santiago, 1979)

EDUCACION Y SOCIEDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE
(Santiago, 1980)

NIÑO AYUDA AL NIÑO (Santiago, 1979)

DIMENSIONES DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA
Y EL CARIBE (Santiago, 1982)

POBREZA CRITICA EN LA NIÑEZ (Santiago, 1981)

EL NIÑO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (México, 1979)

SITUACION DEL NIÑO DE LA FAMILIA POBRE, EL CASO DE CHILE
(Santiago, 1982)

LA PLANIFICACION SOCIAL Y LA FORMACION DE LAS NUEVAS
GENERACIONES (Santiago, 1979)

EDUCACION, NIÑEZ Y POBREZA (Santiago, 1977)

SITUACION DE LA INFANCIA EN AMERICA LATINA
Y EL CARIBE (Santiago, 1979)

ALTERNATIVAS DE ATENCION AL PREESCOLAR EN AMERICA
LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1979)

UN DESAFIO AL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS (Santiago, 1977)

LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA LA INFANCIA
(Santiago, 1978)

POLITICAS Y PROGRAMAS PARA LA MUJER (Santiago, 1982)

TEORIAS Y TECNICAS PARA LA COMPRESION DEL LENGUAJE
(Santiago, 1982)

POBREZA, NECESIDADES BASICAS Y DESARROLLO (Santiago, 1982)

ATENCION A LA INFANCIA EN COMUNIDADES MARGINALES (Santiago 1979)

PARTICIPACION DE LA MUJER EN EL DESARROLLO DE
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1975)

INFANCIA Y POBREZA, ESTUDIO EXPLORATORIO EN NIÑAS CHILENAS
(Santiago, 1982)

EL GAMIN: SU ALBERGUE SOCIAL Y SU FAMILIA (Bogotá, 1978)

JUEGOS Y EJERCICIOS PARA EL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA
(Guatemala, 1979)

YOUR CHILD (Kingston, 1976)

SERVICIOS BASICOS PARA A INFÂNCIA EM PAÍSES
EM DESENVOLVIMENTO (E/ICEF/L. 13427 (Brasilia, 1977)

UMA ESTRATEGIA PARA OS SERVICOS BASICOS (Brasilia, 1976)

REGIONAL PRE-SCHOOL CHILD DEVELOPMENT-CENTRE (Kingston)

HISTORIAS DE LA VIDA REAL (Lima, 1979)

PROYECTO DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO Y SU FAMILIA
EN LOS PUEBLOS JOVENES DEL CONO SUR DE LIMA (Lima, 1978)

REVISTA DE NIÑOS (Bogotá, 1979)

UN PEQUEÑO ESFUERZO (Guatemala, 1978)

MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTIMULACION TEMPRANA (Guatemala, 1979)

EL NIÑO EN EL PERU (Lima, 1979)

JUGANDO Y CRECIENDO (Guatemala, 1978)

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA EL TRABAJO DE MADRES
DE FAMILIAS Y NIÑERAS (Guatemala, 1978)

FUNDACION DEL NIÑO UNICEF. PROGRAMA HOGARES DE
CUIDADO DIARIO (Caracas, 1978)

PERFIL ESTADÍSTICO DE CRIANCAS E MÃES NO BRASIL
(Río de Janeiro, 1979)

SITUACAO DAS CRIANCAS NOS PAISES EM DESENVOLVIMENTO
(Brasília, 1979)

POR FAVOR, CUIDENME BIEN (Guatemala, 1978)

BEAUTIFUL JUNK (Kingston, 1978)

MI NIÑO DE 0 A 6 AÑOS (Guatemala, 1979)

HACIA UN DIAGNOSTICO DE LA NIÑEZ BOLIVIANA:
LA SITUACION DEL NIÑO POPULAR (La Paz, 1979)

TOYS YOU CAN MAKE FOR THE UNDER TWOS (Book 1) (Kingston, 1980)

UN MEJOR COMIENZO (Guatemala, 1979)

ESTUDIO ANALITICO DE LOS CENTROS DE ORIENTACION
INFANTIL Y FAMILIAR (Panamá, 1979)

EJERCICIOS Y JUEGOS PARA MI NIÑO de 0 a 3 años
(Guatemala, 1980)

EJERCICIOS Y JUEGOS PARA MI NIÑO de 3 a 6 años
(Guatemala, 1980)

INTENTO DE RECOPIACION SOBRE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
RELACIONADOS CON EL DESARROLLO INFANTIL (Guatemala, 1979)

DIREITOS DA CRIANCA (IMPAS) (Brasília, 1979)

JOGO DE DOCUMENTOS SOBRE O ANO INTERNACIONAL DA CRIANCA
(Brasília, 1979)

AÑO INTERNACIONAL DA CRIANCA, 1979 (Brasília, 1977)

AÑO DE LA NIÑEZ GUATEMALTECA (Guatemala, 1977)

SEMINARIO NACIONAL PARA ESPECIALISTAS EN PROMOCION SOCIAL DE LA FAMILIA CAMPESINA (Lima, 1979)

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Bogotá, 1977)

CODIGO DE LA FAMILIA-CUBA (Kingston, 1975)

REPOR ON SECOND WORKSHOP ON SOCIAL LEGISLATION TO THE FAMILY AND CHILD IN THE CARIBBEAN (Kingston, 1976)

A PLANNING PERSPECTIVE FOR CHILDREN AND YOUTH (Brasilia, 1979)

ADVOCACY FOR CHILDREN (Brasilia, 1980)

SERVICOS ESSENCIAIS PARA AS CRIANCAS (Brasilia, 1979)

INCAPACITACAO INFANTIL - SUA PREVENCAO A REABILITACAO (Brasilia)

FINAL REPORT OF THE INTERNTIONAL YEAR OF THE CHILD IN BRAZIL (Brasilia)

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DE LA POBLACION INDIGENA GUAYMI DE PANAMÁ (Guatemala, 1979)

PRODESCH: PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIO-ECONOMICO DE LOS ALTOS DE CHIAPAS (México, 1976)

CARIBBEAN RESOURCE BOCK WOMEN IN DEVELOPTMENT (Kingston, 1978)

PROGRAMA DE DESARROLO RURAL DE CHUQUISACA (Bolivia, 1979)

EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO LOS ALTOS DE CHIAPAS (México, 1979)

ELLOS TAMBIEN PUEDEN... FONDO DE DESARROLLO RURAL MARGINADO (Bogotá, 1979)

PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL INTEGRADO (Costa Rica, 1979)

EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO. LA ZONA MAYA DE QUINTANA ROO (México, 1979)

PLANTA EXPERIMENTAL DE BIO-GAS TINGUA-HUARAZ ORDENOR-UNICEF (Lima, 1980)

LOS NIÑOS EN AREAS DESFAVORECIDAS DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO (México, 1979)

LA SOCIEDAD ES COMO UN ARBOL (Guatemala, 1979)

TESTIMONIO DE UNA COMUNIDAD (Lima, 1980)

PUNO - EXPERIENCIA PILOTO (Lima, 1980)

UNA METODOLOGIA DE SUBREGIONALIZACION PARA LA REGION DE PUNO (Lima, 1980)

SERVICIOS BASICOS Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERU (Lima, 1980)

REFLEXIONES SOBRE LA MONITORIA Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO SOCIAL (Lima, 1980)

PLANO DE INTEGRACAO DE MENORES NA COMUNIDADES - "PLIMEC" (Brasilia, Doc. 8017)

THE CHILD AND THE URBAN ENVIRONMENT IN BRAZIL (Brasilia, 1979)

SITUACAO DAS CRIANCAS NOS PAISES EM DESENVOLVIMENTO (Brasilia)

AVALIACAO "EX-POST" DE PROGRAMAS DE NATUREZA SOCIAL: UMA SUGESTAO DE METODOLOGIA (Brasilia, 1980)

PARTICIPACAO DO UNICEF NO DESENVOLVIMENTO BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA DE PLANEJAMENTO PARA A INFANCIA E A JUVENTUDE (Brasilia, 1977)

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD - EDUCACION - AGRICULTURA Y ALIMENTACION - (CISEA) - ANCASH, PERU (Lima, 1980)

SITUATION OF CHILDREN IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (Kingston, Jamaica, 1980)

MODELO DE EVALUACION PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD "MOESS" MARCO DE REFERENCIA TEORICO Y METODOLOGICO (Bogotá, 1978)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS BASICOS DE OBSTETRICIA Y PEDIATRIA HOSPITALARIOS (Lima, 1975)

MANUAL PARA PARTERAS EMPIRICAS CAPACITADAS (Lima, 1976)

EL AGUA POTABLE EN LOS ALTOS DE CHIAPAS (México, 1979)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS BASICOS DE ENFERMERIA HOSPITALARIA (Lima, 1975)

PROYECTOS DE PUEBLOS JOVENES DE LIMA METROPOLITANA (Lima, 1979)

PROGRAMAS DE EXTENSION DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD AL MEDIO RURAL (México, 1978)

PRIORIDADES EN LA SALUD INFANTIL (México, 1977)

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (Lima, 1978)

ATENCION PRIMARIA DE SALUD (Bogotá, 1978)

PRIMARY HEALTH CARE (Bogotá, Colombia)

PRIMERA REUNION NACIONAL SOBRE EL PROGRAMA DE INVESTIGACION EN PLANIFICACION DE SALUD. MEMORIAS (Bogotá, 1978)

PROPOSICOES ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BASICAS DE SAÚDE NOS PAISES EM DESENVOLVIMENTO (Brasilia, 1977)

PRIMARY HEALTH CARE. THE JAMAICAN PERSPECTIVE (Kingston, 1978)

A MANUAL FOR HEALTH PERSONNEL (Kingston, 1975)

TENDENCIAS NA AMAMENTACAO E SEU IMPACTO NA SAUDE DA CRIANCA (Brasilia, 1978)

EL NUEVO ENFOQUE DE LA SALUD EN COLOMBIA: UN RETO Y UNA PROGRESIVA REALIDAD (Bogotá, 1979)

UNA VIDA MEJOR PARA TODOS (Lima, 1980)

MODELO DE EVALUACION PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - MOESS: MARCO OPERATIVO Y ANALITICO (Bogotá, 1979)

CUIDADOS PRIMARIOS DE SAUDE (Brasilia, 1979)

DECLARACO E RECOMENDACOES CONJUNTAS UNICEF/WHO NA CONFERENCIA DE GENEVRA 9-12 OUT/79 (Brasilia, 1979)

MANUAL SOBRE XEROPHTHALMIA DE SOMMER (Brasilia, 1980)

DEFICIENCIA DE VITAMINA "A" E ZEROPHTHALMIA (Brasilia, 1980)

ALGUNAS IDEAS SOBRE DINAMICA DE GRUPO (Guatemala, 1979)

EDUCACION DE LA INFANCIA Y COMUNIDAD LOCAL (Bogotá, 1979)

PRIMER SEMINARIO SOBRE EXPERIENCIAS DE EDUCACION INICIAL NO ESCOLARIZADA (Lima, 1978)

PROPEDEINE (Proyecto Piloto Experimental de Educación Inicial No Escolarizada) (Lima, 1979)

EDUCACION, HOY (Bogotá, 1977-1978)

NOCIONES SOBRE EDUCACION PERMANENTE (Guatemala, 1979)

NECESIDADES EDUCATIVAS BASICAS DE LA POBLACION RURAL DEL AREA CENTROAMERICANA, VOLUMEN 1 (Guatemala, 1977)

TALLER SOBRE NECESIDADES EDUCATIVAS BASICAS DE LA POBLACION RURAL DE COLOMBIA (Bogotá, 1976)

EXPERIENCIAS DE EDUCACION INICIAL NO ESCOLARIZADA EN AMERICA LATINA (Lima, 1978)

LEGISLACION SOBRE POLITICAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE (Santiago de Chile, 1978)

ALIMENTACION Y NUTRICION (Lima, 1976)

BOLETIN: PIA/PNAN N° 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 (Santiago de Chile, 1976-1979-1980)

NUTRICION: PLAN NACIONAL DE NUTRICION (Bogotá, 1979)

COLOMBIA: PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION PARA CERRAR LA BRECHA (Santiago de Chile, 1977)

LA NECESIDAD DE PLANIFICAR POLITICAS NACIONALES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LOS PAISES EN DESARROLLO Y SUS PERSPECTIVAS (Santiago de Chile, 1977)

REFORMULACION DE LA GUIA METODOLOGICA PARA LA PLANIFICACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL. PIA/PNAN (Santiago de Chile, 1977)

DESARROLLO Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA APROPIADA EN COLOMBIA (Bogotá, 1978)

REUNIAO CONJUNTA OMS/UNICEF SOBRE ALIMENTACAO E CRIANCAS NA PRIMEIRA INFANCIA (Brasilia)

FOMENTO DE LA PRODUCCION Y UTILIZACION DEL TARHUI (Sucre, Bolivia, 1979)

SEMINAR/WORKSHOP ON ALTERNATIVES IN THE DELIVERY OF HEALTH SERVICES (Kingston, 1976)

PARAGUAY: SINTESIS DEL PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION (Santiago de Chile, 1977-1981)

BOLIVIA: LA ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL PLAN DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL 1976-1980 (Santiago de Chile, 1976)

UN PROYECTO AL SERVICIO DE LA ALIMENTACION Y LA NUTRICION EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1978)

GUIA PARA ACTIVIDADES DE NUTRICAO ATRAVES DE SERVICOS LOCAIS DE SAUDE PARA UMA ESTRATEGIA CONJUNTA OMS/UNICEF (Brasilia)

ALIMENTACAO DE CRIANCAS PEQUENAS (Brasilia)

UM BOM COMECO NUTRICIONAL (Brasilia)

TERMINOLOGIAS EM ALIMENTACAO E NUTRICAO (Brasilia)

TEACHING PACKAGE ON BREASTFEEDING UNICEF/CFNI (Kingston, Jamaica, 1980)

LA MUJER Y LA CIUDAD (La Paz, 1978)

LA PROBLEMÁTICA DE LA MUJER EN AREAS MARGINALIZADAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ (La Paz, 1978)

LA MUJER Y EL DESARROLLO. LA MUJER Y LA CULTURA. ANTOLOGIA (Bogotá, 1982)

DIRECTRICES DE POLITICAS PARA LA COOPERACION DE UNICEF A PROGRAMAS QUE BENEFICIAN A LA MUJER (UNICEF/TARO/PM/80/1)

PROMOCION PARA LA INCORPORACION DE LA MUJER AL DESARROLLO. UNA GUIA PARA LÓS OFICIALES DE PROGRAMAS DE UNICEF (UNICEF/TARO/PM/80/2)

FORMANDO UNA BASE DE DATOS PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA LA MUJER (UNICEF/TARO/PM/80/3)

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS GENERADORAS DE INGRESO PARA LAS MUJERES DEL TERCER MUNDO (UNICEF/TARO/PM/80/4)

ALGUNOS LINEAMIENTOS METODOLOGICOS PARA LA FORMULACION DE PROGRAMAS PARA LA MUJER (UNICEF/TARO/PM/80/5)

EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION DE LA MUJER Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS. ESTUDIO DE CASO EN CARTAGENA, COLOMBIA (UNICEF/TARO/PM/80/6)

UNA METODOLOGIA DE INVESTIGACION-EDUCACION PARA ORGANIZACIONES FEMENINAS. ESTUDIO DE CASO EN REPUBLICA DOMINICANA (UNICEF/TARO/PM/80/7)

LAS INDUSTRIAS DEL PUEBLO EN EL SUR DE JALISCO. ESTUDIO DE CASO SOBRE LA INTEGRACION DE LA MUJER AL DESARROLLO (UNICEF/TARO/PM/80/8)

WAND. UNA INSTITUCION REGIONAL PARA LA MUJER Y EL DESARROLLO. ESTUDIO DE CASO EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA (UNICEF/TARO/PM/80/9)

INCORPORACION DE LA MUJER AL PROCESO DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO. ESTUDIO DE CASO CHUQUISACA-TARIJA (UNICEF/TARO/PM/80/10)

LA SITUACION DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE Y SU IMPACTO EN LA INFANCIA (UNICEF/TARO/PM/80/11)

CHILE: MUJER Y SOCIEDAD (Santiago de Chile, 1978)

INCORPORACION DE LA MUJER AL PROCESO DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO Y DESARROLLO DEL NIÑO (La Paz, 1979)

LA PARTICIPACION SOCIAL DE LA MUJER CAMPESINA EN BOLIVIA (La Paz, 1979)

EVALUACION DEL IMPACTO DE LOS PROYECTOS DE SALUD Y EDUCACION SOBRE LA MUJER EN PUNO Y CONO SUR DE LIMA METROPOLITANA (Lima, 1980)

VISAO GERAL DAS POLITICAS. ORGANIZACAO E METODOS DE TRABALHO DO UNICEF (Brasilia, 1980)

IV. PUBLICACIONES DE LA CEPAL SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON LA POLITICA SOCIAL

DESARROLLO HUMANO, CAMBIO SOCIAL Y CRECIMIENTO EN AMERICA LATINA, 1975 (Agotado)

DESARROLLO Y CAMBIO SOCIAL EN AMERICA LATINA, 1977, (Agotado)

RAICES HISTORICAS DE LAS ESTRUCTURAS DISTRIBUTIVAS DE AMERICA LATINA, por A. Di Filippo, 2ª ed., 1979

NOTAS SOBRE LA FAMILIA COMO UNIDAD SOCIOECONOMICA, por Carlos A. Borsotti, 1978

LA ORGANIZACION DE LA INFORMACION PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO, por Juan Sourrouille, 1978

LAS TRANSFORMACIONES RURALES EN AMERICA LATINA: ¿DESARROLLO SOCIO O MARGINACION? 2ª ed., 1980

LA DIMENSION DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA, por Oscar Altimir, 1979

AMERICA LATINA: LAS EVALUACIONES REGIONALES DE LA ESTRATEGIA INTERNACIONAL DEL DESARROLLO EN LOS AÑOS SETENTA, 1979

EDUCACION, IMAGENES Y ESTILOS DE DESARROLLO, 1979

HACIA LOS CENSOS LATINOAMERICANOS DE LOS AÑOS OCHENTA, 1981

ESTRATIFICACION Y MOVILIDAD OCUPACIONAL EN AMERICA LATINA, por C. Filgueira y C. Geneletti, 1981

EL DESARROLLO DE AMERICA LATINA Y SUS REPERCUSIONES EN LA EDUCACION. ALFABETISMO Y ESCOLARIDAD BASICA. 1982

LAS ENCUESTAS DE HOGARES EN AMERICA LATINA, 1983

¡OJO CORRECCION!:

DIMENSIONES DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (Santiago, 1982)

CUADERNOS DE LA CEPAL

DESARROLLO HUMANO, CAMBIO SOCIAL Y CRECIMIENTO EN AMERICA LATINA, 1975 (Agotado)

DESARROLLO Y CAMBIO SOCIAL EN AMERICA LATINA, 1977. (Agotado)

RAICES HISTORICAS DE LAS ESTRUCTURAS DISTRIBUTIVAS DE AMERICA LATINA, por A. Di Filippo, 2ª ed., 1979.

NOTAS SOBRE LA FAMILIA COMO UNIDAD SOCIOECONOMICA, por Carlos A. Borsotti, 1978.

LA ORGANIZACION DE LA INFORMACION PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO, por Juan Sourrouille, 1978.

LAS TRANSFORMACIONES RURALES EN AMERICA LATINA: ¿DESARROLLO SOCIAL O MARGINACION? 2ª ed., 1980.

AMERICA LATINA: LAS EVALUACIONES REGIONALES DE LA ESTRATEGIA INTERNACIONAL DEL DESARROLLO EN LOS AÑOS SETENTA, 1979.

HACIA LOS CENSOS LATINOAMERICANOS DE LOS AÑOS OCHENTA, 1981.

ESTRATIFICACION Y MOVILIDAD OCUPACIONAL EN AMERICA LATINA, por C. Filgueira y C. Geneletti, 1981.

EL DESARROLLO DE AMERICA LATINA Y SUS REPERCUSIONES EN LA EDUCACION. ALFABETISMO Y ESCOLARIDAD BASICA. 1982.

LAS ENCUESTAS DE HOGARES EN AMERICA LATINA, 1983.

CUADERNOS ESTADISTICOS DE LA CEPAL

SERIE ESTUDIOS E INFORMES

INDICADORES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL EN AMERICA LATINA, 1976 (Agotado)

SERIES HISTORICAS DEL CRECIMIENTO EN AMERICA LATINA, 1978 (Agotado)

ESTADISTICAS SOBRE LA ESTRUCTURA DEL GASTO DE CONSUMO DE LOS HOGARES SEGUN FINALIDAD DEL GASTO, POR GRUPOS DE INGRESO, 1978 (Agotado)

NICARAGUA: EL IMPACTO DE LA MUTACION POLITICA, 1981 (US\$ 3.00)

ESTILOS DE DESARROLLO, MODERNIZACION Y MEDIO AMBIENTE EN LA AGRICULTURA LATINOAMERICANA, 1981.

EL DESARROLLO DE AMERICA LATINA EN LOS AÑOS OCHENTA,* 1981.

DINAMICA DEL SUBEMPLEO EN AMERICA LATINA, 1981.

CAMPESINADO Y DESARROLLO AGRICOLA EN BOLIVIA, 1982.

CINCO ESTUDIOS SOBRE LA SITUACION DE LA MUJER EN AMERICA LATINA,* 1982.

MEDICION DEL EMPLEO Y DE LOS INGRESOS RURALES, 1982.

AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL EN AMERICA LATINA, 1981-1990/DRINKING WATER SUPPLY AND SANITATION IN LATIN AMERICA, 1981-1990.

OTRAS PUBLICACIONES

ESTUDIO ECONOMICO DE AMERICA LATINA, 1980.

ESTUDIO ECONOMICO DE AMERICA LATINA, 1981.

ANUARIO ESTADISTICO DE AMERICA LATINA, 1980.

ANUARIO ESTADISTICO DE AMERICA LATINA, 1981.

ECONOMIC SURVEY OF LATIN AMERICA, 1980.

ECONOMIC SURVEY OF LATIN AMERICA, 1981.

AGUA, DESARROLLO Y MEDIO AMBIENTE, 1980.

LA DIMENSION AMBIENTAL EN LOS ESTILOS DE DESARROLLO DE AMERICA LATINA, 1981, 136 pp.

MANUAL DE PROYECTOS DE DESARROLLO ECONOMICO, 5ª ed., 1980.

¿SE PUEDE SUPERAR LA POBREZA? REALIDAD Y PERSPECTIVAS EN AMERICA LATINA, 1980.

POBLACION Y DESARROLLO EN AMERICA LATINA, 1975.

EL DESARROLLO ESQUIVO, 1976.

MUJERES EN AMERICA LATINA - APORTES PARA UNA DISCUSION, 1975.

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购买联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas — DC-2-866
Nueva York, NY, 10017
Estados Unidos de América

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas
Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

Unidad de Distribución
CEPAL — Casilla 179-D
Santiago
Chile

Primera edición

Impreso en Naciones Unidas — Santiago de Chile — 83-4-502 — agosto de 1983 — 800