

RELATÓRIO INTERNO Nº 02/92
DIRETORIA DE PESQUISA

O Sistema de Saúde Chileno: Mitos e Realidades

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira
Kaizô Iwakami Beltrão

AGOSTO DE 1992



ipdeA
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

RELATÓRIO INTERNO Nº 02/92
DIRETORIA DE PESQUISA

O Sistema de Saúde Chileno: Mitos e Realidades

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira
Kaizô Iwakami Beltrão

AGOSTO DE 1992

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA
é uma Fundação vinculada ao Ministério da Economia,
Fazenda e Planejamento

- **PRESIDENTE**
Roberto Brás Matos Macedo
- DIRETOR EXECUTIVO**
Líscio Fábio de Brasil Camargo
- DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**
Antônio Emílio Sendim Marques
- DIRETOR DE PESQUISA**
Ricardo Varsano
- DIRETOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS**
Antonio Carlos da Ressurreição Xavier

Tiragem: 80 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL

Brasília - DF:

SBS. Q. 1, Bl. J. Ed. BNDES - 10º andar
CEP 70.076

Rio de Janeiro - RJ:

Av. Presidente Antônio Carlos, 51 - 14º andar
CEP 20.020

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO
 2. ANTECEDENTES
 - 2.1. A Fase Colonial
 - 2.2. O Início da Fase Republicana
 3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ANTIGO REGIME DE PROTEÇÃO SOCIAL
 - 3.1. Primeira Fase: dos Anos 20 aos Anos 40
 - 3.2. Segunda Fase: dos Anos 50 aos Anos 70
 - 3.3. Os Sistemas de Cobertura de Riscos para Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais
 4. A SAÚDE NO NOVO REGIME DE PROTEÇÃO SOCIAL
 - 4.1. A Descentralização como Política Estratégica para a Melhoria da Qualidade dos Serviços
 - 4.2. O Fonasa e o Sistema Público de Livre Escolha
 - 4.3. As Instituciones de Salud Previsional (Isapre)
 - 4.4. As Mutuales de Seguridad no Novo Regime
 5. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO CHILE: EPIDEMIOLOGIA, PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E FINANCIAMENTO
 - 5.1. Indicadores Demográficos e Epidemiológicos
 - 5.2. A Evolução da Capacidade Instalada
 - 5.3. Alguns Indicadores de Atenção Médica
 - 5.4. Financiamento Global do Sistema de Saúde
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- BIBLIOGRAFIA
-

O SISTEMA DE SAÚDE CHILENO: MITOS E REALIDADES*

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira***
Kaizô Iwakami Beltrão****

*Relatório final da visita feita ao Chile, sob os auspícios do Ministério da Economia do Governo Brasileiro.

** Da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE).
***Da Diretoria de Pesquisa do IPEA .

A produção deste volume contou com o apoio financeiro do BRA - 87/017 (PNUD) e do Programa de Gerenciamento o Público - GESEP/BIRD.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi o resultado de uma visita que fizemos a Santiago do Chile entre 22 e 30 de agosto de 1991, em missão oficial do governo brasileiro, através do Ministério da Economia, tendo como objetivo estudar as reformas do sistema de proteção social no Chile iniciada ao longo dos anos 80.

Na realização deste trabalho, foi imprescindível a colaboração de várias pessoas. Inicialmente, gostaríamos de agradecer à Embaixada do Brasil no Chile, especialmente ao Sr. Embaixador, Dr. Guilherme Leite Ribeiro, bem como ao Sr. Rodrigo Lana Espinosa, assessor econômico da Embaixada, responsável pela programação das visitas ao longo de nossa estada em Santiago.

Fizemos contato com vários especialistas e gerentes do sistema de saúde e seguridade social no Chile, sendo de grande valia a informação que conseguimos obter de pessoas e instituições como os Drs. Jonathan Callund e Gregório de la Fuente Dreyfus, consultores da empresa Godwins Consultores Ltda.; os Drs. Santiago Garcia Salas, Patricio Zeballos Saavedra e Carlos Arroyo Barros, da C. CH. C. Mutual de Seguridade; o Dr. Rene Merino, Presidente da Asociación de Isapre, além de representantes de várias destas instituições, o Dr. Hector Sanchez, Diretor da Superintendencia de Isapre, o Dr. Ernesto Miranda Radich, Professor e Investigador da Universidade do Chile e o Dr. Rubaldo Oliveros Cossio, Diretor do Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

Apesar da grande contribuição prestada por todas essas pessoas, os possíveis erros e omissões existentes neste trabalho são de inteira responsabilidade dos autores.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 15 anos, os acontecimentos políticos relacionados ao golpe militar do General Augusto Pinochet contribuíram para estigmatizar negativamente qualquer experiência de condução das políticas econômicas e sociais iniciadas pelo governo daquele país, nos anos de ditadura.

No entanto, a partir da segunda metade dos anos 80, as reformas implementadas pelo Governo, inspiradas nas mais puras fontes do liberalismo econômico de Chicago, contribuíram para a derrocada da inflação e a retomada do crescimento econômico, que na segunda metade dos anos 80 alcançou taxas nunca antes experimentadas pelo país, numa década onde boa parte dos países latino-americanos mergulhava num mar de inflação e recessão.

O processo de abertura democrática no Chile, que culminou com as eleições diretas para Presidente da República, ocorridas em 1990, iniciou-se no começo dos anos 80. Essas eleições já estavam previstas na Constituição de 1980. Nelas ficou patente a aceitação ampla, por parte da população, de muitas das reformas sociais e econômicas conduzidas pela ditadura.

Uma dessas reformas foi a que ocorreu nos sistemas de seguridade social, englobando os setores de saúde, previdência e assistência. Dentre as reformas enumeradas, pode-se dizer que a mais lenta foi a ocorrida nas instituições de saúde. Esta não se restringiu, apenas, à criação das **Instituciones de Salud Provisional (Isapre)**, quando se põe em marcha a chamada "privatização" do sistema, mas operou-se, também, através de uma profunda mudança no escopo dos níveis primário e secundário de atenção, através da municipalização e aumento da eficiência da rede básica de saúde. Isto porque enquanto as Isapre passaram a atender apenas aos estratos populacional mais ricos, a maioria da população continuou a depender do setor público.

Seria praticamente impossível entender a aceitação social da experiência chilena sem o conhecimento destas reformas na base operacional do sistema público de saúde, ou seja, aquele que ainda é responsável pela atenção médica da grande maioria da população.

O objetivo deste trabalho é analisar a experiência chilena de reforma do sistema de saúde, com os olhos na realidade brasileira. Como o Brasil vem implantado desde 1987 o seu Sistema Único de Saúde (SUS), seria interessante conhecer quais dispositivos das reformas realizadas no Chile seriam potencialmente exitosos se

aqui fossem replicados. Este trabalho também procurará comparar alguns indicadores de demanda e de produtividade dos serviços entre Chile e Brasil, buscando delimitar a natureza e o alcance dos sistemas de saúde implantados nestes dois países.

2. ANTECEDENTES

2.1. A Fase Colonial

Como ocorreu em boa parte dos países latino-americanos, as preocupações governamentais com a saúde no Chile iniciam-se ainda na fase colonial, quando em 1552, 11 anos depois da fundação de Santiago, Don Pedro de Valdivia, representante da Coroa Espanhola naquela cidade criou o primeiro hospital da Colônia, cujo nome passou a ser, anos depois, **San Juan de Dios**. Após sete anos, na cidade de La Serena, foi criado o Hospital de Nuestra Sra. de la Asunción.

As administrações locais na época tinham por atribuições a implementação de medidas sanitárias relacionadas ao controle de alimentos, bebidas e ao armazenamento de água potável, bem como funções de vigilância sanitária. As epidemias de varíola e sarampo que atingiram o Peru por volta de 1589, por exemplo, obrigaram a administração colonial a criar um serviço de inspeção sanitária de barcos, e um sistema de "quarentena" para os suspeitos de contaminação.

O esforço no campo da vigilância sanitária fez com que proliferasse a legislação colonial voltada para o combate a endemias. Normas e cuidados como a incineração de roupas e pertences dos doentes eram exemplos dessa legislação. Também eram obrigações legais a implementação de medidas profiláticas e terapêuticas em épocas de endemias. Neste ponto, cabe destacar que o Chile foi pioneiro na América Latina na vacinação contra a varíola, através dos esforços de Frei Pedro Manuel Chaparro que aplicou programas de vacinação em 1765 e em 1805.

Em que pesem os esforços empreendidos, não ocorreram avanços substanciais nos níveis de saúde da população chilena durante os três séculos que marcaram a dominação colonial. Epidemias diversas se abatiam sobre a população das cidades sem que fossem tomadas providências eficazes quanto a sua erradicação. Somente no início do século XIX, mais precisamente em 1808, um novo impulso ao combate das endemias é dado com a criação da Junta Central de Vacinas, que tinha por objetivo difundir nacionalmente os processos de vacinação.

Ao longo de todo o período colonial, alguns outros hospitais foram criados em cidades importantes, sendo estes supervisionados pelo poder central, com intervenções esporádicas sobre o andamento dos serviços. Em 1920 já existiam no Chile cerca de 114 hospitais, distribuídos desde Tacnas a Punta Arenas, que contavam com o esforço da caridade e com o trabalho voluntário de ordens religiosas (Beneficências).

2.2. O Início da Fase Republicana

Com a independência nacional e a instauração da República no Chile, inaugura-se, a partir de 1932, uma nova fase de controle das instituições de saúde. Esta fase, no entanto, concentrou-se basicamente em dois pólos: a criação progressiva de normas nacionais de conduta e funcionamento dos hospitais e serviços de saúde e a generalização de medidas de higiene através do saneamento e controle das condições de saúde pública.

No que diz respeito ao primeiro desses pólos, tem-se, no Governo do Presidente Joaquín Prieto, marcado pela consolidação das bases jurídicas do país, a criação da **Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago**, sob a forma de um conselho composto por todos os diretores de hospitais e cinco membros de comunidade designados pelo Presidente. O objetivo desta junta era homogeneizar os padrões de funcionamento dos serviços hospitalares e implantar normas de controle da qualidade dos serviços de saúde na referida cidade.

Em 1886 essa estrutura já havia se transformado em **Junta de Beneficência**, do mesmo modo que muitas outras instituições similares se formavam em outras cidades importantes do país. Nesse mesmo ano foi criado um Regulamento Orgânico para o funcionamento dessas juntas com a finalidade de dar unidade administrativa a todos os estabelecimentos de saúde.

A carência de meios técnicos e administrativos na condução das juntas fez com que em 1917 fosse criado o **Consejo Superior de Beneficência**, cujo objetivo era trazer unidade técnica para todos os hospitais e juntas de beneficência existentes.

Outra medida importante foi a criação da Faculdade de Medicina na Universidade do Chile, em 1842, que permitiu aumentar o número de médicos bem como estender e disseminar a atenção à saúde em regiões ainda não cobertas. As pesquisas desenvolvidas na faculdade de medicina voltaram-se, inicialmente, para o estudo das enfermidades endêmicas existentes no país e para a

melhoria das condições de saúde e higiene das cidades e dos domicílios.

No segundo pólo, tem-se a preocupação crescente com as medidas de saúde pública e intervenção sobre o meio, que levaram à criação da **Junta General de Salubridad** (1887), transformada, logo a seguir, em **Consejo Superior de Higiene Pública** (1892). A eles, se adicionou o **Instituto de Higiene**, também criado em 1892. Todos esses órgãos estavam vinculados ao Ministério do Interior e tinham funções meramente consultivas.

Na segunda metade do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX, todo um imenso corpo de leis, decretos, normas e regulamentos havia sido produzido, no âmbito nacional, sobre assuntos de higiene e saúde pública. Esse conjunto de dispositivos legais era bastante abrangente, mas criava problemas como a superposição de leis conflitantes sobre um mesmo tema. Este problema só foi resolvido em 1918, com a criação do primeiro Código Sanitário do país, revisando e ordenando todas as disposições sanitárias até então existentes.

O Código Sanitário Nacional estabeleceu as bases para a criação da **Dirección General de Sanidad**, órgão de caráter executivo, que tinha por objetivo implementar medidas básicas de saúde pública e higiene, bem como fazer cumprir os dispositivos do Código Sanitário em todo o território nacional. O país foi dividido em zonas de saúde, onde havia, em cada uma, uma inspetoria sanitária.

A importância atribuída às medidas de caráter sanitário, associadas ao saneamento das cidades e portos e ao combate às endemias, foi uma característica marcante de boa parte das sociedades latino-americanas na passagem do século XIX para o século XX. Enquanto economias primário-exportadoras, elas dependiam de adequadas condições sanitárias para que o fluxo de comércio internacional não se interrompesse e viesse a prejudicar o processo de acumulação de capital, ainda incipiente nestas sociedades.

No entanto, o crescimento urbano, associado aos processos ainda tímidos de industrialização, traziam novas necessidades no campo da proteção à saúde. A entrada em cena do trabalho assalariado urbano, associado ao início do crescimento industrial nas cidades, vem modificar a natureza dos sistemas de saúde vigentes a partir dos anos 20 deste século, passando a demandar uma estrutura de atenção médica voltada para o universo de trabalhadores formais e seus dependentes.

3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ANTIGO REGIME DE PROTEÇÃO SOCIAL

3.1. Primeira Fase: dos Anos 20 aos Anos 40

Para efeito deste trabalho, chamou-se de "Antigo Regime de Proteção Social" o período que se estende de 1924 - ano de nascimento da previdência e da assistência ao trabalhador chileno -¹ até 1979, quando são realizadas mudanças radicais na orientação de todo o sistema de proteção social no Chile.

O ano de 1924 marcou diversos acontecimentos. Primeiramente, a promulgação da Lei nº 4.054, onde é criada a **Caja de Seguro Obrero Obligatorio**, instituição que abarcava a cobertura de riscos associados à invalidez, velhice, morte e outorgava assistência médica a todos os operários, artesãos, camponeses, empregados domésticos, além de suas esposas e filhos até a idade de dois anos.

A Lei de **Seguro Obrero Obligatorio** foi, na verdade, uma cópia da legislação de seguro social alemã desenvolvida na era bismarckiana. Como ocorreu na Argentina e no Brasil, o Chile foi mais um país latino-americano a copiar este tipo de modelo de seguro social. Seu mentor foi o parlamentar Dr. Ezequiel Gonzáles Cortés, que, em 1905, visitou a Alemanha e observou o funcionamento do seguro social daquele país. Em 1921 apresentou ao Congresso o projeto de lei de **Seguro Obrero**, sendo o mesmo sancionado em 1924.

O paralelo a esta legislação no Brasil foi a Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, que criou a Caixa de Assistência e Previdência (CAP) dos ferroviários, dando margem à formação e desenvolvimento de muitas outras Caixas similares. Na década de 30 já existiam perto de 300 Caixas no Brasil. Vale comentar, no entanto, que enquanto no Chile o sistema se originou de uma única Caixa,² no Brasil ele partiu de uma multiplicidade de Caixas que se fundem, nos anos 30, em sete Institutos

¹A primeira legislação de proteção social no Chile data de 1855, embora restrita a um pequeno contingente de pessoas (forças armadas). O ano de 1924 marca a primeira legislação de caráter geral, que poderia ser estendida a toda a população trabalhadora.

²Na verdade, ao ser criada a **Ley de Seguro Obrero Obligatorio** no Chile, em 1924, já existiam as Caixas das Forças Armadas, Funcionários Públicos, Ferroviários e de alguns segmentos operários.

de Aposentadorias e Pensões (IAP), cada um com seu sistema independente de Assistência Médica.

Em 1924 foi criado o **Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social** do Chile, que passou a incorporar todos os antigos órgãos do Ministério do Interior responsáveis pelas áreas de higiene e saúde pública. Este Ministério, logo a seguir se transformou em **Ministerio de Salubridad**, passando a unificar todos os serviços assistenciais e sanitários existentes no país, incluindo o **Consejo Superior de Beneficência**.

A preocupação com a questão da saúde é abordada com destaque na Constituição de 1925, onde fica explícito, como dever do Estado, velar pela saúde da população e pelo bem-estar higiênico do país. Ainda neste ano é modificado o funcionamento das juntas de beneficência, formando-se a **Junta Central de Beneficência**, entidade autônoma com recursos financeiros próprios.

Embora a Lei nº 4.052 (**Ley de Seguro Obrero Obligatorio**) tenha determinado, ainda em 1924, a criação da **Caja de Seguro Obrero**, a evolução administrativa da Lei foi morosa, fazendo com que a referida Caixa só tivesse sido implantada, em sua totalidade, no ano de 1932.³

Desde seu estabelecimento até 1935, a **Caja de Seguro Obrero Obligatorio** experimentou forte crescimento, montando, paulatinamente, uma estrutura para a prestação de serviços médicos em todo o país. Esta tarefa foi ainda reforçada com o advento da Lei nº 6.174 (**Ley de Medicina Preventiva**), que tornou obrigatória a realização anual de exames de saúde para todos os trabalhadores.

A montagem desta estrutura trouxe a reorganização do sistema, através da criação de zonas de saúde em todo o país, voltadas para a resolução de problemas específicos de cada região. Diferenciais associados ao clima, ao relevo e à natureza das ocupações e da atividade econômica da população tornavam necessárias estratégias de prevenção e assistência médica distintas para cada uma dessas zonas.

Ao longo dos anos 30 e 40, observa-se, no Chile, a criação de duas estruturas de proteção à saúde, dotadas de um certo paralelismo. A primeira, voltada para a proteção da saúde dos trabalhadores e familiares,

³Na verdade, a referida Caixa já tinha operação legal antes de 1932, outorgando, inclusive, aposentadorias por invalidez.

desenvolve-se a partir da **Ley de Seguro Obrero Obligatório**, com a criação de estruturas de assistência médica específicas para conjuntos de trabalhadores. A segunda, voltada para a prevenção e assistência à saúde da população, de forma universal, tinha como base, de um lado, as "beneficências", que prestavam os serviços hospitalares gratuitos à população, e de outro, o **Ministério de Salubridad**, voltado para a adoção de medidas preventivas que atuavam sobre a população, através das campanhas de vacinação e atenção a grupos especiais de risco.⁴ O referido ministério mantinha ainda ações voltadas ao saneamento ambiental, mediante investimentos em redes e sistemas de abastecimento d'água e esgotamento sanitário, combate a vetores, etc.

As estruturas voltadas para a proteção à saúde da população como um todo, recebem um reforço em 1942, com a criação da **Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia** (Protinfa), que, sob o guarda-chuva do **Ministério de Salubridad**, unificou diversos órgãos anteriormente existentes, como o **Departamento Central de la Madre y el Niño**, **Centros Preventivos** e **Departamentos de Sanidad Escolar**, além dos serviços de odontologia escolar e de proteção aos menores e dependentes do Ministério da Justiça.

A finalidade básica desta **Dirección** (Protinfa) era proteger e auxiliar a maternidade, desde a concepção até a amamentação, e aos filhos na primeira infância. Objetivava, também, a proteção e encaminhamento de menores em situação irregular, tais como crianças e adolescentes que se encontravam moral ou materialmente abandonados ou em perigo de ingressar na marginalidade.

Vale comentar, no entanto, que a localização geográfica das atividades da Protinfa fez com que ela não cumprisse sua missão básica, que era a de prestar assistência aos grupos não cobertos pelos sistemas de saúde voltados para os trabalhadores e suas famílias. Seu caráter universal e pouco seletivo fazia com que parte da população beneficiária já estivesse coberta pelo outro sistema de proteção social. Os demais segmentos, carentes de informação e distantes das instalações que prestavam serviços através do Protinfa, pouco foram beneficiados.

3.2. Segunda Fase: dos Anos 50 aos Anos 70

Entre os anos 40 e 50, cristalizam-se duas grandes estruturas de assistência médica para o conjunto de

⁴Os principais grupos de risco identificados na época eram crianças, adolescentes, mães e escolares.

trabalhadores formais do Chile. A primeira delas é o **Servicio Médico Nacional de Empleados** (Sermena), criado através do DFL 32/1552 de 1942, a partir da fusão dos diversos departamentos de saúde do conjunto de **Cajas de Previsión**⁵ de empregados dos setores público e privado.

Inicialmente, os serviços prestados pelo Sermena eram basicamente de natureza preventiva, embora existissem formas de atenção curativa aos portadores de tuberculose, doenças venéreas, câncer, doenças cardiovasculares, além de atenção materno-infantil. Com o tempo, a cobertura desses serviços expandiu-se para outros níveis de assistência médico-cirúrgica.

Cumprir destacar que os filiados ao Sermena constituíam o que se pode chamar de a "aristocracia" dos trabalhadores, composta pelos funcionários públicos e por aqueles que trabalhavam em serviços ligados ao mercado financeiro, ao grande comércio e outros como jornalistas e professores universitários.

A segunda estrutura de proteção à saúde, que marcou as políticas sociais chilenas entre 1950 e 1980 foi o **Servicio Nacional de Salud** (SNS). Criado em 1952, através da Lei nº 10.383, o SNS passou a ser o organismo único encarregado da proteção à saúde de toda a população, bem como do fomento e recuperação da saúde dos operários (**blue collars**), suas esposas e filhos até a idade de 15 anos. O projeto de criação do SNS é derivado de reformas propostas pelo **Ministro de Salubridad**, em 1971, na época o Dr. Salvador Allende, presidente do país no início dos anos 70, deposto pelo golpe militar.

Criou-se, através do SNS, um sistema dicotômico, onde ao mesmo tempo em que se promovia a proteção à saúde de toda a população, se montava um sistema específico para a recuperação e tratamento dos operários e de suas famílias.

A montagem do SNS foi feita através da fusão de vários dos organismos anteriormente existentes, tais como a **Dirección General de Sanidad**, a **Junta Central de Beneficências**, o Serviço Médico da **Caja de Seguro Obrero**, o Protinfa, os Serviços Médicos das Municipalidades, a Seção de Acidentes de Trabalho do Ministério do Trabalho e o Instituto Bacteriológico.

⁵As **Cajas de Previsión**, criadas em 1924, eram estruturas anteriormente voltadas a concessão de benefícios de prestação continuada, benefícios assistenciais e assistência médica aos trabalhadores a elas afiliados.

Assim, a dicotomia entre a atenção específica para operários e suas famílias e a atenção universal para segmentos desprovidos de recursos foi internalizada no SNS.

Além da dicotomia existente dentro do próprio SNS, outra dicotomia pode ser destacada: a existente entre SNS e Sermena. O primeiro voltado para indigentes, trabalhadores informais, operários (**blue collars**) e suas famílias, detinha uma clientela potencial de cerca de 75% da população, enquanto que o segundo, destinado apenas à aristocracia dos trabalhadores (**white collars**) se restringia a 20% dos habitantes. Cerca de 5% da população estavam cobertos por sistemas independentes.

Tal dicotomia se refletia até mesmo nas formas de administração dos dois sistemas de saúde e nos serviços oferecidos. A administração do SNS era totalmente estatal, enquanto que a do Sermena era paraestatal, participando trabalhadores e empresas da gestão do sistema.

Em 1968, através da Lei nº 16.781, o Sermena passou a oferecer aos seus filiados um sistema de "livre escolha". Os beneficiários poderiam optar por receber um "bônus" que permitia eleger livremente o médico ou a instituição prestadora do serviço. Caso houvesse diferença entre o valor do serviço e o do bônus, o beneficiário complementaria a diferença. Enquanto isso, os filiados ao SNS tinham que se contentar em serem atendidos nas instituições estatais. Somente em 1979 (**Decreto-Ley nº 2.575**) é que foi permitido aos filiados do SNS optarem pelo sistema de "livre escolha". Naquele mesmo ano o SNS seria extinto e fundido com o Sermena.

Dessa forma, até 1979, existia uma grande assimetria entre os beneficiários desses dois sistemas. Os operários, independentemente de sua condição sócio-econômica, tinham acesso gratuito aos serviços do SNS, embora tal acesso estivesse restrito aos serviços disponíveis no setor público. Analogamente, os beneficiários do Sermena tinham liberdade de escolher o prestador de serviços, embora não tivessem total gratuidade no recebimento do mesmo, podendo, em muitos casos, pagar adicionalmente até a metade do valor das prestações.

Muitos defendiam que, ao final dos anos 60 e início dos anos 70, o sistema de saúde chileno podia ser considerado exemplar, quanto aos aspectos de cobertura e até mesmo de qualidade. A existência do Sermena permitia um funcionamento marcado pela combinação

público-privada, embora a hegemonia na prestação dos serviços coubesse ao setor público.

Pode-se dizer que a cobertura do sistema era universal, embora estivessem legalmente excluídos os trabalhadores por conta própria que não contribuíam com nenhuma parcela de sua renda para o setor saúde. Tanto o Sermena como o SNS cobriam, praticamente, a totalidade dos trabalhadores ativos, aposentados, pensionistas e suas respectivas famílias. Permanecia, no entanto, a existência adicional de diversos regimes especiais separados, como é o caso das Forças Armadas e da Polícia (carabineiros), que tinham instalações e pessoal próprio para a prestação de serviços de saúde.

A Tabela 1 mostra a composição percentual da cobertura do sistema de saúde chileno, por volta dos anos 70.

Observa-se que, apesar da cobertura ser aparentemente universal, a contribuição não era. Cerca de 18% da população coberta eram compostos por trabalhadores por conta própria que não cotizavam para o sistema. Essa população tinha acesso aos serviços de urgência de forma gratuita, embora devessem pagar o valor de outros serviços que viessem a utilizar. Os 5% da população vinculada a outros sistemas eram compostos, em sua maioria, por beneficiários do sistema das Forças Armadas e da Polícia Militar.

Tabela 1
Composição da População Coberta Pelos Sistemas De Saúde no Chile, ao Longo Dos Anos 70

Natureza da População	Percentual de Cobertura	Orgão Responsável pela Cobertura
Total	100,0	
Empregados	20,0	Sermena
Operários	50,0	SNS
Autônomos Cotizantes	7,0	SNS
Autônomos Não-Cotizantes	18,0	SNS
Outros	5,0	Sist. Independentes

Fonte: MIRANDA, E. R. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud. In "Estudios Públicos, Nº 39, Invierno, 1990, Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago (Chile), 1990.

Os dois principais sistemas (SNS e Sermena) eram financiados a partir de contribuições das empresas e dos trabalhadores. No entanto, no caso do SNS, o Estado contribuía adicionalmente com aportes fiscais,

obtidos de impostos gerais. A crise econômica que se estabelece no Chile na segunda metade dos anos 70 trouxe dificuldades crescentes para o financiamento. Aumentam não só as cotizações de patrões e empregados nos dois sistemas mas também o valor das complementações a serem desembolsadas pelos beneficiários dos sistemas de livre escolha do Sermena.

Sendo assim, ao final dos anos 70, tanto o SNS quanto o Sermena encontram-se desacreditados pela população, fato que, por si só, favorecia o advento de reformas.

3.3. Os Sistemas de Cobertura de Riscos para Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais

O início da legislação chilena no campo da proteção aos acidentados do trabalho data de 1916. A Lei nº 3.170, promulgada naquele ano, impunha responsabilidades aos empregadores sobre danos eventualmente causados à saúde do trabalhador em função de acidentes ou doenças comprovadamente contraídas como decorrência do processo de trabalho da empresa. Evidentemente que poucas empresas tinham condições para cumprir esta legislação. Por outro lado, o Governo não tinha os instrumentos para a adequada fiscalização deste preceito legal.

Sendo assim, a questão da atenção aos acidentados do trabalho ficaria descoberta no Chile até o ano de 1942 quando é criada a Caixa de Acidentes do Trabalho, ao lado de uma estrutura já existente no Ministério do Trabalho, que tinha por objetivo fiscalizar o cumprimento da legislação em vigor.

Cabe destacar, no entanto, que essa forma de atenção à saúde desenvolve-se no Chile, muito mais como iniciativa das empresas e dos trabalhadores do que como função assumida pelo Estado.

Ainda no final dos anos 40 começam a surgir, por iniciativa das empresas, entidades voltadas à recuperação, reabilitação e proteção social ao acidentado do trabalho, com o intuito de manter a regularidade e produtividade da força de trabalho, reduzir o absenteísmo e transmitir maior segurança aos trabalhadores. Essas entidades, denominadas **Mutuales de Seguridad**, cristalizam-se juridicamente em 1958. Organizavam-se sob a forma de instituições privadas sem fins lucrativos, destinadas a proteger os trabalhadores contra riscos e conseqüências dos acidentes de trabalho.

Em 1968, através da Lei nº 16.744, o Estado criou toda uma legislação voltada para regular a ação dessas mutuais, o que compreendia, entre outras coisas, a

captação de fundos e a organização de mecanismos de atenção integral aos acidentados do trabalho.

O processo de filiação das empresas às Mutuais de Seguridade é voluntário, sendo os encargos totalmente financiados pelo empregador. Os trabalhadores cujas empresas não estão cobertas pelas Mutuais podem contar com a cobertura do sistema estatal, dado que as empresas contribuem compulsoriamente com recursos adicionais ao SNS para esses riscos. No caso das contribuições para o sistema de **Mutuales**, o percentual pode variar de 0,9 a 3,4% da folha salarial, a depender do ramo de atividade e do risco da empresa. Maiores detalhes sobre as formas de operação desse sistema serão vistas adiante.

A operosidade e eficiência dessas instituições fizeram com que continuassem a existir no "Novo Regime de Proteção Social", com as reformas implementadas a partir de 1979.

Ao final dos anos 70, pode-se dizer que o sistema de saúde no Chile apresentava algumas deficiências, cabendo destacar:

- fortes diferenças entre os benefícios de assistência médica recebidos por empregados (Sermena) e operários SNS, que obedeciam, simplesmente, a status trabalhistas diferenciados e não a diferenças objetivas entre salários ou capacidade de pagamento;

- cerca de 20% da população estavam cobertos precariamente pelos serviços, embora não contribuíssem para o sistema, como ocorria com os trabalhadores por conta própria;

- tanto o SNS como o Sermena eram entidades centralizadas, extremamente hierarquizadas, burocratizadas e inflexíveis às demandas da população;

- o sistema de saúde oferecia poucas possibilidades de escolha dos médicos ou serviços por parte dos beneficiários;

o sistema se caracterizava pela larga hegemonia estatal como fonte de financiamento e concessão dos benefícios.

Todas essas deficiências tornavam inevitável o advento de reformas estruturais como as que surgem a partir de 1979 e modificam, não apenas a natureza dos benefícios, mas também os mecanismos de financiamento e o arcabouço institucional do sistema chileno de proteção social e, particularmente, de saúde. Na próxima seção serão

analisados os principais traços das reformas que se processaram nas políticas de saúde.

4. A SAÚDE NO NOVO REGIME DE PROTEÇÃO SOCIAL

Considerou-se como Novo Regime de Proteção Social aquele que se inicia a partir das reformas que irão marcar as novas formas de operação das políticas de Previdência, Saúde e Assistência Social no Chile, a partir dos anos 80.

As reformas que se operaram nas políticas de saúde, embora não tivessem se estendido ao campo dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, que funcionavam com alto grau de eficiência desde sua criação, tinham como objetivo básico o estabelecimento de novas regras e princípios para o funcionamento e atenção à saúde, a saber:

a) Equidade nos benefícios - Tratava-se de igualar os benefícios de assistência médica para empregados (Sermena) e operários (SNS), eliminando as barreiras legais até então existentes. Ao mesmo tempo, pretendia-se estender os benefícios de assistência médica para segmentos até então excluídos, como os trabalhadores por conta própria. Todos os beneficiários do sistema estatal teriam acesso à assistência médica em igualdade de condições;

b) Equidade nos pagamentos - Tratava-se de homogeneizar o valor das contribuições que cabiam aos trabalhadores, antes vinculados a distintos sistemas. No Antigo Regime tais cotizações chegaram a 16,5% da renda tributável dos filiados ao Sermena e 10,3% dos filiados ao SNS. Com o Novo Regime elas foram fixadas em 4% da renda (Decreto-Lei nº 3.500 de 1981) passando posteriormente para 6% (1983) até chegar a 7% (1986). Deixou de existir, por suavez, a contribuição da empresa para o sistema;

c) Solidariedade segundo o nível de renda - Tratava-se de criar mecanismos seletivos de participação do indivíduo no sistema estatal, segundo o seu nível de renda. Para indigentes e pessoas de baixa renda (classes A e B) haveria total gratuidade na prestação dos serviços. Os indivíduos considerados de renda média (classe C) pagariam 25% do valor dos serviços consumidos e os indivíduos ou famílias de classe alta (classe D), contribuiriam com metade do valor dos serviços consumidos. A Tabela 2 mostra a percentagem da população inserida em cada uma dessas classes;

Tabela 2
 Distribuição da População Beneficiária dos Serviços
 Estatais de Saúde Segundo o Nível de Co-Participação no
 Financiamento dos Serviços de Saúde - Chile: 1986
 (Em %)

Classes de Renda	Nível de Co-Participação no Financiamento do Serviço Consumido	Porcentagem População Total Coberta
D (Alta Renda - + de US\$ 190,00 mensais)	50	12,7
C (Média Renda - de US\$ 121,40 a US\$ 190,00 mensais)	25	12,9
A e B (indigentes e baixa renda - menos de US\$ 121,40 mensais)	0	74,3

Fonte: GIACONI, J. (1985). **Organización y Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1989: Análisis Preliminar**. Documento de Trabajo 8/85 CPU, Santiago, Chile.

d) Focalização dos subsídios - Criar subsídios diretos para os grupos sociais mais necessitados, como é o caso da gratuidade no atendimento para indigentes e famílias de renda baixa. No entanto, alguns serviços foram mantidos de forma gratuita para todos os tipos de filiados, independentemente do nível de renda, dado que traziam economias externas para o sistema de saúde como um todo. É o caso dos exames de saúde e medicina preventiva, atenção médica a gestantes e nutrízes e controle das crianças até seis anos de idade. Para as famílias mais pobres foi criado o **Programa Nacional de Alimentación Complementária**, também considerado como de grande importância para a redução de custos posteriores com atenção médica.

A focalização dos subsídios levou, ainda, à adoção de mecanismos de gratuidade para enfermos cujo tratamento era vital. Deve-se considerar, no entanto, que tal sistemática tem trazido grandes deseconomias externas, dado o alto custo envolvido com o tratamento de pacientes como os renais crônicos ou os portadores de enfermidades infecciosas do tipo hepatite, meningite e, mais recentemente, AIDS;

e) Ampliação da liberdade de escolha - A reforma do sistema pretendia dar resposta às preferências dos

consumidores em termos de serviços de saúde. Assim, desde que as despesas estivessem limitadas pelos orçamentos de cada grupo familiar, as famílias e pessoas teriam direito de escolher o serviço médico que melhor lhe conviesse. A criação dos programas de livre escolha do **Fondo Nacional de Salud** (Fonasa), e posteriormente das **Instituciones de Salud Provisional** (Isapre) permitiu a consolidação deste objetivo;

f) Aumento da eficiência - Para aumentar a eficiência do sistema optou-se por três estratégias complementares. A primeira consistiu na forte aplicação de recursos públicos, ao final dos anos 70, em programas de atenção primária à saúde. Com isto, aumentou a cobertura populacional da rede de serviços, alcançando as comunidades rurais antes desassistidas, melhorou a atenção à gravidez, parto e puerpério, bem como às crianças de até seis anos de idade.

A segunda estratégia foi a criação de estruturas descentralizadas de administração e organização do sistema de saúde, na perspectiva de que o controle local da oferta e da demanda por serviços traria, necessariamente, uma melhor adequação quantitativa e qualitativa na produção de serviços.

Por fim, a terceira estratégia foi a criação das Isapre, procurando melhorar a qualidade dos serviços através da concorrência entre instituições privadas prestadoras de serviços e entre o setor privado e o setor público.

Sendo assim, através de mecanismos como a descentralização, municipalização, estabelecimento da livre escolha e criação das Isapre, foram criados meios para que todos tivessem opção de satisfazer suas demandas de saúde segundo suas preferências. A saúde no Novo Regime é revestida de maior flexibilidade, agilidade e dinamismo, mas mesmo assim ainda apresenta alguns problemas que serão analisados em cada uma das partes que se seguem.

4.1. A Descentralização como Política Estratégica para a Melhoria da Qualidade dos Serviços

As reformas do sistema de saúde chileno se iniciam ainda no ano de 1979, quando, através do Decreto-Lei nº 2.763 foi criado o **Fondo Nacional de Salud** (Fonasa), órgão funcionalmente descentralizado, com personalidade jurídica e patrimônio próprio.

O Fonasa surge da fusão dos antigos Sermena e SNS, estando voltado para o cumprimento das disposições de ordem administrativa e financeira da Lei de Medicina

Curativa (Lei nº 16.781, de 1968), que criou o sistema de livre escolha para os filiados ao Sermena. Com a fusão dos dois serviços, todos os antigos filiados ao SNS passam, agora, a ter o direito de opção ao sistema de livre escolha, desde que possam autofinanciar-se, através de sua contribuição ou de adicionais de recursos pagos voluntariamente.

O Decreto-Lei nº 2.763 de 1979 foi responsável, ainda, pela reorganização do Ministério da Saúde e pela criação de mais dois organismos, a saber: a Central de Abastecimento e o Instituto de Saúde Pública. O Novo Ministério da Saúde, junção destes três órgãos, passou a formar o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), que engloba, ainda, a nova estrutura descentralizada e regionalizada de funcionamento dos serviços que será analisada a seguir.

Em 1979 existiam 54 áreas de saúde, vinculadas às 13 sub-regiões de saúde pertencentes ao SNS. Tais áreas foram transformadas em 27 serviços oriundos de uma fragmentação posterior à fusão do SNS com o Sermena. Cada uma dessas áreas passou a ter autonomia administrativa, orçamentária e patrimonial, contando com um corpo próprio de funcionários para seu funcionamento.

Com o advento da descentralização, o Ministério da Saúde passou a ter funções meramente normativas e de planejamento do Sistema, fixando políticas, planos e programas de saúde, bem como fiscalizando e controlando sua execução. Com sede em Santiago, o Ministério passou a contar com 13 secretarias regionais, que supervisionam e controlam o funcionamento dos serviços de saúde ao nível local.

Enquanto entidades financeiras do novo sistema de saúde, o Fonasa tem, entre suas atribuições, a arrecadação e distribuição de recursos aos serviços de saúde e consultórios municipalizados. A arrecadação é proveniente da venda de serviços ao setor privado, por parte das unidades próprias do Ministério da Saúde em cada localidade, enquanto que os recursos distribuídos são oriundos de duas fontes: o orçamento e os mecanismos de **facturación de atenciones prestadas** para os serviços (FAP) e para os consultórios (Fapem). A primeira fonte representa cerca de 80% dos recursos transferidos, enquanto que a segunda mobiliza o restante.

O Sistema FAP/Fapem foi concebido para estimular a produtividade das redes locais públicas e tem sido apontado como um dos pilares para a sustentação do sistema descentralizado dos serviços estatais de saúde.

Seu funcionamento é basicamente o seguinte: todas as prestações de saúde são codificadas em uma tabela que contém seus respectivos valores. Mensalmente, cada unidade prestadora de serviços (hospital ou consultório) resume os serviços prestados, enviando-os ao nível local que os consolida. Depois de consolidados, cada localidade remete o resumo para o Ministério da Saúde e para o Fonasa. Este último paga os serviços executados como uma fração do valor dos serviços prestados, dado que o pagamento de pessoal e de uma parte dos insumos é antecipado diretamente no orçamento. Sendo assim, são transferidos, em média, 20 a 25% dos recursos recebidos pelos serviços. As unidades locais mais produtivas recebem proporcionalmente mais.

Esse critério é diferente do utilizado no Brasil, onde o repasse de recursos do Governo Federal para a prestação de serviços de saúde nos Estados, Municípios e Unidades de Saúde foi definido no artigo 35 da nova Lei Orgânica de Saúde, promulgada em 1990, da seguinte forma: 50% seriam transferidos automaticamente segundo a magnitude da população e os outros 50% mediante outros critérios determinados por fatores de ordem sócio-econômica, epidemiológica e relacionados à magnitude da capacidade instalada e à eficiência da administração local dos serviços.

Na falta de uma legislação que viesse a regulamentar o artigo 35, o Ministério da Saúde no Brasil, através do Inamps, baixou uma série de normas destinadas a definir, provisoriamente, os critérios de transferência de recursos para as unidades regionais. Tais critérios combinam tetos máximos de realização de serviços por Estado (definidos segundo o tamanho da população), com o ressarcimento dos serviços hospitalares e ambulatoriais efetivamente prestados, segundo valores fixados em tabelas de pagamento reajustadas periodicamente.

Pode-se dizer, portanto, que os sistemas chileno e brasileiro apresentam-se bastante distintos no que tange ao processo de descentralização. A principal diferença é que no Chile as unidades descentralizadas, mesmo gozando de autonomia administrativa, continuam vinculadas ao Fonasa, enquanto no Brasil elas vêm sendo incorporadas progressivamente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tal processo só ocorreu dessa forma, no Chile, no caso dos Consultórios de Atenção Primária (CAP), mas não no caso dos hospitais que continuam, ainda que indiretamente, vinculados ao Fonasa.

No Chile, o sistema FAP/Fapem surgiu em substituição ao

anterior critério de repartição de recursos, que era feito por captação ou magnitude da clientela potencial adstrita a cada região. Pelo antigo critério, cada região de saúde recebia recursos de forma diretamente proporcional ao tamanho da população, o que não estimulava a expansão de cobertura e o aumento da produtividade dos serviços.

Apesar da superioridade do novo critério, deve-se levar em conta que ele sobrevaloriza a produtividade associada ao emprego dos recursos, refletida no aumento da magnitude absoluta de consultas e internações, mas não leva em conta a natureza dos resultados alcançados, que seriam expressos em padrões de morbidade e mortalidade mais adequados.

Muitos afirmam que este critério de pagamento tem apresentado diversos problemas. Como ocorrem freqüentes mudanças tecnológicas nos procedimentos de saúde, não acompanhadas pelas tabelas de remuneração, existem distorções nos preços dos serviços que favorecem a superprodução de determinados procedimentos em detrimento de outros, trazendo sérias implicações quanto à inadequação da oferta ao perfil de demanda por serviços em cada região.

Em função desses problemas, diversos mecanismos de controle têm sido testados, como a criação de "cestas integrais de serviços", onde cada estabelecimento seria obrigado a cumprir, num determinado prazo, um conjunto médio de procedimentos diferenciados regionalmente, com base em comportamentos históricos observados. Tal procedimento, no entanto, trás o risco de perpetuar distorções previamente existentes. Outro mecanismo consiste no estabelecimento de prêmios associados ao cumprimento de metas de saúde, os quais poderiam ser utilizados livremente pelos diretores dos estabelecimentos para comprar insumos, melhorar as instalações ou pagar horas extras ou prêmios aos funcionários, tendo em vista elevar seus vencimentos.

Estes procedimentos têm alcançado, apenas, resultados parciais e hoje tem-se estudado o emprego de formas de pagamento mais sofisticadas, como a que é feita a partir do estabelecimento de **Diagnosis Related Groups (DRG)**

A descentralização dos serviços não tem tido resultados homogêneos em todo o país. É verdade que muitas regiões conseguiram aumentar sua eficiência e alcançar padrões de qualidade e produtividade exemplares, enquanto que outras continuam a apresentar grandes deficiências na qualidade dos serviços prestados.

Assume-se, no entanto, que apesar de resultados parciais positivos, o maior problema do sistema FAP/Fapem está na determinação dos preços dos serviços pagos pelo Fonasa, cujas tabelas não espelham as mudanças e as diferenças de processo de trabalho relativas aos distintos procedimentos médico-hospitalares e ambulatoriais.

Em 1980, como continuidade do processo de descentralização, o Ministério da Saúde transferiu os Consultórios de Atenção Primária (CAP) para as municipalidades (DFL 1-3063 e DL 3.477 e 3.529).⁶ Este processo foi feito mediante a assinatura de convênios entre o Governo Central e as Prefeituras (tal como ocorreu com o Suds, no Brasil).

Os principais objetivos expressos no bojo destes convênios foram:

- a) colocar os serviços de saúde sob controle e fiscalização das comunidades locais;
- b) adequar os programas de saúde às necessidades específicas de cada realidade local;
- c) permitir o co-financiamento dos serviços de saúde por fundos municipais tendo em vista a melhoria da infra-estrutura e da administração destes serviços;
- d) possibilitar a participação comunitária na base social dos serviços;
- e) permitir maior integração local dos serviços de saúde com os programas de educação, habitação e saneamento ambiental, ao nível de cada comunidade local.

Através destes convênios, o Ministério da Saúde entregava em comodato todos os bens dos estabelecimentos repassados aos municípios. O pessoal pertencente a estas redes locais passaria a ser pago pelas municipalidades, assumindo estas a responsabilidade pelos serviços de atenção primária ambulatorial e demais programas complementares (alimentação, vacinação, visitação e educação sanitária, etc.).

⁶DFL é a abreviatura de Decreto com Fuerza de Ley e DL é a abreviatura de Decreto Legislativo.

Em contrapartida, os municípios recebiam recursos federais através do processo de **Facturación por Atenciones Prestadas em Municipalidades** (Fapem). O Gráfico 1 mostra a distribuição dos recursos que financiavam as ações de saúde dos municípios no ano de 1985. Observa-se que a maior parcela dos recursos (71,8%) ainda provinha de repasses federais (Fapem). No entanto, o orçamento municipal contribuía com 20,8% dos recursos ingressantes. O restante era coberto através da cobrança de serviços (4,1%) e outras fontes de menor importância (3,3%).

Quanto à estrutura de gastos, o Gráfico 2 mostra que, em 1985, a maioria dos recursos destinava-se à remuneração de pessoal (65%) e compra de bens e serviços (32,7%). Os investimentos respondiam por 1,3% das despesas e o restante era desembolsado em outros gastos.

O processo de transferência dos CAP aos municípios tem se dado progressivamente desde 1981, de modo que, até 1988, já haviam sido transferidos 92% dos consultórios urbanos, 100% dos postos, consultórios médicos e odontológicos rurais e 40% das estações médicas rurais.

Na verdade esse processo foi lento no período 1982/86 dado que, com a crise econômica e a implantação dos FAP/Fapem, a absorção dos CAP pelos municípios não foi muito atrativa. O processo de transferência se intensifica em 1987, quando a economia chilena retomou o crescimento econômico.

Estudos recentes são capazes de demonstrar que os municípios têm efetivamente desembolsado recursos adicionais para o funcionamento das CAP, o que era um dos objetivos perseguidos pelo governo ao descentralizar esses serviços. Como era de se esperar, os municípios mais ricos têm desembolsado mais recursos, aumentando as discrepâncias regionais no que tange à cobertura de atenção primária de saúde.

A municipalização propiciou uma expansão de 45% da capacidade instalada para o atendimento primário, somente nos anos de 1983 e 1984. Os consultórios de odontologia aumentaram 75%, sendo muitos deles dotados de equipamento de esterilização.

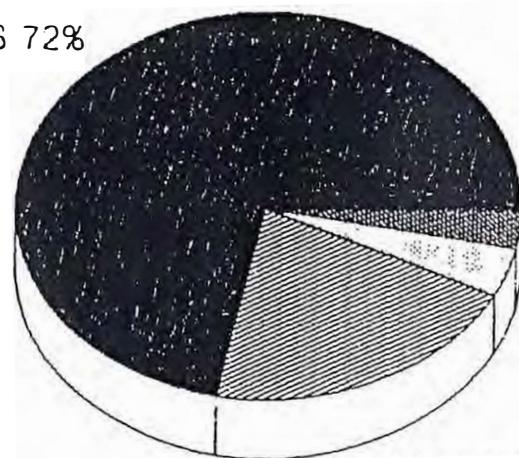
Alguns resultados associados a este aumento da capacidade instalada na produção dos serviços, no bojo do processo de municipalização, podem ser observados na Tabela 3.

Gráfico 1

GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE

FONTES DE FINANCIAMENTO: CHILE - 1985

RECURSOS FEDERAIS 72%



OUTRAS FONTES 3%
VENDA DE SERVIÇOS 4

RECURSOS MUNICIPAIS 21%

Gráfico 2

CHILE: 1985

GASTOS MUNICIPALES COM SAÚDE

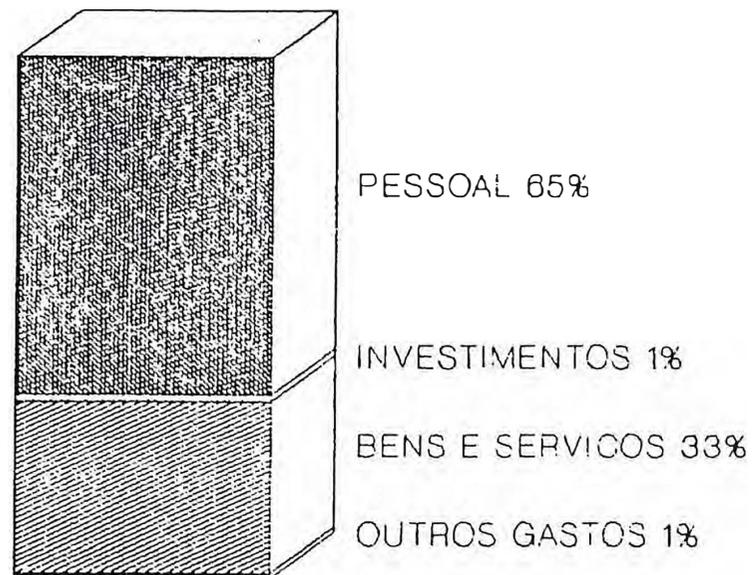


Tabela 3
Resultados do Processo de Municipalização na Produção
dos Serviços - Chile: 1982/85

Serviços Ofertados ¹	Anos de Referência		
	1982	1985	Cresc. (%)
Números de vacinas	230.465	243.264	5,6
Atendimentos a crianças	990.515	1.194.808	20,6
Atendimentos a mulheres ²	275.051	314.266	14,3
Atendimentos a adultos	558.618	1.687.420	32,4

Fonte: JARA, J.J. e GILLI, M. Municipalización de la Atención Primaria en Salud. In: ROMERO, M.I. (ed.). **Eficiencia y Calidad del Sistema de saúde prestado en Chile.** Ed. CPU, Santiago, 1990.

¹Considerou-se como atendimento, qualquer procedimento, consulta, exame ou outro serviço de saúde prestado ao respectivo grupo de risco.

²Somente atendimentos na área ginecológica-obstétrica.

Verificou-se um aumento do número de vacinas aplicadas, bem como uma elevação dos atendimentos a grupos específicos como mulheres, crianças e adultos. Esses últimos tiveram um forte incremento na cobertura por serem segmentos pouco atendidos no bojo das prioridades do antigo SNS. Vale comentar, no entanto, que os resultados têm sido mais expressivos nas áreas urbanas do que nas rurais, onde a cobertura não aumentou com tanta intensidade.

Algumas opiniões colhidas junto a estudiosos do sistema Fapem e das CAP revelam que o sistema deve ser melhorado, pelo menos em três pontos:

a) cobrir o custo total de uma "cesta" mínima de serviços que todas as municipalidades devem oferecer, independentemente de terem formas de financiamento adequadas, tanto em quantidade como em qualidade;

b) ajustar o sistema de preços para que se minimize os diferenciais de custos entre as consultas urbanas e rurais, tendo em vista aumentar a cobertura nestas zonas rurais;

c) prover meios para aumentar não só a quantidade, mas também a qualidade dos serviços através de um sistema de financiamento que gere incentivos para a contenção de custos.

Apesar dos problemas ainda existentes na distribuição dos recursos dos FAP/Fapem e na administração local das CAP, pode-se dizer que a descentralização foi um passo correto na expansão de cobertura e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde destinados à maior parcela da população. Esta foi, sem dúvida, a grande transformação quantitativa e qualitativa no desempenho do sistema de saúde chileno.

4.2. O Fonasa e o Sistema Público de Livre Escolha

4.2.1. Funções básicas e mecanismos operacionais

Conforme já mencionado, o Fonasa é um serviço público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidade jurídica e patrimônio próprio. Foi criado em 1979, através do Decreto-Lei nº 2.763, que fundiu as estruturas dos antigos Sermena e SNS.

Embora subordinado ao Ministério da Saúde, tendo que se ajustar às suas políticas, normas e planos gerais, o Fonasa detém várias funções que lhe são específicas, cabendo destacar:

a) O cumprimento das disposições de ordem administrativa e financeira da Lei nº 16.781 de Medicina Curativa, que estabeleceu o mecanismo de livre escolha no âmbito do antigo Sermena;

b) A responsabilidade pela administração patrimonial e financeira de todo o **Sistema Nacional de Servicios de Salud** (SNSS);

c) A Supervisão das **Instituciones de Salud Previsional** (Isapre), criadas pelo DFL nº 3 de 1981.

Dentre os principais objetivos associados ao Fonasa, pode-se destacar a administração da modalidade de livre escolha, constante na Lei nº 18.469, que regula as prestações de saúde outorgadas pelos serviços de saúde estatais. Pode-se dizer que no desempenho desta função o Fonasa tem sido pouco eficaz, na medida em que vem perdendo espaço com o crescimento das Isapre. Estas, enquanto instituições privadas, apresentam planos mais atrativos para trabalhadores que dispõem da mesma renda necessária ao ingresso no Fonasa livre escolha. Além disso, o Fonasa livre-escolha tem um único plano, enquanto que as Isapre têm planos variados, dependendo do montante pago, ou seja, quem paga mais, recebe mais.

O Fonasa é responsável, também, pela arrecadação e distribuição dos recursos para o funcionamento dos Serviços de Saúde. Tal arrecadação não se resume ao recebimento de dotações orçamentárias, mas também ao recolhimento de recursos oriundos da venda de serviços ou aluguel de instalações públicas para o setor privado. Deve-se destacar que, contrariamente ao que ocorre no Brasil, a maior parcela dos leitos hospitalares no Chile é de natureza pública. Só nos últimos anos a rede privada tem feito investimentos e aumentado sua rede de serviços hospitalares à custa, inclusive, da compra de hospitais públicos.

Outra atribuição do Fundo é identificar e classificar os afiliados do regime estatal de serviços de saúde, tendo em vista definir aqueles que estão aptos a receber gratuitamente os serviços e aqueles que devem contribuir com parte do valor dos serviços consumidos.

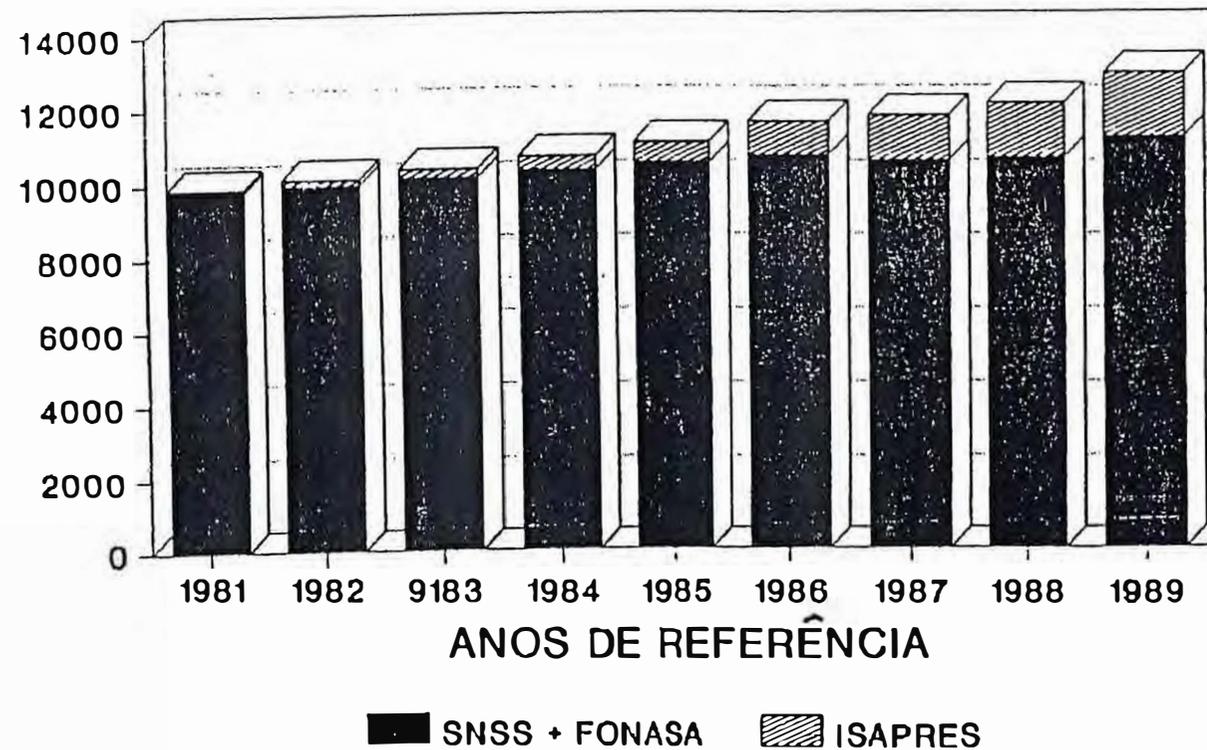
Embora o sistema tenha feito mudanças que viessem a aumentar a magnitude do atendimento privado, através das Isapre, pode-se dizer que o Fonasa, como órgão executivo do SNSS, ainda é responsável por mais de 80% dos beneficiários do sistema de saúde do país. A Tabela 4 e o Gráfico 3 mostram a evolução do número de beneficiários do SNSS e das Isapre, entre 1981 e 1989.

Tabela 4
População Beneficiária dos Programas de Saúde - Chile:
1981/89

Anos	Pop. Total (100%) (Em 1.000 hab)	Pop. Benef. do SNSS ¹		Pop. Benef. das Isapres	
		ABS. (1000)	%	ABS. (1000)	%
1981	11.372,3	9.798,1	86,2	61,7	0,6
1982	11.518,8	9.963,8	85,5	164,3	1,4
1983	11.716,8	10.135,0	86,5	242,6	2,1
1984	11.918,6	10.319,6	86,5	365,6	3,1
1985	12.121,7	10.485,3	86,5	545,6	4,4
1986	12.327,0	10.662,9	86,5	921,3	7,5
1987	12.536,4	10.543,1	84,1	1.205,0	9,6
1988	12.667,6	10.615,4	83,7	1.450,2	11,4
1989	12.901,9	11.160,2	86,5	1.734,3	13,4

¹Inclui o sistema da livre-escolha do Fonasa.

Gráfico 3 **CHILE: 1981-1989**
POPULAÇÃO BENEF. DOS PROG. DE SAÚDE



O resíduo populacional encontrado na Tabela 4 representa o conjunto de pessoas cobertas por outros sistemas ou não cobertas. Os dados indicam que, ao mesmo tempo em que o número de filiados das Isapre crescia, a partir de pessoas que saíam do sistema público, este último expandia sua cobertura mediante o ingresso de segmentos ainda não cobertos como trabalhadores por conta própria e suas famílias. Assim, em 1989, a quase totalidade da população chilena era beneficiária de algum sistema de saúde. Deve-se levar em conta, no entanto, a possibilidade de dupla filiação, no caso dos autônomos.

O atendimento hospitalar no Fonasa funciona a partir de um sistema de co-pagamento, como foi exposto na Tabela 2. As pessoas inscritas no Fonasa devem comprar bilhetes para serem atendidas (**órdenes de atención**), mediante o pagamento da parte do preço que não é subsidiada pelo Estado. No entanto, as pessoas pertencentes aos grupos A e B (indigentes e baixa renda) estão isentas de pagamento de qualquer quantia ao adquirir o bilhete.

O Fonasa é o responsável pela manutenção de um sistema de tarifas para serviços ambulatoriais e hospitalares que se chama **Arancel General de Prestaciones de Salud de Medicina Curativa**. Esta tabela é similar à elaborada pelo Inamps, no Brasil, para pagamento dos serviços contratados (conhecida como tabela da AIH).

Os profissionais e instituições de saúde podem credenciar-se com três níveis de preços derivados da tabela Fonasa, no sistema de livre escolha. Em geral, os beneficiários desse sistema - cerca de três milhões, segundo informações relativas a 1991 - têm que se sujeitar a um co-pagamento correspondente a 50% do nível 1 da tabela Fonasa, para serviços outros que não sejam consultas e internações hospitalares. Na medida em que aumenta o nível em que foi credenciado o profissional, ele passa a receber progressivamente mais. Nos níveis 2 e 3 ele recebe 1,3 e 1,6 vezes o valor estipulado para o nível 1, respectivamente.

No caso das consultas médicas, o valor estabelecido para os níveis 2 e 3 correspondem a 1,5 e 2,0 vezes o nível 1, respectivamente. Já nos casos de hospitalização, as diárias são fixadas livremente pela instituição, ficando o valor da bonificação recebida pelo beneficiário constante. Isto só não vale para os hospitais estatais onde, mesmo vigorando o sistema de livre escolha, valem as regras de co-pagamento segundo o nível de renda, aplicáveis a qualquer beneficiário do SNSS.

A Tabela 5 mostra a evolução do número de profissionais de saúde vinculados ao Fonasa, segundo a especialidade entre 1988 e 1990. Observa-se um crescimento absoluto desses profissionais em todas as profissões enumeradas.

Tabela 5
Evolução dos Profissionais que Participam do Fonasa Chile: 1988/90

Categorias	Anos de Referência		
	1988	1989	1990
Médicos	11.200	11.198	11.592
Enfermeiras	1.670	1.697	1.744
Laboratoristas	949	993	1.027
Farmacêuticos	137	138	1.653
Dentistas	1.499	1.602	1.683

Fonte: Fonasa 1991 - Información General.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos profissionais segundo o nível de preço do serviço, também no período 1988/90. Verifica-se que ocorre um aumento na participação de credenciados no nível 3 e uma redução relativa dos credenciados nos níveis 2 e 1, o que significa um encarecimento progressivo dos serviços. Este movimento tende a ocorrer pelo fato de que o reajuste das tabelas do Fonasa não acompanha a elevação dos custos no setor saúde, fazendo com que os profissionais passem a mudar seu nível de enquadramento para obter uma remuneração melhor. Como consequência torna-se cada vez menor o número de profissionais voltados para atender as camadas populacionais que buscam uma atenção à saúde mais barata.

Tabela 6
Distribuição dos Níveis dos Profissionais que Participam no Fonasa - Chile: 1988/90

Níveis	Anos de Referência		
	1988	1989	1990
1º	13,0%	10,3%	9,0%
2º	32,7%	26,7%	23,0%
3º	54,3%	63,0%	68,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Fonasa 1991 - Información General.

4.2.2. Fontes de financiamento

As fontes de recursos administradas pelo Fonasa e que compõem o SNSS provêm basicamente de receitas derivadas do orçamento fiscal, de receitas próprias (em geral oriundas da venda de serviços) e das contribuições dos trabalhadores vinculados ao sistema. A Tabela 7 fornece uma visão sintética da composição interna destas receitas no período 1975/88.

Tabela 7
Composição das Receitas dos SNSS - Chile: 1975/88

Especificação da Receita	1975	1980	1985	1988
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Receitas Próprias ¹	16,8	15,6	17,6	21,7
Receitas de				
Contribuições ²	32,0	29,7	35,1	39,3
Aportes Fiscais ³	51,2	54,7	47,3	39,0

Fonte: Ministerio de Salud. **Indicadores Financieros - Sector Salud Publico: 1974-1988.** Mayo, 1989.

¹Inclui receitas de vendas de serviços, receitas patrimoniais, venda de bônus a pessoas físicas e outras receitas;

²Inclui contribuição dos trabalhadores, contribuição das empresas para acidentes de trabalho e outras receitas de contribuições;

³Inclui a contribuição do orçamento fiscal, endividamento (de proporção inexpressiva na série apresentada) e saldo de caixa oriundo do exercício anterior.

Apesar das flutuações, verifica-se que existe uma forte tendência ao crescimento das receitas próprias e das receitas de contribuições, em detrimento da redução dos aportes fiscais. Este movimento de longo prazo indica, entre outras coisas, que existe uma tendência ao aumento do número de filiados contribuintes, enquanto decorrência do aumento das formas de assalariamento e de formalização das relações de trabalho no Chile.

Uma visão mais detalhada, do ponto de vista histórico, das receitas do SNSS/Fonasa pode ser obtida a partir da Tabela 8 e dos Gráficos 5 e 6.

Observa-se que as receitas públicas destinadas à saúde no Chile aumentam de patamar de 1974 a 1982, têm uma pequena queda de 1982 até 1985 e aumentam ligeiramente

Gráfico 4 **CHILE: 1975-1988**
COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO SNSS

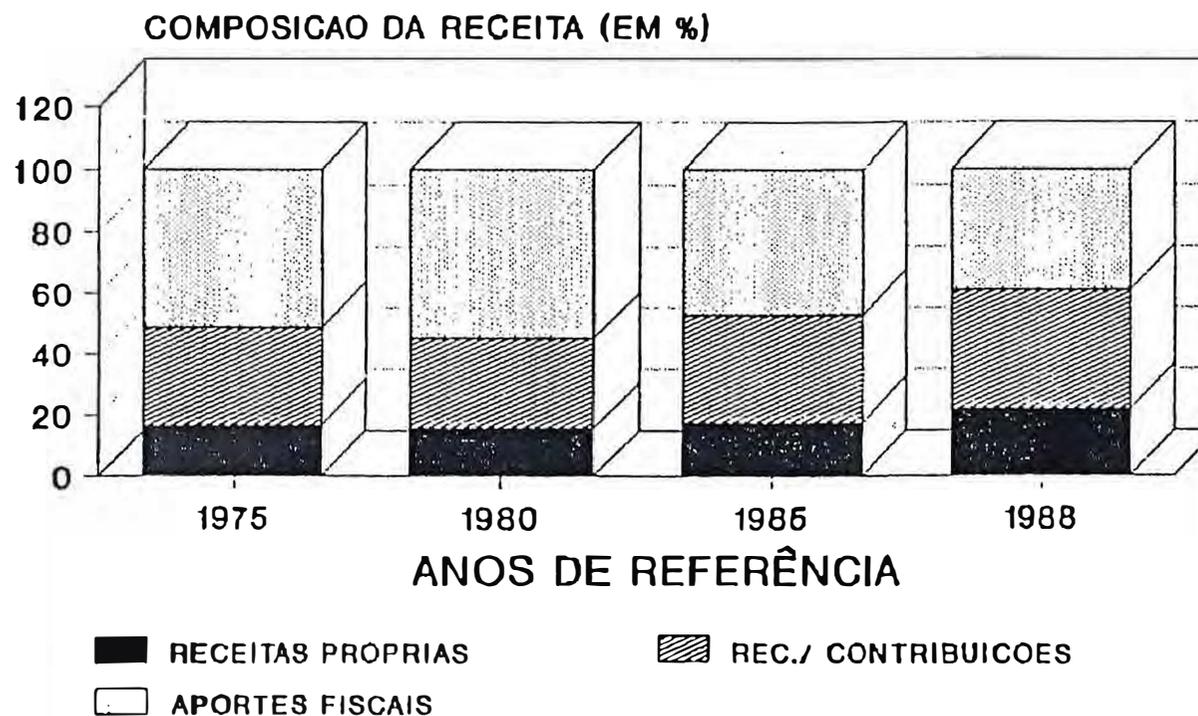
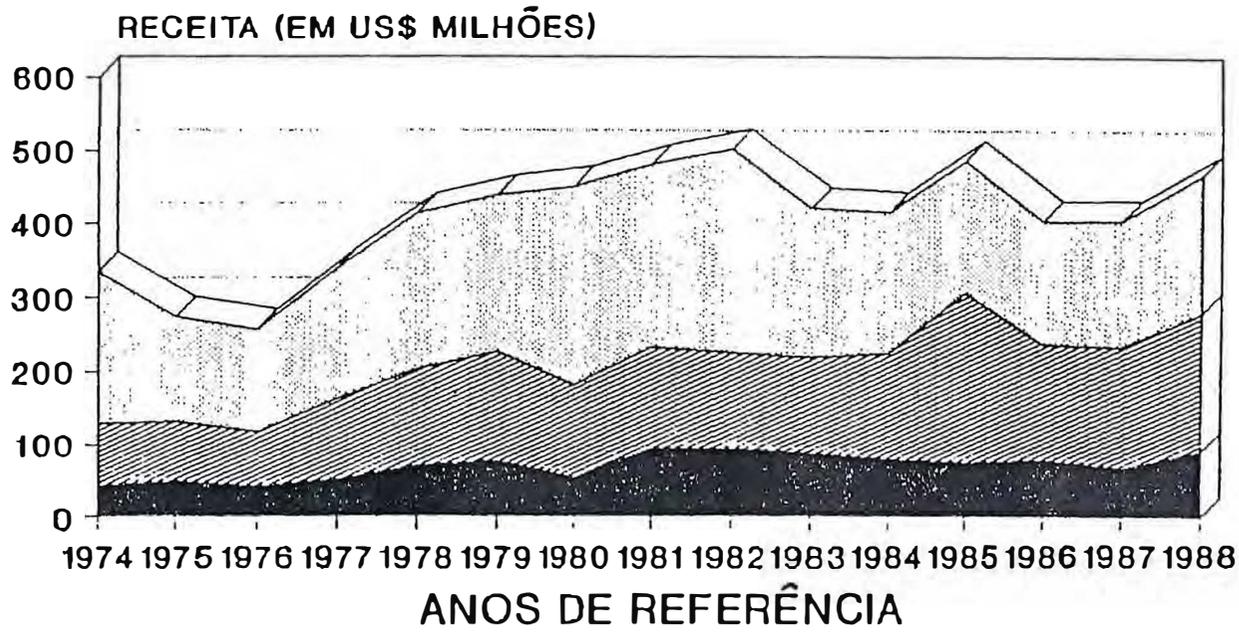
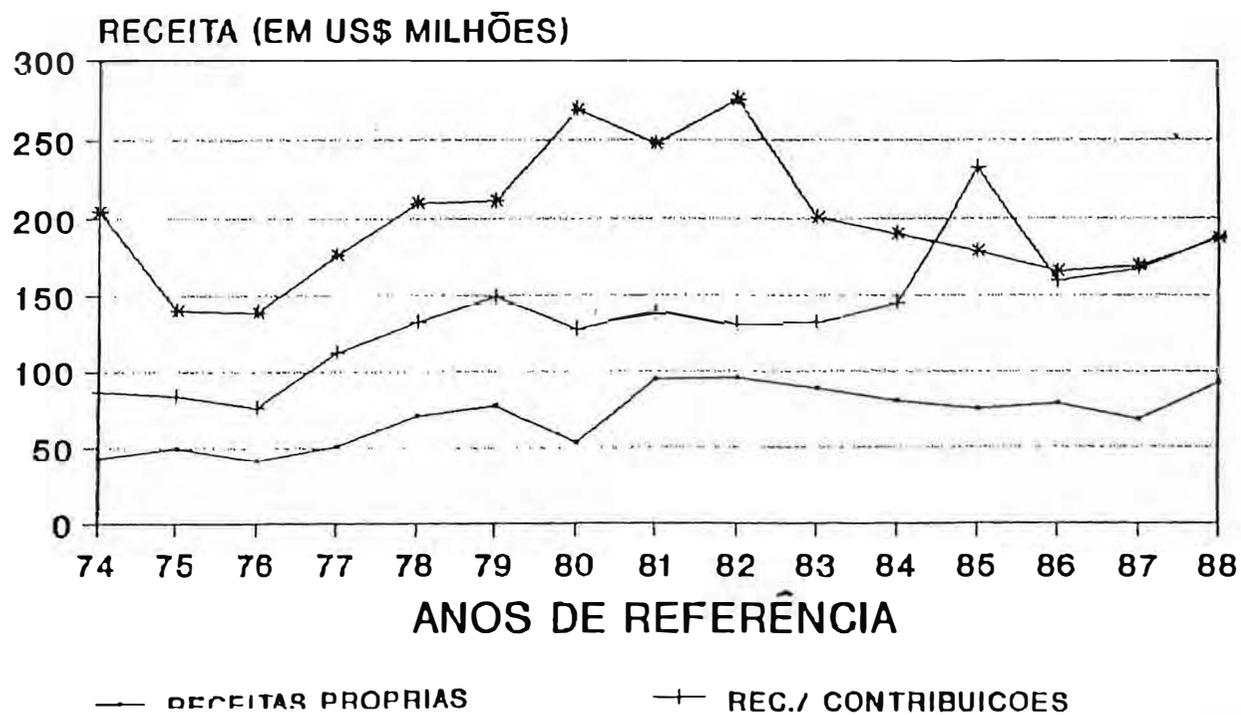


Gráfico 5 **SETOR SAÚDE NO CHILE: 1974-1988**
FONTES DE RECEITA DO SISTEMA PÚBLICO



RECEITAS PROPRIAS
 REC./ CONTRIBUICOES
 APORTES FISCAIS

Gráfico 6 **SETOR SAÚDE NO CHILE: 1974-1988**
FONTES DE RECEITA DO SISTEMA PÚBLICO



entre 1986 e 1989. O patamar mais alto da série ocorreu em 1982. Considerando-se que a abrangência do sistema se ampliou, deve-se levar em conta que sua base financeira incorpora, ainda, o financiamento dos recursos destinados diretamente para as Isapre e os fundos municipais.

Constata-se ainda a alteração na forma de financiamento dos fundos públicos de saúde, antes concentrados nos aportes fiscais e, mais recentemente, nas fontes próprias e contribuições. Assim, enquanto essas duas últimas fontes tiveram um incremento geométrico anual nos seus recursos de 5,6 e 5,7%, ao longo do período 1974/88, ocorreu um declínio de 0,6% ao ano no valor absoluto dos aportes fiscais, no mesmo período.

A Tabela 9 e os Gráficos 7 e 8 mostram a distribuição das despesas públicas federais com saúde no Chile, no período 1975/80. Constata-se que não ocorreram transformações substanciais na composição interna dessas receitas.

Houve uma pequena redução na rubrica de "salários e remunerações de pessoal" e um aumento relativo do valor dos bens e serviços consumidos. Transferências correntes (como aquelas feitas aos programas de alimentação e nutrição - PNAC) e investimentos reais caíram tanto em termos absolutos como relativos.

A Tabela 10 e o Gráfico 9 mostram que o sistema público de saúde vem, desde 1984, acumulando déficits que têm sido financiados basicamente pelos tradicionais mecanismos do endividamento público. Esta fragilidade parece advir da forte compressão dos aportes fiscais que, embora devessem ser suficientes para operar o sistema, têm sido sistematicamente reduzidos.

Vale comentar, no entanto, que os gastos **per capita** relacionados ao sistema público têm aumentado desde 1983, como demonstram a Tabela 11 e o Gráfico 10. Estes gastos crescem sistematicamente entre 1975 e 1982, quando a crise econômica impõe um forte momento restritivo. Em termos **per capita**, os gastos federais com saúde mantêm-se num patamar baixo até 1987, quando voltam a aumentar, atingindo em 1988 o seu ponto mais elevado. Comparado com o padrão brasileiro, estes gastos não são muito elevados. Nos últimos cinco anos os gastos federais com saúde têm atingido patamares situados entre US\$ 60,00 e US\$ 70,00 **per capita**.

Tabela 8
 Distribuição das Fontes de Receita do Sistema Público
 de Saúde - Chile: 1974/88
 (Em US\$ milhões de 1986)

Anos	Fontes de Receita			
	Receitas Próprias ¹	Receitas de Contrib ²	Aportes Fiscais ³	Total das Receitas
1974	42,9	86,9	204,9	334,7
1975	49,6	83,8	140,2	273,6
1976	41,5	76,8	138,7	257,0
1977	51,0	112,8	176,4	340,2
1978	71,5	132,6	209,6	413,7
1979	77,9	149,4	211,5	438,8
1980	53,7	128,1	269,1	450,9
1981	95,0	138,8	247,4	481,2
1982	95,9	130,6	275,5	502,0
1983	88,7	132,0	200,6	421,3
1984	80,5	145,0	190,0	415,5
1985	75,2	132,5	178,7	387,4
1986	78,8	159,8	165,6	404,2
1987	68,2	167,0	169,4	404,6
1988	92,4	188,3	187,1	467,8

Fonte: Ministerio de Salud. **Indicadores Financieros Sector Salud Publico: 1974/88.** Mayo, 1989.

¹Inclui receitas de vendas de serviços, receitas patrimoniais, venda de bônus a pessoas físicas e outras receitas;

²Inclui contribuição dos trabalhadores, contribuição das empresas para acidentes de trabalho e outras receitas de contribuições;

³Inclui a contribuição do orçamento fiscal, endividamento (de proporção inexpressiva na série apresentada) e saldo de caixa oriundo do exercício anterior.

Tabela 9
Composição da Despesa do SNSS - Chile: 1975/88

Especificação da Despesa	1975	1980	1985	1988
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Salários e Remunerações	39,1	39,3	37,2	34,2
Bens e Serviços Consumidos	20,7	22,3	24,9	28,1
Pensões pagas	20,0	21,7	23,9	24,8
Investimentos Reais	5,8	3,3	2,4	3,0
Transferências Correntes	12,2	6,8	7,6	6,5
Outros	2,2	6,6	4,0	3,4

Fonte: Ministerio de Salud. **Indicadores Financieros - Sector Salud Publico: 1974/1988.** Mayo, 1989.

Obs.: Corresponde a discriminação segundo a natureza econômica da despesa.

4.2.3. O sistema de livre escolha do Fonasa

Em que pese o declínio de optantes e de recursos do sistema de livre escolha do Fonasa, nos anos mais recentes, pode-se dizer que este sistema teve forte crescimento, desde a sua criação em 1979 até 1982. Foram o crescimento e a diversificação dos planos de saúde oferecidos pelas Isapre que levaram o programa de livre escolha do Fonasa a ver reduzido seu campo de atuação.

O programa, regulado pela já mencionada Lei nº 18.469, permite aos seus beneficiários terem acesso aos serviços de saúde operados por profissionais ou entidades privadas, mediante o pagamento de uma parte do valor dos serviços utilizados. Para tal, os optantes devem contribuir com o percentual obrigatório de 7% de sua renda, adicionado do co-pagamento na compra de **ordenes de atención**. O restante dos recursos é financiado pelo Fonasa. Em 1983 esse sistema chegou a representar 25% dos gastos federais com saúde, tendo se reduzido para 21% no ano de 1986.

Gráfico 7

CHILE: 1975-1988

Composição das Despesas do SNSS

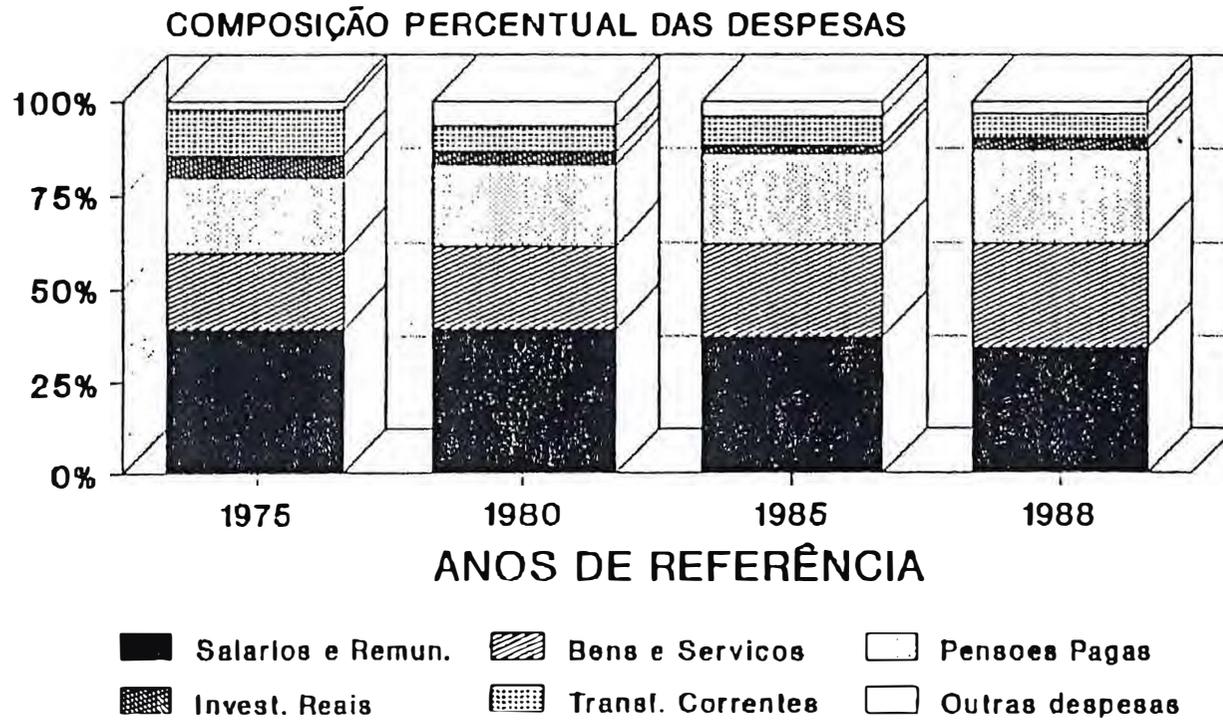
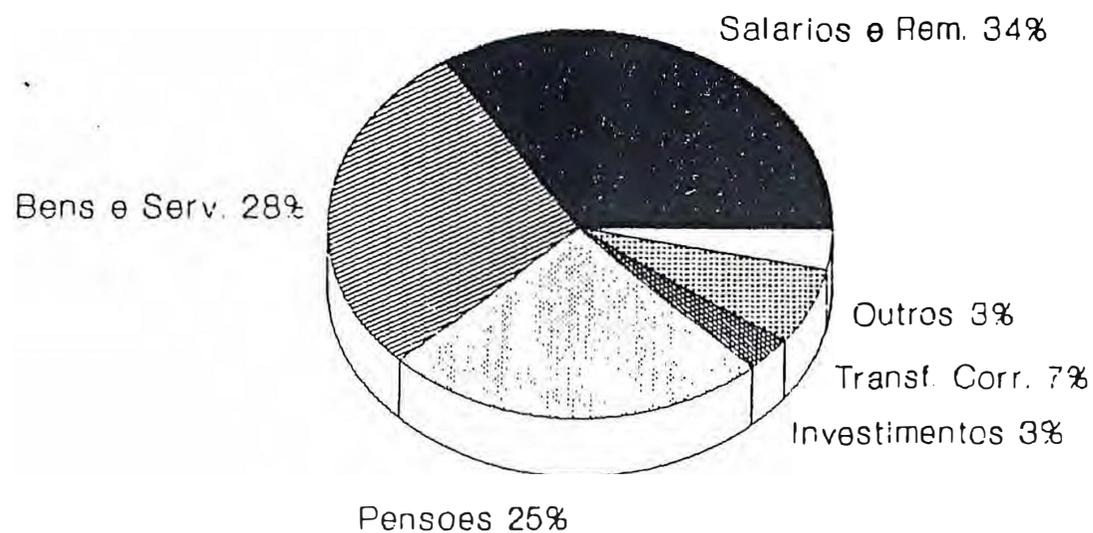


Gráfico 8

CHILE 1988

Composição das Despesas do SNSS



O sistema de livre escolha do Fonasa tem cobertura nacional. As ordenes de atención podem ser compradas nas representações regionais do **Ministerio de Salud** ou em órgãos conveniados como **Cajas de Compensación** ou **Servicios de Bienestar de Empresas** e de **Municipalidades**. A parcela co-financiada pelo beneficiário representou, no período 1975/82, cerca de 45% dos gastos totais do sistema Fonasa livre escolha. Em 1988 essa parcela já chegava a 60%, o que se deve, de um lado, a um aumento real dos preços dos serviços e, de outro, às maiores exigências financeiras para financiar os serviços.

Tabela 10
 Receitas e Despesas Públicas com Saúde - Chile: 1974/88
 (Em US\$ milhões de 1986)

Anos	Receitas	Despesas	Déficit ou Superávit (%)
1974	334,7	335,9	-0,4
1975	273,6	284,2	-3,9
1976	256,9	286,0	-11,3
1977	340,2	327,6	3,7
1978	408,5	392,4	3,9
1979	438,8	431,3	1,7
1980	450,9	422,0	6,4
1981	481,2	466,8	3,0
1982	502,0	501,6	0,0
1983	424,1	409,9	3,3
1984	415,5	417,2	-0,4
1985	387,4	409,9	-5,8
1986	404,2	426,2	-5,4
1987	404,5	435,0	-5,4
1988	467,8	507,7	-8,5

Fonte: Ministerio de Salud. **Indicadores Financieros - Sector Salud Publico: 1974-1988**. Mayo, 1989.
 Obs.: Déficit calculado sobre a receita.

Gráfico 9

CHILE: 1974-1988

Receitas e Despesas Públicas com Saúde

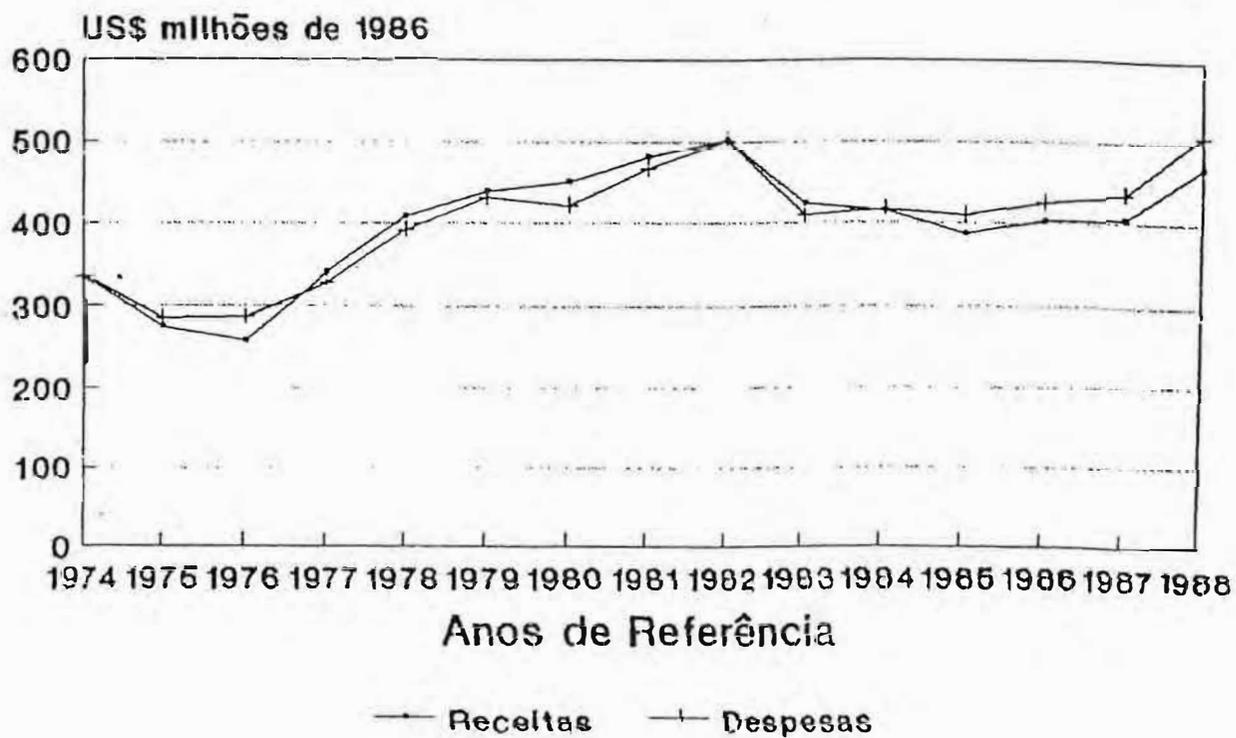


Tabela 11
Gasto Público Federal com Saúde no Chile: 1974/88

Ano	Gasto Per-capita com Saúde (Em US\$ constante-1986)
1974	38,12
1975	31,81
1976	31,46
1977	35,52
1978	41,94
1979	45,44
1980	43,78
1981	47,94
1982	51,18
1983	41,43
1984	41,93
1985	41,16
1986	43,74
1987	46,23
1988	55,36

Fonte: Ministerio de Salud. **Indicadores Financieros - Sector Salud Publico: 1974/1988.**
Mayo, 1989.

A atenção à saúde oferecida pelo programa é bastante ampla, cobrindo cerca de três milhões de pessoas sem discriminação de sexo e idade ou tipo de enfermidade. O sistema não tem carências, com exceção dos trabalhadores autônomos, onde esta é de seis meses. Isto faz com que o Fonasa livre escolha aceite qualquer egresso das Isapre sem discriminação de carência ou antiguidade.

Outra vantagem do Fonasa na modalidade de livre escolha é a possibilidade de concessão de empréstimos para que os filiados financiem totalmente ou parcialmente modalidades caras de atenção, como é o caso de tratamentos psiquiátricos, de quimioterapia, radioterapia, diálises, hospitalizações diversas ou ainda aquisição e implantação de órteses e próteses. As condições para a obtenção desses empréstimos são:

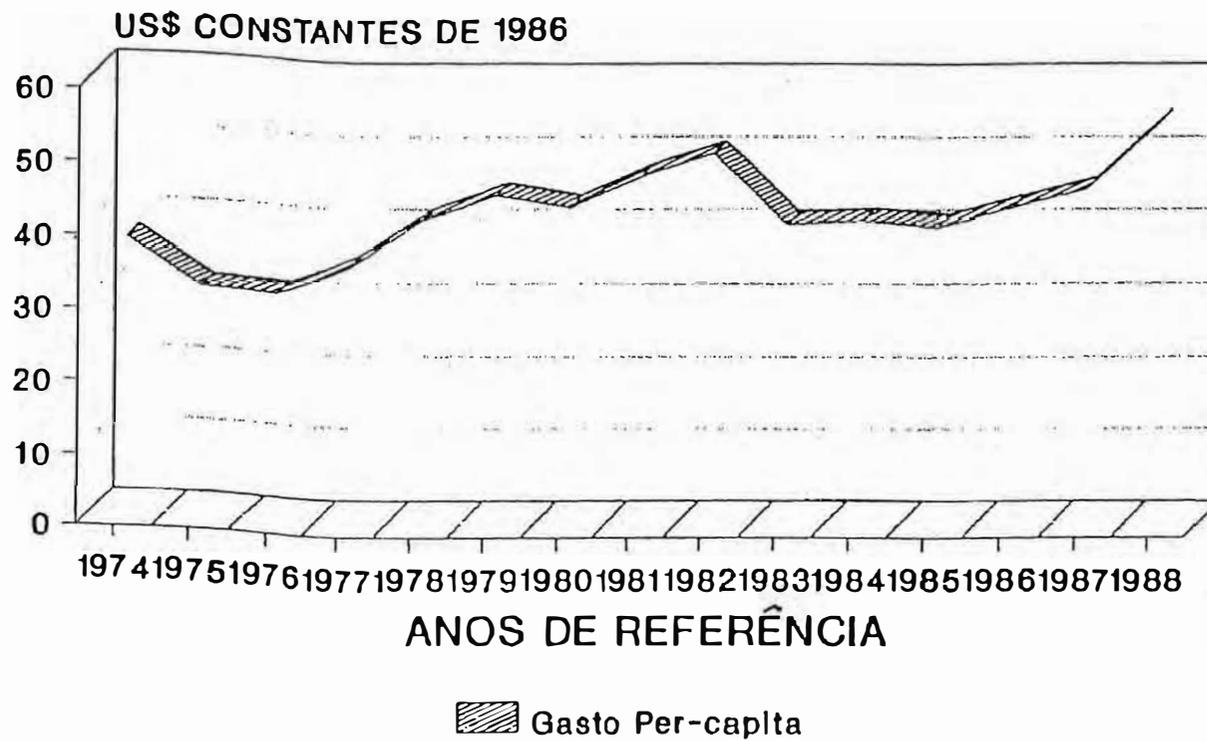
- a) tempo mínimo de contribuição de seis a 12 meses, a depender do tipo de utilização do empréstimo;
- b) obtenção de duas pessoas que funcionariam como "fiadores" do empréstimo.

A devolução dos recursos é feita mediante mensalidades não inferiores a 10% do valor do empréstimo inicial com juros subsidiados e carência adicional, se solicitada pelo requisitante.

Gráfico 10

CHILE: 1974-1988

GASTO PER-CAPITA COM SAÚDE



Os empréstimos feitos pelo Fonasa têm aumentado rapidamente com o tempo. Até 1988 já haviam sido aprovados mais de 50 mil empréstimos, movimentando recursos equivalentes a US\$ 3,7 milhões. Destes, já haviam sido pagos cerca de 63% dos recursos emprestados. O pagamento é feito, em geral, através de bancos credenciados pelo Fonasa para efeitos de cobrança. O nível de inadimplência do sistema, embora seja baixo, começou a aumentar no final dos anos 80, atingindo cerca de 15% dos empréstimos realizados até 1988.

A fiscalização da modalidade de livre escolha é feita pelo **Departamento de Inspeccoria Medica** de Fonasa, que inspeciona tanto a prestação dos serviços profissionais nas consultas privadas como aquelas feitas nos estabelecimentos públicos inscritos no sistema. Existe um sistema de atendimento ao usuário que inspeciona as denúncias feitas pelos mesmos.

Considerado em seu conjunto o sistema Fonasa livre escolha apresenta três problemas básicos:

a) a necessidade de rever constantemente os preços, especialmente do nível 1, com a finalidade de evitar a concentração dos prestadores de serviços nos níveis mais caros de atenção (2 e 3);

b) a necessidade de um sistema eficiente de controle e combate às fraudes que, segundo consta, existem em proporções consideráveis; e

c) a criação de uma estrutura mais sólida voltada à administração dos empréstimos à saúde, dado que tais empréstimos têm crescido desordenadamente sem que haja uma definição mais clara e precisa de suas regras operacionais.

Embora o sistema seja mais solidário que as Isapre, por utilizar parte dos recursos arrecadados no financiamento do sistema comum do país, pode-se dizer que a menor eficiência e qualidade dos serviços ofertados tornam o sistema pouco competitivo frente ao crescimento das Isapre.

4.3. As Instituciones de Salud Previsional (Isapre)

As Isapre constituem uma espécie de "menina dos olhos" da reforma do sistema de saúde chileno. Foram criadas em 1981, com o intuito de ampliar a liberdade de escolha e a eficiência do sistema de saúde, buscando uma melhor adaptação destes à real necessidade das pessoas. O argumento principal era o de que o monopólio estatal da administração dos serviços de saúde não iria

propiciar a eficiência do sistema de livre escolha, a qual só pode ser galgada através de concorrência entre distintas instituições responsáveis pela administração dos serviços de saúde.

As Isapre são instituições privadas às quais o Estado outorga o direito de prestarem serviços de saúde a partir de recursos advindos da contribuição compulsória de 7% sobre os rendimentos de trabalhadores assalariados e autônomos. A principal função das Isapre é a de substituir os serviços públicos de saúde e o Fonasa nos regimes de medicina preventiva, medicina curativa e de subsídios por incapacidade de trabalho, desde que seja por razões outras que acidentes de trabalho ou doenças profissionais.

O Decreto-Lei nº 3.500, de novembro de 1980, estabelece a base jurídica principal sobre a qual se constrói o regime privado de prestações de saúde. Em fevereiro de 1981 foi promulgado o Decreto-Lei nº 3.626, que outorgou ao trabalhador a possibilidade de canalizar sua contribuição compulsória para instituições privadas diferentes do Fonasa Livre Escolha. Três meses depois é promulgada o DFL nº 3, do Ministério da Saúde, que regulamenta os dispositivos anteriores, criando definitivamente as Isapre, a partir do mês de junho de 1981.

Podendo ser formadas ou organizadas a partir de múltiplas formas, as Isapre são obrigadas a cumprir os seguintes requisitos para o seu funcionamento:

- devem estar registrados no Fonasa que, em última instância, é o órgão que autoriza seu funcionamento;

- deve contar com um capital mínimo de 2 mil unidades de fomento (cerca de US\$ 30 mil), considerado um capital muito baixo para seu início de funcionamento;

- deve manter um depósito em garantia no Fonasa equivalente a um mês de cotizações, com um mínimo de 600 unidades de fomento (cerca de US\$ 9 mil).

4.3.1. Os tipos de Isapre

As Isapre foram criadas com base em duas formas de organização: as fechadas e as abertas. As primeiras inscrevem somente os trabalhadores de uma determinada empresa, não aceitando outros afiliados. As Isapre abertas, ao contrário, estão disponíveis para todos os trabalhadores e utilizam fortes estratégias mercadológicas para aumentar seu contingente de filiados. Em março de 1991 existiam 33 Isapre: 14 fechadas e 19 abertas.

A Tabela 12 e o Gráfico 11 mostram a evolução da clientela das Isapre abertas e fechadas entre 1981 e 1989. Observa-se que o crescimento das primeiras foi bem mais acelerado que o das demais nos últimos anos. Em 1989 as Isapre abertas respondiam por quase 90% dos beneficiários das Isapre. Vale comentar que as Isapre fechadas ligam-se a grandes empresas de setores como bancário, ferroviário, petróleo (Shell) e outros.

Dentre as Isapre, as mais dinâmicas têm sido as abertas, em função da necessidade de ampliarem seus mercados e de manterem-se diante de uma acirrada concorrência. Com isso, entre 1981 e março de 1991, o número de beneficiários das Isapre abertas passou de 6 mil para mais de 2 milhões, como demonstra a Tabela 13

4.3.2. As condições de filiação às Isapre

Ao se filiar a uma Isapre, cada beneficiário pode escolher o plano que quiser, tendo como limite a quantidade de recursos que cada um pode pagar, seja através da contribuição derivada dos 7% de seu salário ou seja através de complementações adicionais em dinheiro, no caso da preferência por planos mais sofisticados.

Esse tipo de funcionamento traz vantagens e restrições. As vantagens estão associadas ao fato de que cada contribuinte é livre para escolher a Isapre que lhe convier. Passado um ano da opção por uma das Isapre e estando o beneficiário descontente com os serviços oferecidos, ele tem a possibilidade de escolher outra Isapre de sua preferência para entregar sua contribuição e "fechar" um novo plano de saúde. Antes de 1990 este prazo era ainda menor, ou seja, qualquer momento que o beneficiário escolhesse, o que impedia as Isapre de pensar no estabelecimento de um plano de prevenção.

A flexibilidade das Isapre traz uma série de possibilidades para as famílias. Como, em geral, os planos são familiares (com o pagamento de uma contribuição adicional por dependente) pode-se até, no caso de todos os membros da família trabalharem, utilizar a soma das contribuições para a obtenção de um plano de maior cobertura. Outra possibilidade seria, no caso de um casal de trabalhadores com dois filhos, que cada um utilizasse um plano de saúde separado e dividissem a carga familiar.

Tabela 12
Evolução dos Beneficiários das Isapre Abertas e
Fechadas - Chile: 1981/89

Anos	Beneficiários				
	Total (100%)	Isapre Abertas		Isapre Fechadas	
		Absoluto	%	Absoluto	%
1981	61.659	61.659	100,0	-	-
1982	164.307	125.986	76,6	38.321	23,3
1983	229.844	156.364	68,0	73.480	32,0
1984	365.260	279.364	76,5	85.896	23,5
1985	545.581	426.543	78,2	119.038	21,8
1986	921.284	776.642	84,3	144.642	15,7
1987	1.205.004	1.052.146	87,3	152.858	12,7
1988	1.450.175	1.279.378	88,2	170.797	11,8
1989	1.756.121	1.558.486	88,7	197.635	11,3

Fonte: Asociacion de Isapre A. G., **Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile**, Santiago de Chile, abril de 1990.

Cada trabalhador contratualiza com a Isapre escolhida um plano de saúde que especifica o valor das mensalidades a pagar, o tipo e a natureza dos serviços envolvidos, os preços de referência dos serviços e o valor do co-pagamento dos mesmos, caso esteja implícita a existência de co-financiamento dos serviços, por parte do usuário, no contrato firmado. O sistema de pagamento é mensal, embora o beneficiário seja obrigado a fazer um depósito, equivalente a um mês de contribuição, que funciona como um seguro. Em casos de insolvência, este depósito é devolvido aos contribuintes e o capital da Isapre é utilizado para pagar suas obrigações pendentes com os afiliados.

Os diferenciais existentes, tanto nos salários como no tamanho e na composição das famílias por sexo e idade, faz com que cada Isapre tenha que manter um número muito grande de planos de saúde. Isto faz com que o sistema não seja solidário, ou seja, cada contribuinte exige da Isapre em serviços exatamente o que paga em sua contribuição, não havendo nenhum espaço para redistributivismos internos.

Gráfico 11 **CHILE: 1981-1989**
Beneficiarios das ISAPRES

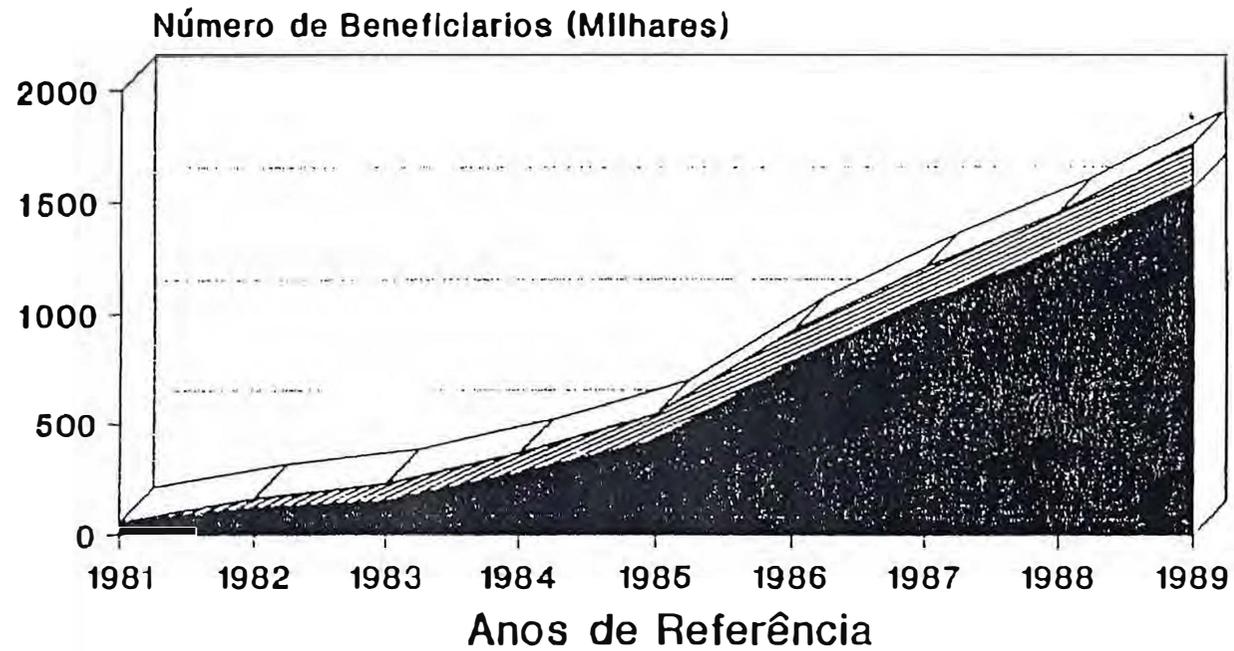


Tabela 13
Desenvolvimento das Isapre Abertas - Chile: 1981/91

Anos	Número de Isapre	Beneficiários-Isapre	
		Número	Cresc. %
1981	6	61.659	
1982	7	125.986	104
1983	8	156.364	24
1984	10	279.364	79
1985	10	426.543	53
1986	11	776.642	82
1987	14	1.052.146	35
1988	18	1.279.378	22
1989	19	1.558.486	22
1990	20	1.900.255	22
1991	19	2.023.788	7

Fonte: Godwins Consultores Limitada, **El Sistema de Salud Previsional en Chile**, Santiago, junio, 1991.

Mas a principal restrição das Isapre reside na dificuldade de acesso. Os planos oferecidos são tão caros que poucos trabalhadores têm tido possibilidade de ingressar no sistema. Até 1989, somente 13,4% da população chilena eram ligados às Isapre. Neste mesmo ano, no Brasil, cerca de 25% da população do país estavam protegidos pelos sistemas de saúde privados não financiados pelo Estado, o que mostra que, mesmo no Brasil, a magnitude do setor privado prestador de serviços é, em termos relativos, maior do que a existente no Chile 10 anos após a criação das Isapre.

Mesmo sendo hegemonicamente voltada para os grupos de mais alta renda, as Isapre têm aumentado o acesso para os grupos de renda média. O salário médio dos filiados às Isapre, em torno de 1988, estava na faixa de US\$ 400,00 (cerca de quatro salários mínimos).

Desde 1983 até 1990, a relação beneficiários/contribuintes vem se reduzindo, passando de 2,80 para 2,44, respectivamente. Do total de Isapre abertas e fechadas existiam, em 1990, 2.108.308 beneficiários para 863.262 cotizantes. A Tabela 14 e o Gráfico 12 mostram a evolução de beneficiários e cotizantes no período 1981/90.

Tabela 14
Relação entre o Número de Contribuintes e Beneficiários das Isapre - Chile: 1981/90

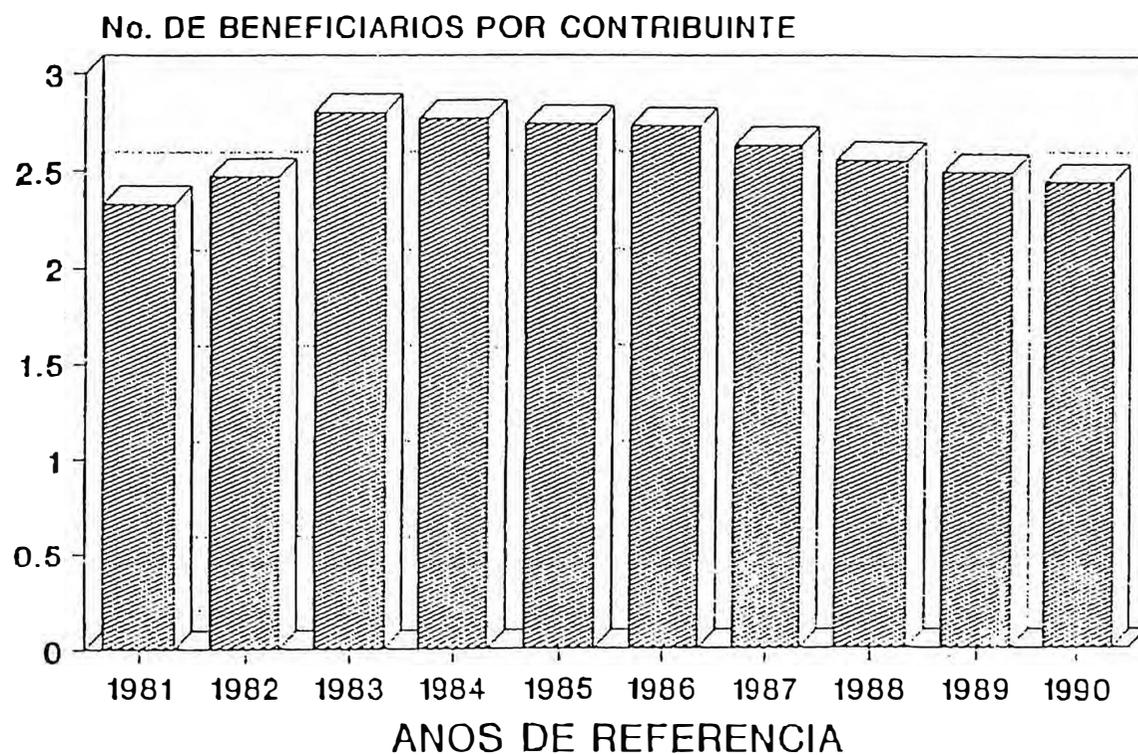
Anos	Número de Contribuintes (a)	Número de Beneficiários (b)	(b)/(a)
1981	26.415	61.659	2,33
1982	66.480	164.307	2,47
1983	82.054	229.844	2,80
1984	131.560	365.260	2,77
1985	198.811	545.581	2,74
1986	336.325	921.284	2,73
1987	457.415	1.205.004	2,63
1988	567.638	1.450.175	2,55
1989	705.586	1.756.121	2,49
1990	863.262	2.108.308	2,44

Fonte: Asociación de Isapre A.G. **Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile.** Santiago, Abril de 1990 e **Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre.**

Gráfico 12

CHILE: 1981-1990

ISAPRES: RELAÇÃO BENEF./CONTRIBUINTES



4.3.3. Serviços oferecidos pelas Isapre

As Isapre, como já foi visto, oferecem as prestações médicas vigentes nos contratos, bem como auxílios por incapacidade de trabalho, desde que por razões distintas de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Estes últimos cobrem o pagamento do salário do afiliado, de forma proporcional à sua contribuição, ao longo do período que estiver em vigência a licença médica. O pagamento de benefícios em dinheiro representou, no ano de 1988, cerca de 29% dos custos operacionais das Isapre.

Quanto às prestações médicas, estas variam de acordo com o contrato a ser feito, resguardados os serviços mínimos exigidos pelo Fonasa que todos os contratos devem cobrir. Uma das exigências de funcionamento das Isapre é a de fornecer atenção preventiva aos empregados, através de um exame anual grátis.

Os planos de saúde ofertados pelas Isapre variam desde aqueles que se limitam aos afiliados de determinados prestadores de serviços, cujos preços são controlados pelas Isapre, até aqueles que impõem menos restrições, nos quais as Isapre reembolsam uma percentagem fixa a qualquer provedor. Estes planos podem ser resumidos em quatro subsistemas, a saber:

a) Sistema de Reembolso de Gastos Médicos - O afiliado, uma vez que tenha requerido e utilizado um serviço médico específico, paga a totalidade do valor do mesmo ao profissional que prestou o serviço. Posteriormente, solicita à Isapre o reembolso de parte deste gasto na proporção especificada no contrato de saúde correspondente;

b) Sistema de Convênios Médicos - A Isapre negocia e estabelece tabelas com preços fixos em conjunto com profissionais e instituições privadas de saúde. O sistema funciona mediante a compra de bônus nas Isapre, por parte dos afiliados, com um desconto correspondente ao valor estabelecido no contrato. O profissional ou instituição prestadora de serviços recebe os bônus dos beneficiários e os desconta por dinheiro nas Isapre;

c) Sistema de Atenção com Infra-Estrutura Própria - As Isapre criam infra-estrutura médica, ambulatorial e hospitalar, através da qual atendem seus afiliados, cobrando pelas prestações de acordo com uma tabela definida. O beneficiário, utilizando o sistema de bônus das Isapre, concorre a estas organizações de atenção médica para receber as prestações requeridas;

d) Sistemas de Administração Coletiva - Algumas Isapre têm desenvolvido planos coletivos mediante os quais agrupam os contratos individuais sob o guarda-chuva de um determinado plano de saúde. O conjunto das cotizações individuais é, neste caso, tratado como um seguro coletivo.

Este último sistema apresenta algumas vantagens, tais como:

- a redução dos gastos administrativos, tanto para a Isapre quanto para a empresa;

o desenvolvimento de uma base de sinistralidade relacionada ao grupo da empresa, propiciando uma base atuarial para os riscos associados à saúde deste grupo;

- introdução de melhorias no sistema de controle de custos.

Os convênios coletivos implicam dois tipos de contrato com as Isapre. Primeiramente, os contratos individuais com os trabalhadores e, em segundo lugar, um contrato com o empregador ou o representante do grupo, o qual contém os termos especiais que regem o convênio coletivo, enquanto o trabalhador permanecer empregado com a empresa.

Existem varias formas de administração coletiva no mercado, das quais podem ser destacadas três:

- convênios coletivos tradicionais;

- convênios coletivos de administração da contribuição de 7% para a saúde;

- convênios coletivos especiais (fechados).

Os convênios tradicionais - os mais utilizados - são aqueles onde as Isapre fornecem planos de saúde de maior cobertura do que aqueles que a maioria ou a totalidade dos contribuintes, individualmente, teriam acesso. Estes planos podem ser:

a) Planos Solidários - Aqueles onde todos têm acesso a uma mesma cobertura e a cotização dos trabalhadores de mais alta renda subsidia os trabalhadores de mais baixa renda na empresa. A adoção deste tipo de plano está ligada ao grau de distribuição interna dos salários e à tolerância dos trabalhadores de mais alta renda em ter um plano aquém de sua contribuição ou de pagar adicionalmente por um plano individual complementar;

b) Planos Estratificados - Muitas vezes, para assegurar um financiamento estável de um convênio coletivo, as Isapre oferecem, em muitos casos, planos estratificados, dirigidos para grupos definidos de trabalhadores, como operários, executivos, ou por grupos de renda.

Em geral, tanto os Planos solidários como os estratificados oferecem bonificações parecidas: 80% para os serviços ambulatoriais e 100% para os gastos de hospitalização, com base nos tetos estabelecidos nas tabelas de pagamento vigentes em cada Isapre.

Os convênios coletivos de administração das cotizações de saúde procuram otimizar a administração de um dado montante de contribuições arrecadadas, não implicando, como no convênio tradicional, riscos para as Isapre. As partes interessadas definem um determinado plano de saúde e um sistema de conta corrente para a sua administração.

Os beneficiários poderão gerar despesas com saúde até o valor do montante total de contribuições a serem administradas. Os recursos que ultrapassarem esse valor, bem como qualquer risco adicional, será pago pela empresa. Caso sobrem recursos das contribuições, esses serão depositados numa conta corrente do plano de saúde. Em muitos casos, estes recursos são guardados para eventualidades ou situações catastróficas do grupo de risco. Para gerenciar os recursos, a Isapre cobra uma taxa de administração. Desde 1988 que este tipo de plano vem aumentando substancialmente, mas está restrito às Isapre de maior porte, por exigir uma grande infra-estrutura administrativa, além de recursos computacionais.

Os convênios coletivos especiais são aqueles "feitos sob medida" para a realidade e os anseios de cada empresa. Em geral esses convênios são fechados, ou seja, utilizam a infra-estrutura assistencial de estabelecimentos feitos anteriormente. Muitas vezes esse centro assistencial é co-financiador do sistema, assumindo determinados riscos do plano contratado. Esses convenios, em geral, são regidos por períodos maiores do que um ano (dois ou três anos) e contempla cláusulas de término antecipado.

O sistema Isapre tem um conjunto de restrições ao uso de benefícios que se manifesta principalmente através de carências, preexistências e exclusões. A maioria das Isapre, por exemplo, não cobre os serviços odontológicos e o fornecimento de óculos, embora muitas destas mantenham convênios com profissionais ou

serviços que cobram tarifas preferenciais para seus afiliados.

No entanto, o sistema vem sendo progressivamente mais permissivo, na medida em que evoluem os estudos sobre custos e demanda por tipo de serviço. A própria concorrência vem fazendo com que muitas carências e exclusões venham sendo progressivamente derrubadas.

Dada a curta história das Isapre, pode-se dizer que a população beneficiária do sistema é relativamente jovem. Desde sua criação, a opção pelo sistema tem sido feita preponderantemente pelas famílias mais jovens de alta renda, dado que as famílias mais velhas já contavam com seus sistemas tradicionais de atenção médica, associados ao Sermena e, posteriormente, ao Fonasa livre escolha.

Para ingressar no rol de beneficiários de uma Isapre, o indivíduo ou grupo familiar passa por um rigoroso exame médico e, somente depois da realização deste é que são definidos os valores da contribuição do grupo familiar. Isto faz com que, em geral, só sejam aceitos, com tarifas baratas e competitivas, os grupos familiares com padrões de saúde médios.

No entanto, o envelhecimento da população beneficiária das Isapre poderá trazer posteriores problemas ao sistema. As Isapre não estão suficientemente preparadas para tratar com problemas de saúde associados aos velhos, portadores de doenças crônicas, pacientes terminais e doenças catastróficas. Os portadores desses problemas são, em geral, atendidos pelo Fonasa ou pelo SNSS.

Nos casos onde é falha a estrutura privada, como os serviços hospitalares, algumas Isapre mantêm convênios ou compram serviços do setor público.

As Isapre não são obrigadas e nem têm responsabilidade com a recuperação da saúde ou reposição dos gastos médicos derivados de enfermidades profissionais ou acidentes de trabalho. Estes tipos de agravos à saúde estão cobertos pelas cláusulas constantes da Lei nº 16.744, através do Estado ou das **Mutuales de Seguridad**. No entanto, muitas empresas, tendo em vista não aumentar sua contribuição por acidentes de trabalho, a qual é proporcional ao risco calculado a partir das estatísticas registradas no Ministério da Saúde ou nas **Mutuales**, convencem as Isapre a não classificar determinadas causas como "acidentes de trabalho" ou enfermidades profissionais. Este tipo de prática tem trazido, entre outras desvantagens, um encarecimento do sistema Isapre.

4.3.4. Estrutura financeira das Isapre

O volume de recursos movimentados pelas Isapre tem tido forte crescimento. Desde sua criação em 1981 até 1990, passaram de US\$ 2,5 para US\$ 338,7 milhões por ano. Logicamente que ocorreram fases onde esse crescimento foi maior. Depois de crescer aceleradamente entre 1981 e 1984, como decorrência da expansão do número de beneficiários e do aumento da alíquota de contribuição sobre os salários de 4 para 6%, verifica-se no ano de 1985 uma certa estagnação dos recursos movimentados pelas Isapre. Em 1986 esses recursos voltam a crescer, fato que se deve não apenas à volta do crescimento econômico do país mas, também, ao aumento da cotização sobre os salários para a saúde, que passou de 6 para 7%.

As Isapre abertas têm tido maior dinamismo na arrecadação de recursos que as Isapre fechadas. A Tabela 15 e o Gráfico 13 mostram a evolução dos recursos arrecadados por estes dois tipos de Isapre. Entre 1983 e 1990 os recursos arrecadados pelas Isapre fechadas reduziram-se de 18 para 13% do total de recursos arrecadados por estas instituições.

As contribuições dos empregados constituem a maior parcela dos recursos disponíveis pelas Isapre. Em 1988, cerca de 97% dos recursos das Isapre fechadas e 90% das abertas eram provenientes dessas contribuições. Os demais recursos, como cotizações adicionais, são residuais na estrutura de receita das Isapre. A Tabela 16 mostra a composição média das receitas das Isapre abertas e fechadas em 1988.

Observa-se que as Isapre abertas apresentam uma parcela de sua receita proveniente de cotizações adicionais maior do que as Isapre fechadas. Tal fato pode ser explicado porque, nas Isapre fechadas, a maioria dos trabalhadores provém de empresas públicas, cujos salários são cerca de 1,6 vez mais elevados do que os vigentes no setor privado. Nesse sentido, as Isapre abertas, por ter trabalhadores com salários mais baixos, têm que contar mais freqüentemente com a cobrança de cotas adicionais como forma de financiar seus programas. Além disso, algumas Isapre abertas, como é o caso da Normedica, La Cumbre, Cruz Blanca, Vida Tres, Compensacion e Pesquera Coral, recebem um aporte adicional dos empregadores que, feito de forma voluntária, contribui para aliviar os encargos adicionais dos empregados de algumas empresas. Cabe, ainda, comentar que a Isapre Cruz Blanca só recebe aportes adicionais de recursos, não contando com recursos provenientes da cotização obrigatória de 7%.

Tabela 15
 Valor das Contribuições das Isapre - Chile: 1981/90
 (Em US\$ milhões correntes)

Anos	Valor das Contribuições							
	Isapre Abertas			Isapre Fechadas			Total (100%)	
	Absol.	%	Cresc. %	Absol.	%	Cresc. %	Absol.	Cresc. %
1981	2,5	100	-	-	-	-	2,5	-
1982	22,6	90	804	2,5	10	-	25,1	904
1983	32,8	82	45	7,0	18	180	39,8	59
1984	49,8	82	52	10,7	18	53	60,5	52
1985	51,0	83	2	10,5	17	-2	61,5	2
1986	85,1	83	67	17,3	17	65	102,4	67
1987	128,7	86	51	20,3	14	17	149,0	46
1988	177,4	88	38	24,6	12	21	202,0	36
1989	232,7	88	31	30,5	12	24	263,2	30
1990	301,0	89	29	37,7	11	24	338,7	29

Fonte: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, **Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre.**

Santiago, 1º trimestre de 1991.

Obs.: Correspondem às contribuições de 4 a 6% e, posteriormente 7% sobre os salários.

No que diz respeito às empresas, também existem diferenças estruturais quando comparadas às Isapre abertas e fechadas, como pode ser visto na Tabela 17.

Observa-se que as Isapre abertas gastam muito mais em administração, vendas e publicidade do que as Isapre fechadas. Isto se deve ao fato de que estas últimas não precisam gastar dinheiro em publicidade e promoção, pois possuem mercados cativos de trabalhadores. As Isapre abertas, por sua vez, têm que enfrentar a concorrência e serem muito ativas na captação de associados. Mesmo assim, entre 1988 e 1989 elas reduziram seus custos de administração, vendas e publicidade, de 27 para 19%, a partir de esforços voltados para maximizar a eficiência.

A lucratividade das Isapre abertas tem crescido, no período mais recente, num esforço de aumento de eficiência. A Tabela 18 mostra alguns resultados associados ao período 1986/89. Observa-se que, depois de um período de baixa lucratividade, marcado pelos anos de 1987 e 1988, as Isapre abertas atingem em 1989 uma lucratividade de 9,7%. Contribuiu para o aumento da

Gráfico 13

CHILE: 1981-1990

Arrecadação das ISAPRES

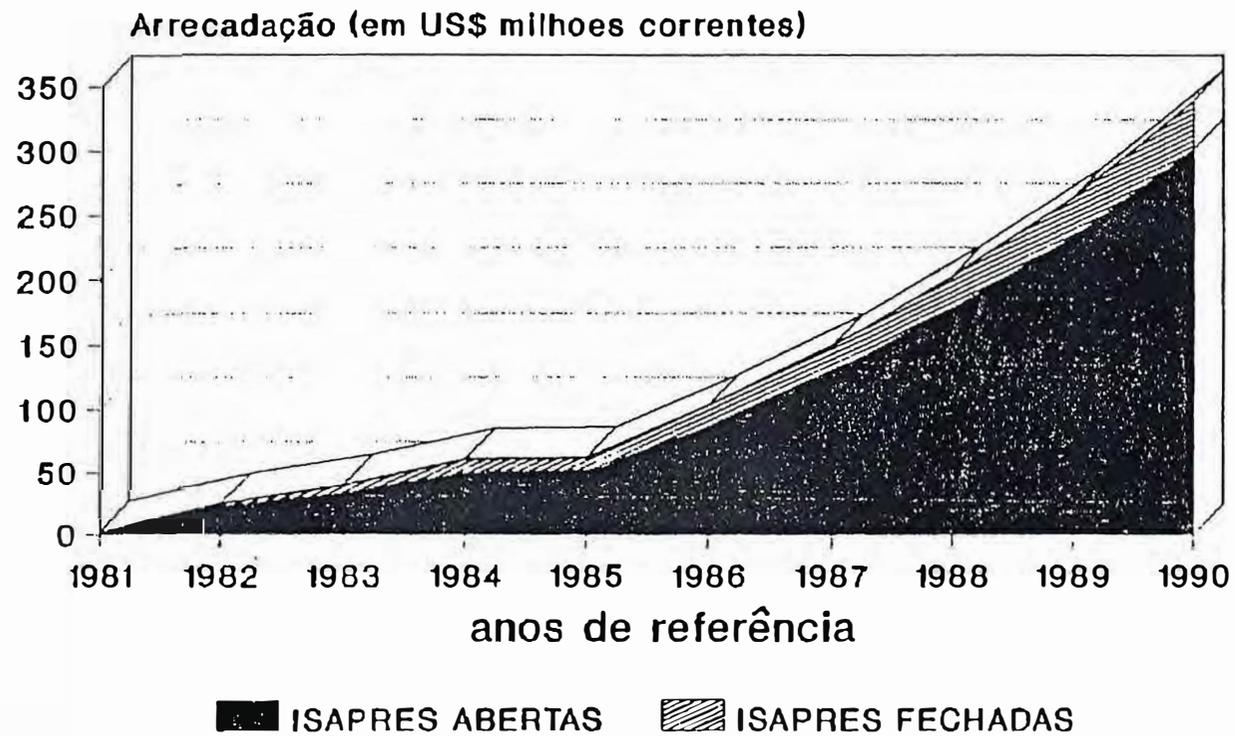


Tabela 16
Composição Média das Receitas das Isapre Fechadas e Abertas - Chile: 1988

Fontes de Receita	Isapre Abertas %	Isapre Fechadas %
Total	100,0	100,0
Contribuição Compulsória (7% sobre os salários)	90,0	97,0
Contribuições Adicionais	9,0	2,0
Outras Fontes	1,0	1,0

Fonte: CASTANEDA, T. **Para Combatir la Pobreza, Política Social y Descentralización en Chile durante los '80**, Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago, 1990.

Tabela 17
Composição Média das Despesas das Isapre Abertas e Fechadas - Chile: 1988

Natureza da Despesa	Isapre Abertas %	Isapre Fechadas %
Total	100,0	100,0
Custos Operacionais	73,0	85,0
Gastos Administrativos, com Vendas e Publicidade	27,0	15,0

Fonte: CASTANEDA, T. **Para Combatir la Pobreza, Política Social y Descentralización en Chile durante los '80**. Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago, 1990.

lucratividade das Isapre abertas a redução dos custos com vendas e publicidade.

Quanto às Isapre fechadas, cumpre destacar que estas nunca tiveram taxas de lucro positivas. Por servirem a uma clientela específica e serem administradas por esta clientela ou pelas empresas, as Isapre fechadas procuram maximizar a atenção médica ao invés de minimizar custos. No entanto, nos anos de 1987 e 1988

minimizar custos. No entanto, nos anos de 1987 e 1988 essas instituições tiveram prejuízos operacionais de mais de 50%. A partir de 1989 os prejuízos das Isapre fechadas voltaram a cair, situando-se em cerca de 1,5% das receitas. Os prejuízos, em geral, são cobertos pelos recursos compulsoriamente depositados no Fonasa ou mediante empréstimos advindos do sistema bancário, no curto prazo, ou através de esforços em redução de custos, ajustamento nos planos e campanhas publicitárias de captação de clientela no médio e longo prazos.

Tabela 18
 Lucratividade do Sistema Isapre - Chile: 1986/89
 Valores em US\$ Milhões Correntes

	Anos de Referência			
	1986	1987	1988	1989
Isapre Abertas				
Receitas (A)	149,1	183,4	221,9	283,1
Custo Operacional	98,7	135,9	168,9	204,3
Margem Bruta	50,4	47,5	53,0	78,8
Custos de Administração	40,5	45,3	47,1	51,3
Lucro Líquido (B)	9,9	2,2	5,9	27,5
Taxa de Lucro (A/B)	6,6%	1,2%	2,7%	9,7%
Isapre Fechadas				
Receitas (A)	43,2	29,4	31,3	51,9
Custo Operacional	39,3	36,7	40,1	44,2
Margem Bruta	3,9	-7,3	-8,8	7,7
Custos de Administração	5,0	6,3	8,0	8,5
Lucro Líquido (B)	-1,1	-13,6	-16,8	0,8
Taxa de Lucro (A/B)	-2,5%	-42,6%	-53,7%	1,5%
Total de Isapre				
Receitas (A)	192,3	212,8	253,2	335,0
Custo Operacional	138,0	172,6	209,0	248,5
Margem Bruta	54,3	40,2	44,2	86,5
Custos de Administração	45,5	51,6	55,1	59,0
Lucro Líquido (B)	8,8	-11,4	-10,9	27,5
Taxa de Lucro (A/B)	4,5%	-5,4%	-4,3%	8,2%

Fonte: RODRIGUEZ, H. S., Analisis Subsistema Isapre. In ROMERO, M. I., Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile, Ed. CPU, Santiago, 1990.

Os beneficiários das Isapre fechadas apresentam, em geral, um nível de renda maior do que o das Isapre abertas. Em 1989, apenas 40,3% das primeiras tinham renda mensal inferior a US\$ 450,00 mensais, enquanto nas Isapre abertas este percentual era de 68,5%.

Em termos globais, as Isapre têm estado sujeitas a flutuações derivadas das crises econômicas e do esforço da concorrência. Nos anos de 1987 e 1988 o sistema apresentou alguns prejuízos operacionais, embora tenha voltado a apresentar lucratividade positiva em 1989.

Dados da Superintendência de Isapre indicam que no primeiro trimestre de 1991 a taxa de lucro destas instituições aumentou para 15,6%. As três Isapre mais lucrativas no período foram Master Salud (24,2%), Cruz Blanca (17,4%) e Consalud (16,1%), enquanto que as menos lucrativas foram Genesis, Ismed e Pesquera Coral, que chegaram a apresentar prejuízos operacionais de 43,8, 27,9 e 4%, respectivamente.

A busca pela eficiência e o controle dos custos tem feito com que as Isapre tenham se tornado mais lucrativas nos últimos anos. Em 1990 o lucro líquido do sistema Isapre foi de 7,6%, o qual pode ser distribuído em um resultado operacional positivo de 4,8% e um excedente adicional de 2,8%, oriundo de outros ingressos. A distribuição do excedente das Isapre pode ser visualizada na Tabela 19. Verifica-se que 60% desse excedente foram aplicados, em 1990, em inversões, infra-estrutura e bens de ativo fixo. Este fato, por si só, pode ilustrar o esforço das Isapre em realizar investimentos futuros para reduzir os custos associados à compra de serviços, particularmente hospitalares, do setor público.

Tabela 19
Distribuição do Excedente das Isapre - Chile: 1990

Composição do Uso do Excedente	Participação Percentual
Total	100,00
Distribuição de Dividendos	17,40
Investimentos em Ativo Físico	60,00
Reservas para o Fonasa	6,40
Pagamento de Dívidas	4,70
Aumento do Capital Social	11,20

Fonte: Asociación de Isapre A. G., Informe de 1990.

A tendência inexorável ao envelhecimento dos associados poderá trazer, no entanto, custos cada vez mais elevados, dado que o aumento do peso de pessoas idosas tem sido um dos fatores responsáveis pelo aumento dos custos do setor. Com isso poderão surgir dificuldades em manter lucratividade no sistema Isapre sem que hajam pressões, seja no aumento da parcela de co-pagamento dos beneficiários, seja no incremento da alíquota de contribuição, atualmente fixada em 7%.

4.3.5. Estrutura do mercado das Isapre

Existiam, no Chile, em março de 1991, 19 Isapre abertas. A estrutura de mercado destas Isapre é altamente concentrada. Do ponto de vista patrimonial, pode-se dizer que sete instituições detêm quase 96% do total do patrimônio das Isapre. São elas Banmedica S.A., Consalud, Promepart, Cruz Blanca, Colmena/Golden Cross, Vida Tres e Compensacion.

A Tabela 20 mostra a distribuição do patrimônio, dos contribuintes e da receita das Isapre abertas no Chile no ano de 1990. Observa-se que estas mesmas Isapre respondem por 86% dos contribuintes e 88% da receita de contribuições do total das instituições abertas no ano de 1991. Pode-se dizer, dessa forma, que as Isapre abertas, no Chile, estruturam-se sob uma forma de mercado conhecido como oligopólio diferenciado, onde poucas instituições concentram a quase totalidade do mercado e as demais (12, no caso das Isapre) dividem o restante do mercado.

Pode-se dizer, ainda, que as Isapre abertas estão bastante segmentadas, em termos de mercado. A principal segmentação é dada pelo nível de renda dos contribuintes. Em 1991, 10 destas instituições tinham uma arrecadação anual por contribuinte inferior a US\$ 300,00; seis tinham arrecadação per capita entre US\$ 300 e US\$ 700,00 e três tinham arrecadação superior a US\$ 700,00. A menor arrecadação anual per capita em 1990 foi a da Isapre Galênica (US\$ 44,38) enquanto que a maior foi a da Isapre Mas Vida (US\$ 3.364,92). Neste sentido, cabe acrescentar que a Isapre Galênica, com 1,7% dos beneficiários, abarcava 0,2% da receita total das Isapre, enquanto no caso da instituição Mas Vida, estes percentuais eram de 0,1 e 1,6%, respectivamente.

Nestes 10 anos de existência, pelo menos nove Isapre abertas foram extintas ou refundidas, o que pode fornecer uma amostra das rápidas mudanças na estrutura de mercado vividas pelo setor.

Tabela 20
Distribuição do Patrimônio, dos Contribuintes e da
Receita das Isapre Abertas - Chile: 1990

Nome da Isapre	Patrimônio ¹		Contribuintes ²		Receita ¹	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Promepart	12,1	11,4	111.356	13,9	25,5	9,5
Cigna-Salud	0,9	0,8	25.911	3,2	8,8	3,3
Colmena/G. Cross	6,7	6,3	71.282	8,9	34,0	12,6
Normedica	0,6	0,6	13.263	1,7	5,0	1,9
Consalud	31,5	29,7	176.692	22,1	60,8	22,6
La Cumbre	0,4	0,4	5.814	0,7	4,6	1,7
Cruz Blanca	6,2	5,8	77.292	9,7	33,4	12,4
Vida Tres	2,6	2,4	30.719	3,8	22,2	8,2
Compensacion	3,1	2,9	83.609	10,5	17,5	6,5
Ismed	0,1	0,1	2.902	0,4	0,3	0,1
Galenica	0,2	0,2	13.520	1,7	0,6	0,2
Isamedica	0,3	0,3	21.259	2,7	1,7	0,6
Unimed	0,7	0,7	15.828	2,0	5,3	2,0
Mas Vida	0,7	0,7	1.146	0,1	4,2	1,6
Pesquera Coral	0,3	0,3	7.789	1,0	1,9	0,7
Banmedica S.A.	38,8	36,7	135.090	16,9	43,1	15,9
Vida Plena	0,4	0,4	4.438	0,6	0,5	0,2
Master Salud	0,1	0,1	689	0,1	0,1	0,0
Genesis	0,2	0,2	88	0,0	0,0	0,0
Total	105,9	100,0	798.687	100	269,5	100

Fonte: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre, Santiago, 1º Trimestre de 1991.

(1) Em US\$ milhões de março de 1991.

(2) Em pessoas.

Quanto às Isapre fechadas, pode-se dizer que em março de 1991 existiam 14 destas instituições, cujas principais características, em termos de mercado, são apresentadas na Tabela 21.

Embora em escala menor do que o verificado entre as Isapre abertas, existe uma grande concentração do patrimônio, dos contribuintes e das receitas das Isapre fechadas em poucas instituições. Do ponto de vista do patrimônio, por exemplo, a Isapre Banco do Estado concentra 54%, ou seja, mais da metade.

Pode-se dizer que cinco instituições - El Teniente, Chiquicamata, Ispen, Banco Estado e Istel - concentram 88% do patrimônio, 72% dos contribuintes e 75% da

receita das Isapre fechadas. Nesse sentido, a forma de organização dessas empresas também se dá sob a forma de oligopólio diferenciado.

Tabela 21
Distribuição do Patrimônio, dos Contribuintes e da Receita das Isapre
Fechadas - Chile: 1990

Nome da Isapre	Patrimônio ¹		Contribuintes ²		Receita ¹	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
San Lorenzo	0,1	0,5	3.370	5,2	2,1	6,2
El Teniente	1,1	5,8	9.197	14,2	5,8	17,1
Chuquicamata	1,9	10,1	10.109	15,7	7,3	21,5
Rio Blanco	0,4	2,1	1.916	3,0	1,3	3,8
Ispen	2,3	12,3	4.009	6,2	2,7	8,0
Shell Chile	0,1	0,5	728	1,1	0,6	1,8
Banco Estado	10,2	54,0	14.744	22,8	6,1	18,0
Isagas	0,1	0,5	743	1,1	0,3	0,9
Ferro Salud	1,2	6,4	4.080	6,3	0,9	2,7
Istel	1,1	5,8	8.230	12,7	3,6	10,6
Crisol	0,1	0,5	2.273	3,5	0,8	2,4
Cruz del Norte	0,1	0,5	3.863	6,0	2,1	6,1
Iscar	0,1	0,5	1.313	2,2	0,3	0,9
Instalud	0,1	0,5	-	-	-	-
Total	18,9	100,0	64.575	100,0	33,9	100

Fonte: Superintendência de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre, Sistema Isapre, Santiago, 1º Trimestre de 1991.

¹Em US\$ milhões de março de 1991.

²Em pessoas.

Embora o valor médio da contribuição dos cotizantes das Isapre fechadas seja maior do que o das abertas (US\$ 525,00 contra US\$ 337,42 **per capita** ano, respectivamente), as contribuições das primeiras são mais homogêneas. Nas Isapre abertas, a diferença entre a maior e a menor média de contribuição é de 75 para 1, enquanto que nas fechadas essa diferença é de pouco mais de três vezes. A maior contribuição média **per capita** ano foi de US\$ 716,39 e a menor foi de US\$ 220,59.

Todos esses dados mostram que o mercado das Isapre, mesmo internamente, é bastante estratificado, embora tal estratificação seja maior entre as Isapre abertas.

4.3.6. A reforma no sistema de Salud Previsional de 1990

Buscando aperfeiçoar as restrições existentes no sistema de funcionamento das Isapre e tendo em vista proteger o consumidor de serviços de saúde optante pelo sistema de livre escolha, o governo chileno realiza em 1990 uma reforma do sistema Isapre.

O marco jurídico desta reforma foi o advento da Lei nº 18.933, publicada no Diário Oficial de 9 de março de 1990 que, entre outras providências, criou a **Superintendência de Instituciones de Salud Previsional**, órgão normativo e fiscalizador, vinculado indiretamente ao **Ministério de la Salud**. Esta mesma Lei revoga e substitui o DFL nº 3, que legislava anteriormente sobre o assunto.

Mas a principal modificação introduzida com este novo corpo legal foi o estabelecimento de novas condições relacionadas à duração dos contratos. A seguir, são listadas as principais alterações trazidas com a nova legislação:

a) a Superintendência de Isapre substitui o Fonasa no que diz respeito à fiscalização das Isapre;

b) os contratos subscritos pelas Isapre passam a ser vitalícios e só podem ser desfeitos por desejo dos contribuintes (após uma ou pelo não cumprimento das obrigações contratuais por parte dos mesmos);

c) sem prejuízo do exposto no item b, as Isapre, ao final de um ano de vigência de cada contrato, poderão redefinir as condições de preço ou cobertura, desde que tal redefinição seja feita sem levar em conta o estado de saúde dos beneficiários;

d) todos os contratos assinados a partir de 1º de setembro de 1990 passaram a estar sujeitos a esta nova legislação;

e) passados 90 dias de 1º de setembro de 1990, todos os possuidores de contratos antigos poderão optar entre ficar com seus antigos ou assinar novos contratos, com a nova legislação. Neste caso, os afiliados deverão comunicar a Isapre contratada com 30 dias de antecedência sobre a mudança do contrato.

As principais funções e atribuições que a nova lei atribui a Superintendência de Isapre passam a ser:

fiscalizar as Isapre nos aspectos jurídicos e financeiros, para o devido cumprimento das obrigações

que estabelece a Lei e os próprios contratos firmados entre as Isapre e os trabalhadores;

- velar para que as Isapre cumpram com as leis e regulamentos que as regem e com as instruções emitidas pela Superintendência;

interpretar administrativamente as leis e regulamentos que regem as pessoas e as entidades fiscalizadoras;

- resolver, na qualidade de árbitro, as controvérsias que possam surgir entre as Isapre e seus cotizantes ou beneficiários, sem prejuízo para o afiliado, que poderá optar, ainda, por recorrer à justiça comum.

Na legislação anterior, os afiliados tinham opção de trocar, até mesmo mensalmente, de Isapre, o que trazia altos custos operacionais para o sistema, embora desse maior liberdade de escolha para os beneficiários. Na atual legislação, cada contribuinte é obrigado a permanecer, pelo menos um ano, com a Isapre contratada. Acredita-se que, com isso, as Isapre possam começar a estabelecer uma política de medicina preventiva, o que não fazia sentido na antiga forma de organização do sistema. Este fato poderá contribuir, a médio prazo, para a redução dos custos do sistema, hoje associados, em larga medida, ao tratamento de pacientes crônicos, o que poderia ser minimizado com as atuais técnicas de prevenção secundária.

4.4. As Mutuales de Seguridad no Novo Regime

Como foi visto anteriormente, as **Mutuales de Seguridad** se organizam juridicamente como iniciativa de grupos empresariais ao final da década de 50, tendo em vista criar mecanismos de proteção dos trabalhadores contra os riscos e conseqüências dos acidentes de trabalho.

Dez anos depois, uma lei da República (Lei nº 16.744 de 1968) confere às Mutuais o direito de captar fundos, organizar e administrar um mecanismo de atenção integral aos acidentes do trabalho. Com esta lei se inicia um processo de crescimento e consolidação das Mutuais.

Além das obrigações de ordem médica, as mutuais têm o dever de pagar subsídios de inatividade, indenizações e pensões por invalidez sempre que provocadas por motivos ligados a acidentes de trabalho.

4.4.1. Evolução dos marcos jurídicos do subsistema de Mutuales de Seguridad

O primeiro marco jurídico que reconhece e confere legitimidade às **Mutuales de Empleadores**, tendo em vista a proteção aos acidentados de trabalho e portadores de enfermidades profissionais, foi a Lei nº 16.744, publicada no Diário Oficial em 1º de fevereiro de 1968.

Esta lei declara obrigatório o seguro social contra **riscos** de acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, para todos os assalariados, inclusive empregados domésticos e aprendizes, para os funcionários públicos em todas as esferas de governo, para os estudantes que executem estágios remunerados, para os trabalhadores autônomos e para os trabalhadores familiares. Entre 1969 e 1989 uma série de categorias profissionais de trabalhadores por contra própria foi sendo incorporada a este sistema, desde camponeses arrendatários de terras (Decreto Supremo nº 102, de 1969), até os pescadores artesanais independentes (DFL nº 101, de 1989), passando pelos hípicas, barbeiros, comerciantes, condutores proprietários de veículos motorizados de locomoção coletiva e transporte escolar, mineiros independentes e garimpeiros.

Por essa lei, todo o trabalhador que contribuísse para alguma **Caja de Previsión** estava protegido contra acidentes de trabalho e enfermidades profissionais pelo Ministério da Saúde, salvo aqueles cujas empresas fossem associadas a alguma Mutualidade de Empleadores.

A administração desta forma de Seguro estava a cargo de várias instituições, tais como o Serviço de Seguro Social (SSS), o Serviço Nacional de Saúde (SNS), as **Cajas de Previsión** (CP) e as **Mutualidades de Empleadores** (ME). Os seguros seriam administrados pelo SSS, através do Departamento de Acidentes de Trabalho e Enfermidades Profissionais e pelas CP, no caso dos trabalhadores afiliados a sistemas distintos do SSS. As prestações médicas e os subsídios por incapacidade temporal seriam administrados pelo SNS.

No entanto, tanto benefícios como prestações médicas poderiam ser administrados pelas ME que aceitassem os trabalhadores independentes que a elas quisessem se associar. Para tal, a Lei exigia que cada Mutualidade tivesse, no mínimo, 20 mil afiliados, dispusesse de serviços médicos próprios, realizasse ações de prevenção de acidentes e enfermidades profissionais, não tivesse fins lucrativos e não destinasse mais de 10% e menos de 5% de seus recursos às atividades de administração.

Ao longo dos anos 70 e 80 uma serie de leis e normas complementares foram feitas nesse campo. O Decreto nº 40, de fevereiro de 1969 aprova o regulamento sobre prevenções e riscos profissionais, onde fica atribuído ao SNS fiscalizar as ME e empresas de administração delegada.

Por este decreto, as Mutualidades de Empregados estão obrigados a realizar atividades permanentes de prevenção de riscos de acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, contando, para tal, com toda a infra-estrutura e pessoal qualificado. Toda a empresa com mais de 100 trabalhadores deverá ter um "Departamento de Prevenção de Riscos Profissionais", dirigido por um especialista no assunto. Estes departamentos estão obrigados a enviar mensalmente estatísticas sobre acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, definindo os critérios como devem ser calculadas estas estatísticas.

As empresas são, ainda, obrigadas a estabelecer e manter regulamentos internos de segurança e higiene do trabalho, de cumprimento obrigatório por todos os trabalhadores, os quais recebem gratuitamente da empresa um exemplar do mesmo.

Em março de 1969 foi publicado o Decreto nº 54, que aprova o regulamento para a constituição e funcionamento dos Comitês Paritários de Higiene e Seguridade. Esses comitês, eleitos democraticamente pelos funcionários, seriam obrigatórios em todo o local de trabalho onde se aglutinassem mais de 25 pessoas. O funcionamento desses comitês foi, posteriormente, alterado pelos Decretos Supremos nºs 186, de 1989, 206, de 1970 e 30, de 1988.

As empresas que conseguissem, através de suas estatísticas sobre acidentalidade do trabalho e do parecer da supervisão, galgar níveis menores de risco, poderiam reduzir suas cotas de contribuição para as Mutualidades ou para o governo. O Decreto nº 173, de agosto de 1970, aprova o regulamento para aplicação das normas relativas a isenções, rebaixamento ou aumento da cotização diferenciada segundo o risco de acidentalidade da empresa.

Em fevereiro de 1983 foi aprovado o regulamento sobre condições sanitárias e ambientais mínimas nos locais de trabalho. Tais condições deveriam ser fiscalizadas pelos serviços de saúde, que verificaria seu cumprimento de acordo com o Código Sanitário Nacional do Chile.

4.4.2. Estrutura e funcionamento das mutualidades de empregadores

As Mutualidades de Empregadores são corporações de Direito Privado sem fins lucrativos, cujo objetivo geral é desenvolver e fomentar a prevenção e segurança nos ambientes de trabalho. Se caracterizam pela responsabilidade solidária das empresas afiliadas a cada mutual. Os objetivos básicos destas corporações são:

a) prevenir os acidentes de trabalho e as enfermidades profissionais;

b) prestar atenção médica e reabilitação aos acidentados, com infra-estrutura hospitalar própria e estabelecimentos especiais para reabilitação; e

c) fornecer benefícios em dinheiro, seja sob a forma de subsídios aos acidentados enquanto esses estão em tratamento médico (100% da remuneração líquida); seja sob a forma de indenizações e pensões por invalidez permanente e morte do cônjuge.

São cinco os princípios que norteiam o funcionamento das "mutualidades":

universalidade na cobertura dos riscos;

- integridade no sentido de prover a cobertura das necessidades derivadas de acidentes de trabalho ou doenças profissionais;

uniformidade, no sentido de manter o valor dos benefícios em equivalência à remuneração recebida em atividade;

- suficiência, onde se entende que o que o indivíduo recebe de benefício deve ser suficiente para satisfazer suas necessidades;

- solidariedade, a qual se manifesta em que os aportes que devem ser efetuados para financiar o sistema se estabeleçam em base a uma porcentagem da folha de salários das empresas, paga pelos empregadores.

O Seguro de Acidentes de Trabalho é obrigatório, sendo sua responsabilidade de financiamento feita a cargo do empregador. Assim, as empresas podem escolher entre o organismo estatal ou qualquer das três mutuais de empregadores existentes, a saber: **Asociación Chilena de Seguridad (A.Ch.S.)**, **Mutual de Seguridad Cámara Chilena de Construcción: (C.Ch.C.)** e **Instituto de Seguridad del Trabajo (I.S.T.)**.

Muitas empresas, em função de suas características, poderão optar por uma administração delegada ou por um auto-seguro. É o caso das empresas que têm mais de 2 mil empregados. De qualquer forma, todos os funcionários da empresa deverão, obrigatoriamente, estar segurados, incluindo, neste caso, os trabalhadores domésticos.

As Mutualidades são administradas por um Diretório integrado por igual número de representantes dos empregadores e dos trabalhadores de empresas filiados a uma determinada mutualidade.

Desde 1985, o presidente de cada mutualidade é designado pelo Presidente da República, por intermédio do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Só poderá ser designado um dos membros do Diretório quem seja representante dos empregadores. Este Diretório paritário tem sido considerado como um dos elementos que mantêm o êxito do sistema ao longo do tempo.

Ao nível do Governo Federal, as **Mutuales de Seguridad** são fiscalizadas e supervisionadas pela Superintendência de Seguridad Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

4.4.3. Financiamento do sistema

As Mutualidades de Empregadores têm, como principal fonte de financiamento, a cotização de seus aderentes. Cada empregador deve pagar uma cota básica de 0,9% da folha de salários e uma cota adicional sobre a folha de salários, a qual varia entre 0 a 3,4%, de forma diferenciada segundo o ramo de atividade da empresa e de acordo com o risco de acidentalidade existente.

Adicionalmente, as Mutualidades podem lançar mão de multas ou taxas de juros que se aplicam às empresas aderentes em situações de irregularidade. A rentabilidade do Fundo de Reserva dessas instituições também garante recursos extraordinários para as Mutualidades. Por fim, as Mutualidades conseguem ainda recursos que se originam da venda de serviços ao Governo e às próprias Isapre. Em 1990, os recursos arrecadados pelas Mutualidades chegaram a US\$ 121 milhões, o que equivale a uma cota média de US\$ 66,00 por afiliado/ano.

Com todos esses recursos, as Mutualidades destinam 82,7% de suas receitas para fins operacionais e o restante para investimento e aplicação no fundo de reserva. A distribuição das despesas das Mutualidades de Empregadores pode ser observada na Tabela 22.

Observa-se que o maior componente de gasto das Mutualidades são os serviços de natureza médica, seguindo-se os benefícios ou subsídios de incapacidade temporária e permanente. Além destas despesas, pode-se dizer que 4,4% dos gastos das Mutualidades se destinam a realizar transferências às Associações de Fundos de Pensão e ao sistema público como forma de ressarcimento por eventuais despesas adiantadas por estes órgãos.

Tabela 22
Distribuição das Receitas das Mutualidades de Empregadores por Fonte de Despesa - Chile: 1990

Discriminação das Despesas	Participação Percentual
Total	100,0
Serviços Médicos	39,8
Benefícios	24,9
Prevenção de Riscos	10,0
Fundos de Pensão	4,4
Administração	4,4
Excedente Operacional	17,3

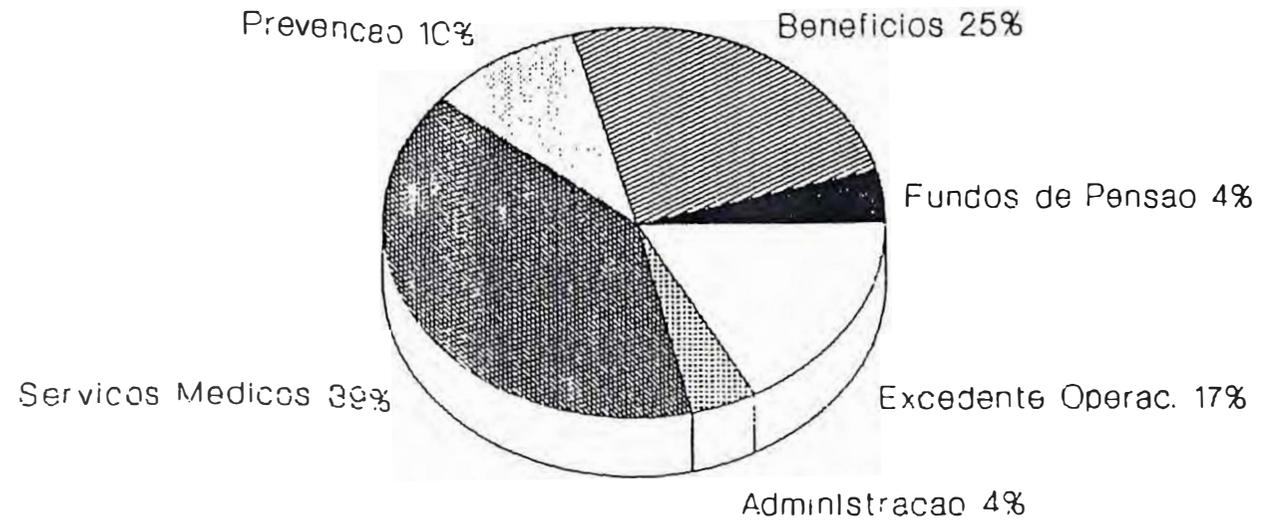
Fonte: Chile, Informe sobre el Sistema de Mutualidades, 1991, mimeo.

Os excedentes operacionais são constituídos pelas reservas atuariais estabelecidas em lei para os pagamento das pensões e rendas, além de uma reserva técnica para eventualidades. Os resíduos destinam-se ao desenvolvimento e crescimento de cada mutual.

Gráfico 14

CHILE: 1990

Distr. das Despesas das Mutualidades



4.4.4 - Cobertura do sistema de mutualidades

Em 1968, o sistema de mutualidades contava com cerca de 2000 empresas filiadas e 174 mil trabalhadores cobertos. Entre 1968 e 1990, o sistema tem aumentado sua cobertura a taxas que variam entre 15 e 25% ao ano, embora em momentos de crise, como os de 1975/76 e 1981/82, o número de afiliados tenha decrescido em 10%. Em 1990 o subsistema registrava uma cobertura de 1,8 milhão de trabalhadores, contidos em 52 mil empresas. A Tabela 23 mostra a evolução da cobertura do sistema, em termos de trabalhadores assistidos.

Tabela 23
Evolução dos Trabalhadores e Empresas Cobertos pelo Sistema de Mutualidades de Empregadores Chile: 1968/90
(Em mil unidades)

Anos de Referência	Número de Empresas	Número de Trabalhadores
1968	2	174
1970	3	313
1972	5	454
1974	7	548
1976	8	516
1978	12	593
1980	15	687
1982	20	708
1984	30	950
1986	38	1.246
1988	44	1.614
1990	52	1.829

Fonte: Ver Tabela 22.

A distribuição da cobertura entre as três mutualidades existentes pode ser observada na Tabela 24.

Tabela 24
Distribuição da Cobertura das Mutualidades de Trabalhadores - Chile: 1990

Mutualidade	Número de Trabalhadores	
	Absoluto	%
A. Ch. S.	898.099	49,1
C. Ch. C.	607.876	33,2
I. S. T.	323.340	17,7
Total	1.829.315	100,0

Fonte: Ver Tabela 22.

A **Asociación Chilena de Seguridad**, a maior das Mutualidades, responde por quase metade dos afiliados, seguindo-se a **Mutual de Seguridad Cámara Chilena de Construcción**, com 33% dos afiliados e o **Instituto de Seguridad del Trabajo**, com cerca de 18%. Entre 1974 e 1990, o número médio de trabalhadores por empresa se reduziu de 82 para 35, o que significa que as empresas menores têm sido progressivamente incorporadas ao sistema. A Tabela 25 mostra a distribuição percentual das empresas filiadas à **Mutual de Seguridad Cámara Chilena de Construcción** por tamanho de empresa.

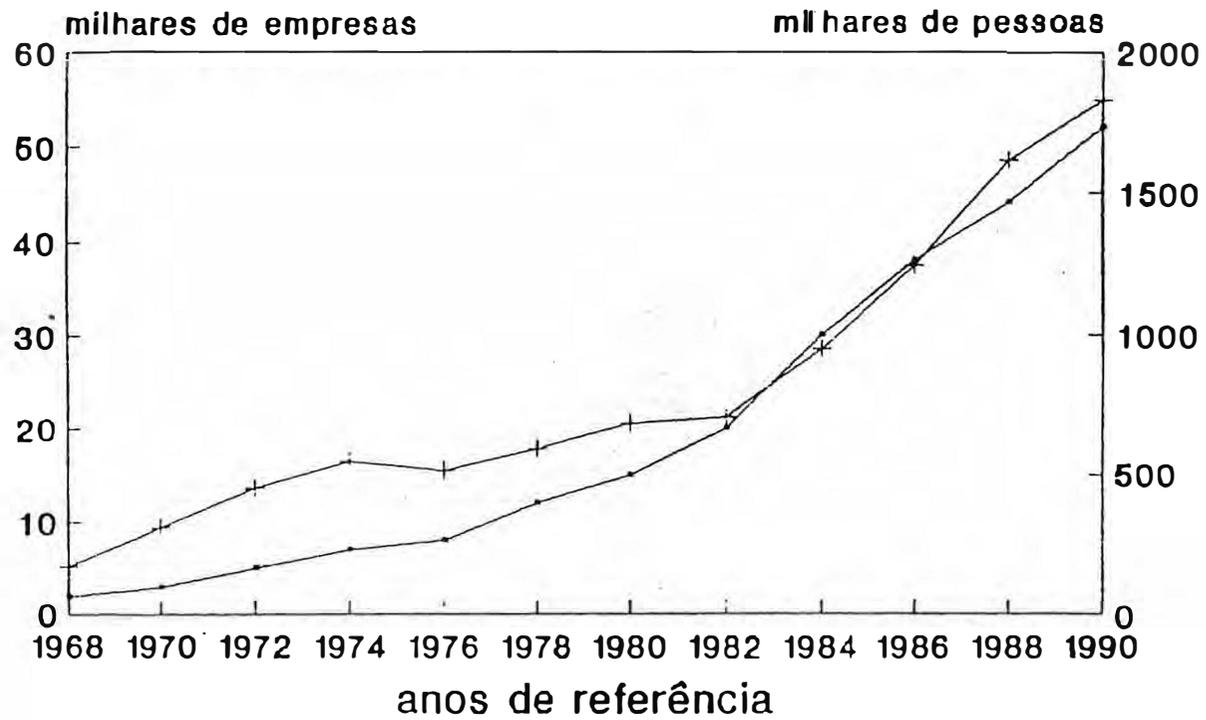
Tabela 25
Distribuição das Empresas Filiadas a C. CH. C. Por Tamanho de Empresa - Chile: 1990

Classes de Tamanho de Empresa	Distribuição Percentual
1 a 24 Empregados	70,6
25 a 75 Empregados	17,5
76 a 150 Empregados	5,8
151 a 500 Empregados	4,6
Mais de 500 Empregados	1,5

Fonte: Ver Tabela 22.

Gráfico 15 CHILE: 1968-1990

EMPRESAS E BENEFICIARIOS COBERTOS PELAS MUTUALIDADES



—◆— numero de empresas —+— numero de beneflc.

Observa-se a forte presença de empresas de pequeno porte no total de empresas filiadas. Deve-se colocar que, nesta conjuntura, é residual o número de empregadores que utilizam os serviços estatais de proteção a acidentados do trabalho. No caso das unidades de grande porte (mais de 2 mil funcionários), a preferência tem sido dada à utilização de planos de auto-seguro. Sendo assim, o sistema de Mutualidades tem sido uma solução adequada para as empresas pequenas e médias.

4.4.5. A estrutura de serviços de saúde das mutualidades

O sistema de Mutualidades contava, em 1988, com 14 hospitais, 30 clínicas, 159 policlínicas e 201 policlínicas de empresas, além de 1393 leitos especializados, o que confere uma estatística de 1.402 habitantes por leito. As especialidades onde as Mutualidades têm "excelência", além do tratamento de doenças profissionais, encontram-se na área de traumatologia e ortopedia.

No ano de 1990 foram atendidos 216.110 acidentados que originaram um total de 3,3 milhões de dias de trabalho perdidos, o que confere uma média de 15,2 dias de tratamento por acidentado.

As mutuais têm atuado, ainda, na área de prevenção de acidentes de trabalho junto a empresas. Assim, atividades como inspeções e informes sobre segurança no trabalho, palestras e cursos de treinamento têm produzido importantes efeitos na redução das taxas de acidentalidade das empresas. A taxa de acidentalidade do trabalho no Chile, no ano de 1990, (incluindo os acidentes no percurso para o trabalho) foi três vezes mais baixa que a registrada no ano de 1969.

Ainda em 1990 existiam 7.727 afiliados que recebiam pensões por invalidez e foram outorgadas 1.618 indenizações.

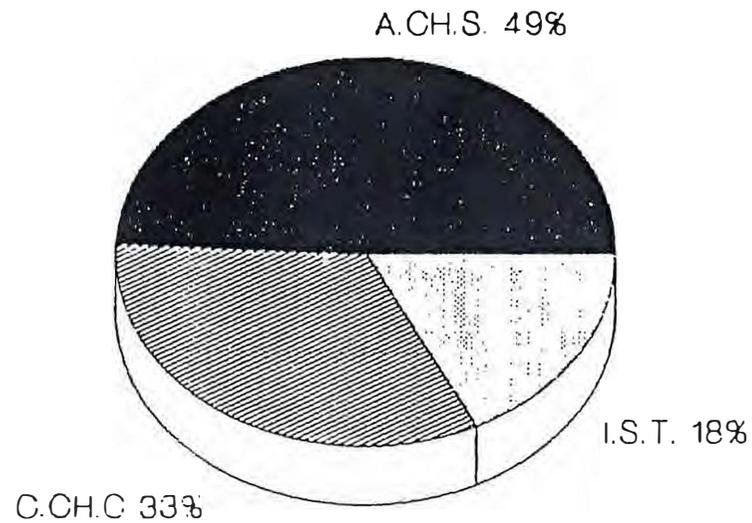
Sendo assim, o êxito do sistema de mutualidades no Chile pode ser observado pela constante redução dos índices de acidentalidade (Tabela 26) e das taxas de risco associadas às atividades laborais.

Em termos de recursos humanos, vale destacar que, em 1990, o sistema de mutualidades empregava 5.307 funcionários, dos quais 525 médicos, 361 enfermeiras e 1083 auxiliares de enfermagem, além de outros especialistas.

Gráfico 16

CHILE: 1990

MUTUALIDADES SEGUNDO A COBERTURA



Sendo assim, o sistema chileno de Mutualidades de Empregadores, o qual nasceu antes da Reforma, por iniciativa das próprias empresas, tem sido uma das mais exitosas experiências de organização de sistemas de atenção médica na América Latina.

Tabela 26
Sistemas de Mutualidades: Índices de
Acidentalidade¹ - 1974/90

Ano de Referência	Índice de Acidentalidade*
1974	18,5
1976	13,2
1978	13,7
1980	13,9
1982	10,1
1984	11,6
1986	11,6
1988	12,1
1990	11,8

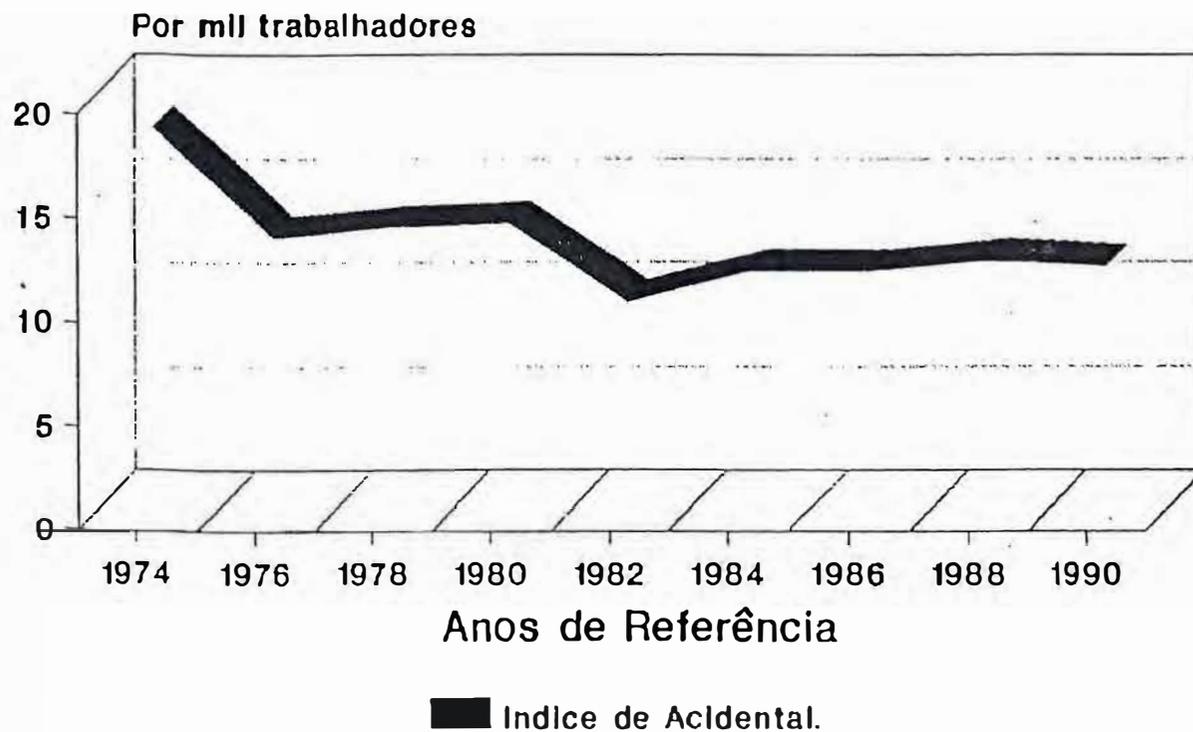
Fonte: Ver Tabela 22.

*Define-se como índice de acidentalidade a relação entre o número de pessoas acidentadas sobre o total de pessoas.

Gráfico 17

CHILE: 1974-1990

Índice de Acidentalidade do Trabalho



Referem-se ao Sistema de Mutualidades

5. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO CHILE: EPIDEMIOLOGIA, PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E FINANCIAMENTO

Embora as condições de saúde no Chile venham melhorando progressivamente desde os anos 50, as reformas do sistema de saúde chileno têm-se refletido positivamente no aumento da esperança de vida e na redução das taxas de mortalidade e morbidade associadas a doenças características do subdesenvolvimento.

A estratégia do Governo Chileno em concentrar esforços na melhoria das condições de saúde, via atenção primária, para as populações de baixa renda, ao lado do aumento do acesso à medicina de alta tecnologia para as classes trabalhadoras de média e alta renda, possibilitou, não apenas sistemas mais adequados de financiamento e acessibilidade aos serviços de saúde para a população, mas também formas mais eficazes e racionais de solução dos problemas de saúde do país, a partir de uma estrutura gerencial que permite um maior controle dos recursos gastos e maior eficiência, pela introdução dos mecanismos de concorrência.

Os dados que se seguem são capazes de demonstrar como tem melhorado a eficiência e a qualidade do sistema de saúde no Chile, movimento que se inicia desde os anos 60, mas que se intensifica com as reformas dos anos 80.

5.1. Indicadores Demográficos e Epidemiológicos

Ao longo das últimas quatro décadas o Chile vem passando por um intenso processo de transição demográfica, o qual pode ser refletido nos indicadores básicos de mortalidade e natalidade. Entre 1950 e 1988 as taxas de natalidade reduzem-se de 34,2 para 23,2 nascimentos por mil habitantes, indicando uma queda geométrica anual de 1,02% neste indicador.

A redução da natalidade no Chile tem sido acompanhada por diminuições nas taxas gerais de mortalidade e na mortalidade infantil. As taxas de mortalidade geral caíram de 14,8 para 5,6 mortes por mil habitantes entre 1950 e 1988. Os altos índices de mortalidade existentes em 1950 refletiam um país com uma estrutura etária ainda jovem e com alto peso da mortalidade infantil na estrutura de mortalidade.

De fato, a taxa de mortalidade infantil (relativa a menores de um ano de idade) era de 136,2 por mil nascidos vivos no ano de 1950, padrão hoje só encontrado nas regiões mais pobres da África e Ásia e em algumas regiões do Nordeste do Brasil. Em 1988, as taxas de mortalidade infantil no Chile haviam se reduzido para 18,9 por mil, o que demonstra o êxito do

sistema de saúde desse país, ao longo destes 38 anos, em diminuir em mais de sete vezes os índices de mortalidade infantil vigentes.

Como consequência de todo esse processo, a esperança de vida ao nascer no Chile aumentou de 58,1 para 71,8 anos, indicando ganhos superiores a 13 anos ao longo desse período.

Tabela 27
Indicadores Demográficos - Chile: 1950/88

Anos	Taxas de Natalidade	Taxas de Mortalidade Geral	Taxas de Mortalidade Infantil	Esperança de Vida ao Nascer (em anos)
1950	34,2	14,8	136,2	
1960	37,1	12,3	120,3	58,1
1965	35,9	10,7	95,4	60,6
1970	27,5	8,8	79,3	63,6
1975	24,8	7,2	55,4	67,2
1980	22,8	6,6	31,8	71,0
1985	21,6	6,1	19,5	71,5
1988	23,3	5,8	18,9	71,8

Fonte: Chile, Ministerio de Salud.

Vale ressaltar, no entanto, que o ritmo de declínio nas taxas de mortalidade infantil tem sido mais elevado após a reforma do sistema de saúde. Com efeito, antes da reforma, entre 1950 e 1980, as taxas de mortalidade infantil reduziram-se a um ritmo médio de 4,5% ao ano, enquanto que no período 1980/88 essa redução ocorreu a uma taxa de 6,3% ao ano.

Mas o movimento de redução das taxas de mortalidade não se concentra, apenas, entre menores de um ano. Em todas as faixas de idade inferiores a 80 anos observa-se uma queda nos níveis de mortalidade como resultado da melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde e da cobertura do sistema em todos os níveis de atenção médico-hospitalar. A Tabela 28 mostra esses dados.

O movimento de redução das taxas de mortalidade também se verifica ao nível de gênero. Entre 1965 e 1985, a taxa de mortalidade geral masculina caiu de 11,3 para 6,8 por mil, e a feminina, de 9,4 para 5,4 por mil, respectivamente.

Gráfico 18

CHILE: 1950-1988

TAXAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE GERAL

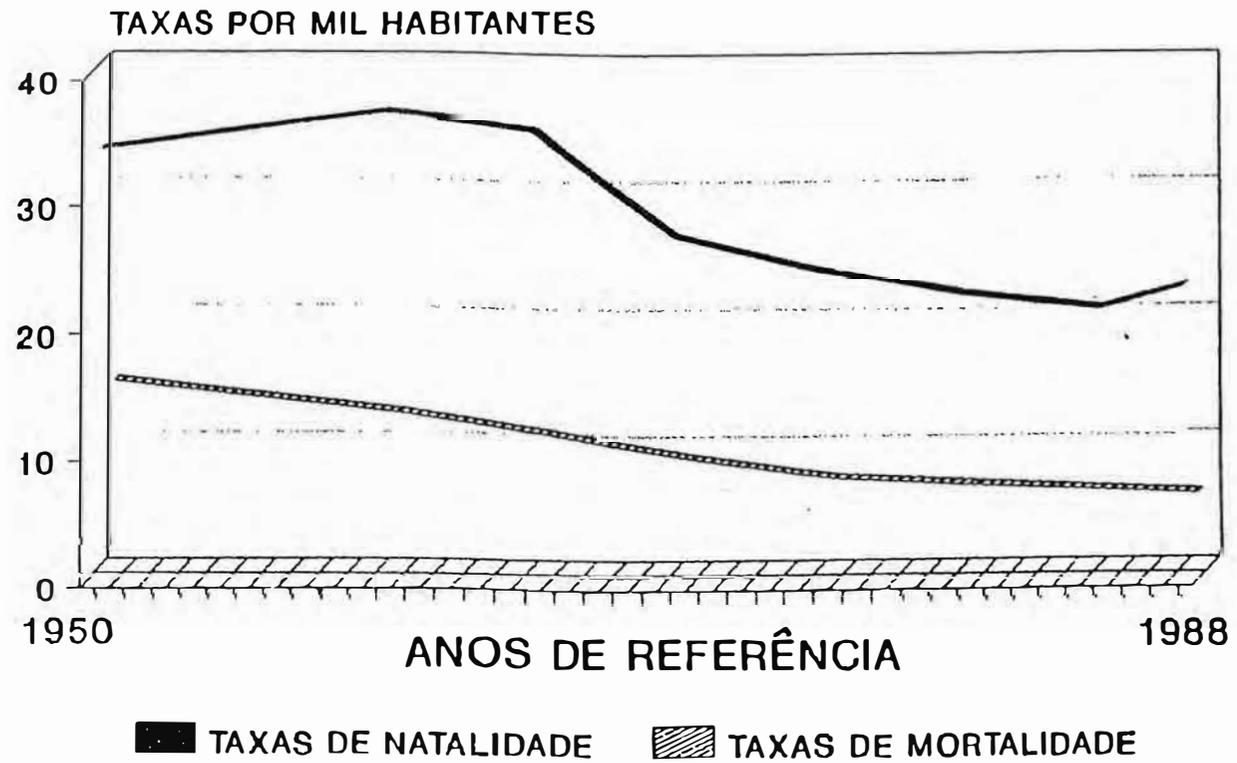


Gráfico 19

CHILE: 1950-1988

TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

taxas por mil nascidos vivos

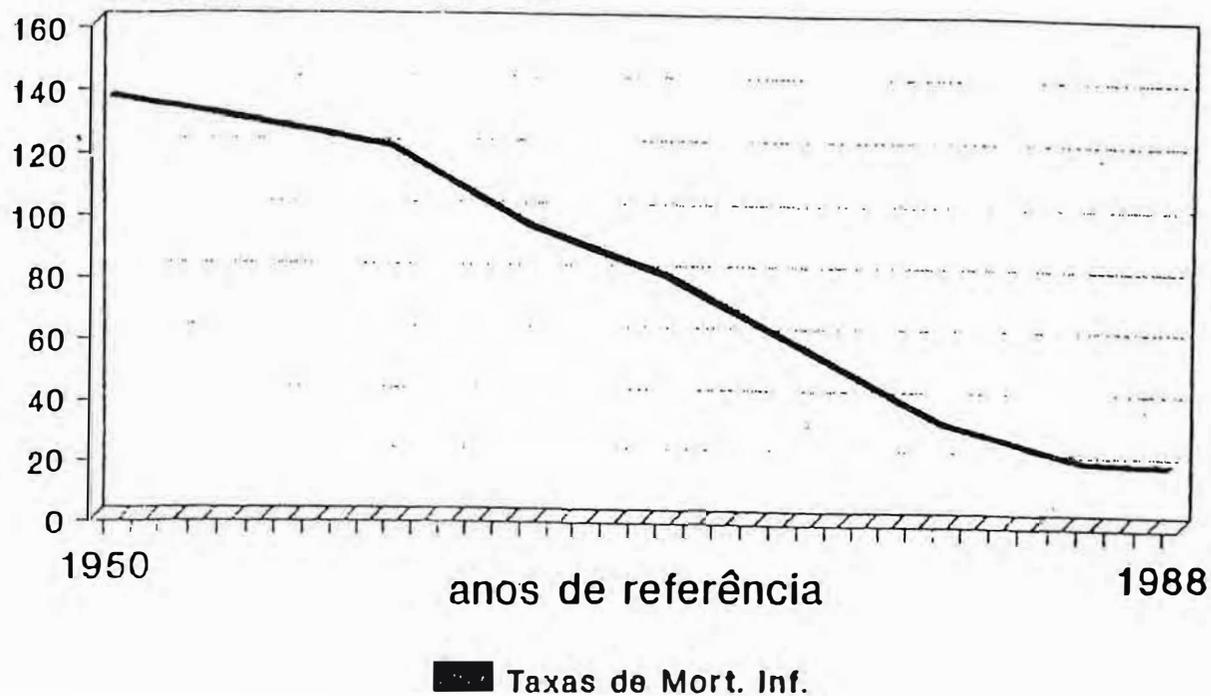


Gráfico 20

CHILE: 1960-1988

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

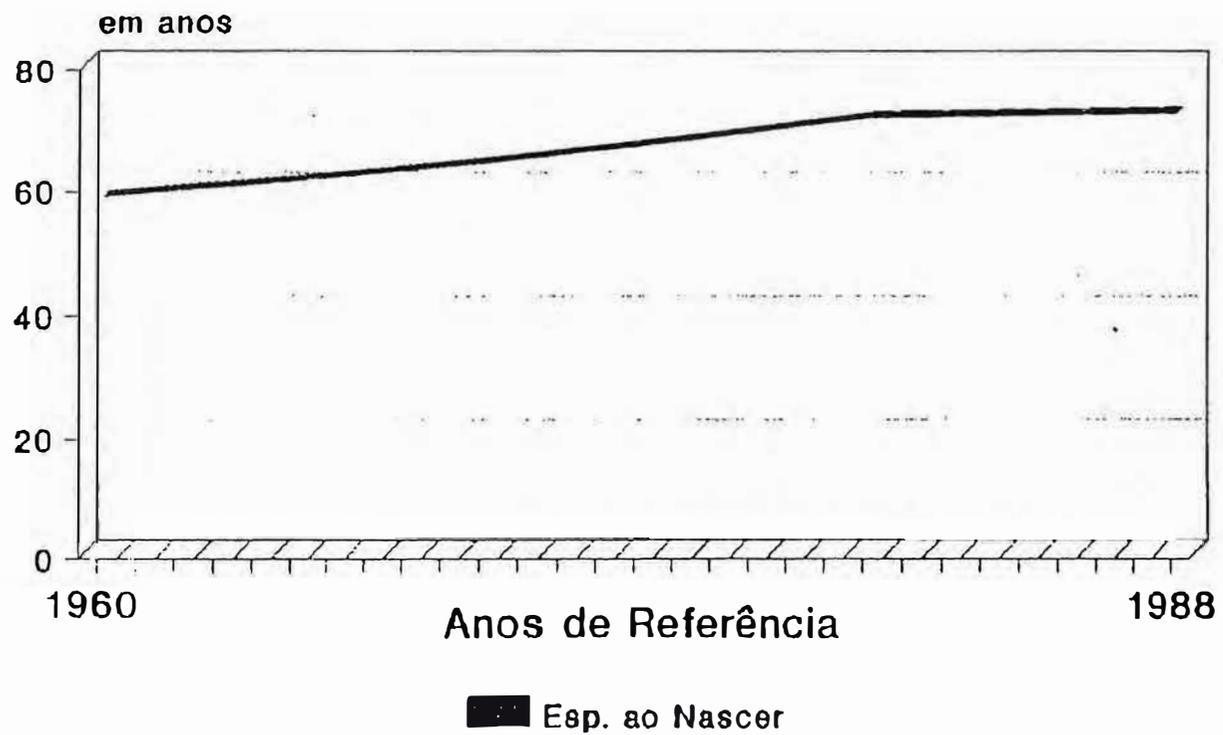


Tabela 28
 Taxas de Mortalidade Específicas por Idade - Chile:
 1965/85
 (Por mil habitantes)

Faixas Etárias (Em Anos)	Anos de Referência		
	1965	1975	1985
0 - 1	115,3	56,1	18,5
1 - 4	5,3	2,2	0,9
5 - 14	0,9	0,7	0,4
15 - 19	1,4	1,1	0,7
20 - 29	2,5	1,7	1,2
30 - 39	4,4	2,7	1,8
40 - 49	6,9	5,6	4,0
50 - 59	14,3	10,7	9,6
60 - 69	31,7	25,5	21,4
70 - 79	58,6	53,1	53,9
80 - +	130,9	124,1	154,1

Fonte: LOIS, E. M. Indicadores en Salud. In ROMERO, M. I. (org), **Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile**, Ed. CPU, Santiago, 1990.

O grande declínio da mortalidade, até os anos 70, associa-se à redução dos fatores de risco ligados a doenças transmissíveis, como o sarampo, tifo e infecções intestinais. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde, o Chile apresentava, ao final dos anos 80, o mais baixo índice de mortalidade infantil específico por infecções intestinais da América Latina. A Tabela 29 mostra as taxas de morbidade e mortalidade por 100 mil habitantes, derivadas de enfermidades preveníveis por vacinação e transmissíveis.

Observa-se que, apesar do aumento da incidência de algumas doenças transmissíveis (hepatite, rubéola, escarlatina), existe uma tendência geral à redução da morbidade e da mortalidade por doenças transmissíveis.

Como corolário, aumenta o peso das enfermidades crônicas na estrutura de mortalidade, como os acidentes cardiovasculares, cirrose hepática, enfermidades mentais, diabetes, doenças coronarianas, bronquites e neoplasias. A Tabela 30 mostra que, entre 1950 e 1988 as doenças infecciosas e parasitárias se reduzem de 24,2 para 3,5% do total de mortes.

Gráfico 21

CHILE: 1965-1985

TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE P/IDADE

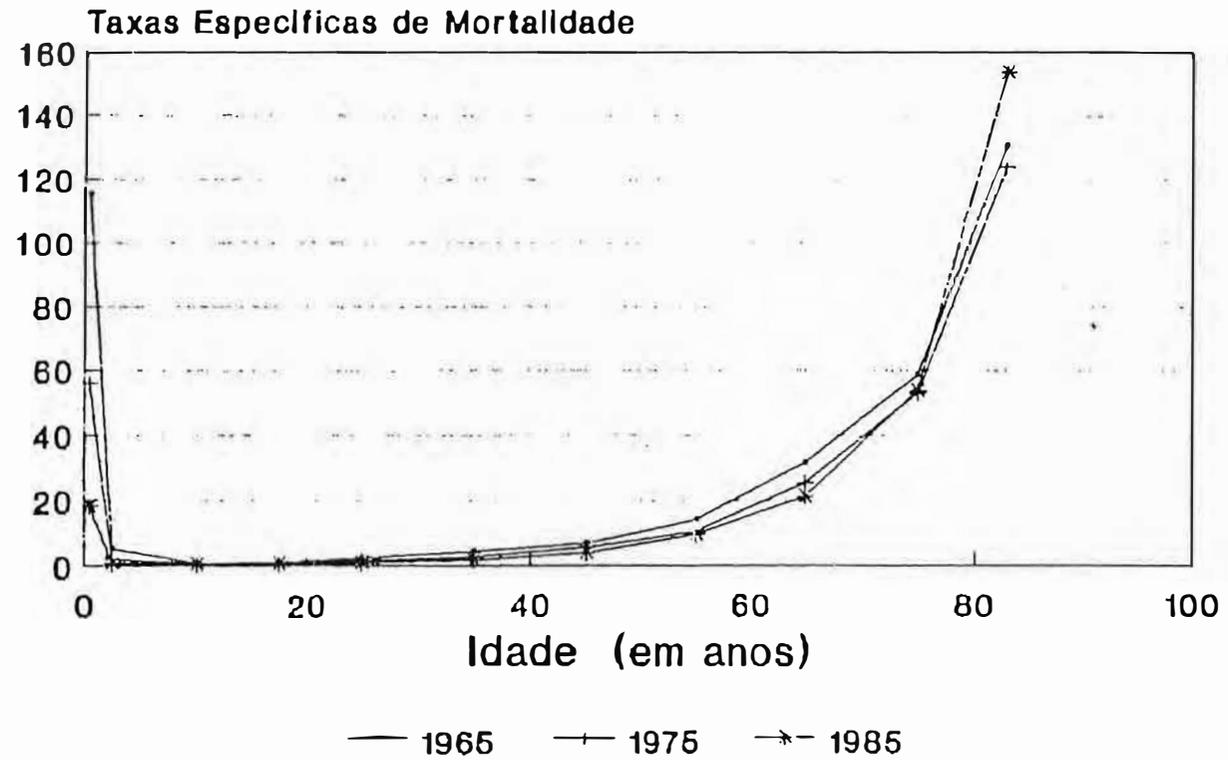


Tabela 29
Taxas de Mortalidade e Morbidade por 100 Mil Habitantes
por Doenças Transmissíveis - Chile: 1965/85

Enfermidades	Taxas de Morbidade e Mortalidade			
	Morbidade		Mortalidade	
	1965	1985	1965	1985
Preveníveis por Vacinação				
Sarampo	154,0	101,0	14,2	0,2
Coqueluche	78,0	0,3	3,8	0,1
Difteria	13,0	2,2	1,4	0,1
Tétano	0,7	0,2	0,5	0,1
Meningite	0,8	0,1	0,2	0,1
Transmissão por Ar				
Rubéola	16,0	36,0		
Varicela	85,0	69,0	0,6	0,1
Escarlatina	24,0	56,0	0,1	0,0
Erisipela	4,7	7,7	0,3	0,0
Febre Reumática	n.d.	2,0	n.d.	0,0
Tuberculose	n.d.	n.d.	43,3	6,9
Transmissão Digestiva				
Tifo	66,0	59,0	2,3	0,2
Hepatite	15,0	82,0	0,8	3,5
Diarréia	n.d.	n.d.	35,0	10,2
Outras				
Sífilis	53,0	27,0	2,1	0,1

Fonte: LOIS, E. M., *op. cit.*

Paralelamente, as mortes por enfermidades do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas aumentam de 11,9, 4,9 e 4,7 para 27,9, 18 e 12,1%, entre estas duas datas, respectivamente. Esta mudança na estrutura da mortalidade reflete um padrão de condições de saúde característico de nações com maior nível de desenvolvimento.

A melhoria da qualidade do sistema de saúde no Chile pode ser, ainda, aferida pela redução da mortalidade associada a doenças preveníveis através de uma atenção médica de boa qualidade. Entre 1965 e 1985, as taxas de mortalidade por enfermidades reumáticas, tuberculoses, otites bacterianas, bronquites e pneumonias, apendicites agudas, asma bronquial, cardiopatia reumática e hipertensão arterial, só para citar alguns

exemplos, experimentaram sensíveis reduções, o que demonstra o aumento da cobertura das estratégias de prevenção existentes na rede de serviços de saúde do país.

Tabela 30
Distribuição Percentual das Principais Causas de Morte - Chile: 1950/88

Tipos Agregados de Causas	1950	1960	1970	1980	1988
1) Enferm. do Aparelho Circulatório	11,9	12,4	21,9	26,6	27,9
2) Neoplasias	4,9	9,9	11,8	15,4	18,0
3) Causas Externas	4,7	10,4	9,7	11,9	12,1
4) Enferm. do Aparelho Respiratório	22,9	13,7	18,3	9,5	12,0
5) Enferm. do Aparelho Digestivo	3,5	13,2	6,5	8,1	6,5
6) Enferm. Infec. e Parasitária	24,2	9,4	11,6	4,8	3,5
7) Causas Perinatais	11,0	14,2	5,3	4,3	2,5
8) Gravidez, parto e puerpério	0,7		0,5	0,2	0,2
9) Outras Causas	16,2	16,8	14,3	19,2	17,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Chile, Ministerio de Salud.

Os programas de atenção materno-infantil também têm alcançado resultados bastante satisfatórios. A taxa de mortalidade materna por 10 mil nascidos vivos passou de 29 para cinco entre 1965 e 1985 e a taxa de mortalidade por abortos declinou de 12 para 1,3 morte de mulheres para cada 10 mil nascidos vivos, no mesmo período.

Os programas no campo da nutrição e suplementação alimentar também têm tido impactos positivos na redução das taxas de prevalência e desnutrição no Chile. Entre 1980 e 1986 a percentagem de crianças desnutridas com até cinco anos de idade, conforme demonstra a Tabela 31, caiu de 11,5 para 8,5%. Nos grupos de maior risco (zero a cinco meses de idade) esta taxa caiu de 5 para 3,1%. A maior taxa de desnutrição infantil pode ser observada na faixa etária de 12 a 24 meses incompletos, que declinou de 14,3 para 11,4%.

No entanto, verifica-se em 1986 uma ligeira tendência ao aumento das taxas de desnutrição, em que pese o fato delas se situarem em patamares bem inferiores aos relativos ao início da década. A variação regional nas taxas de desnutrição, entre crianças com até cinco anos de idade, também não é muito elevada no Chile. A mais baixa, no ano de 1986, era encontrada na região de Tarapacá, enquanto a mais alta foi verificada nas regiões de Atacama e Coquimbo (9,5%). A taxa média da

Gráfico 22 **CHILE: 1950**
PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE

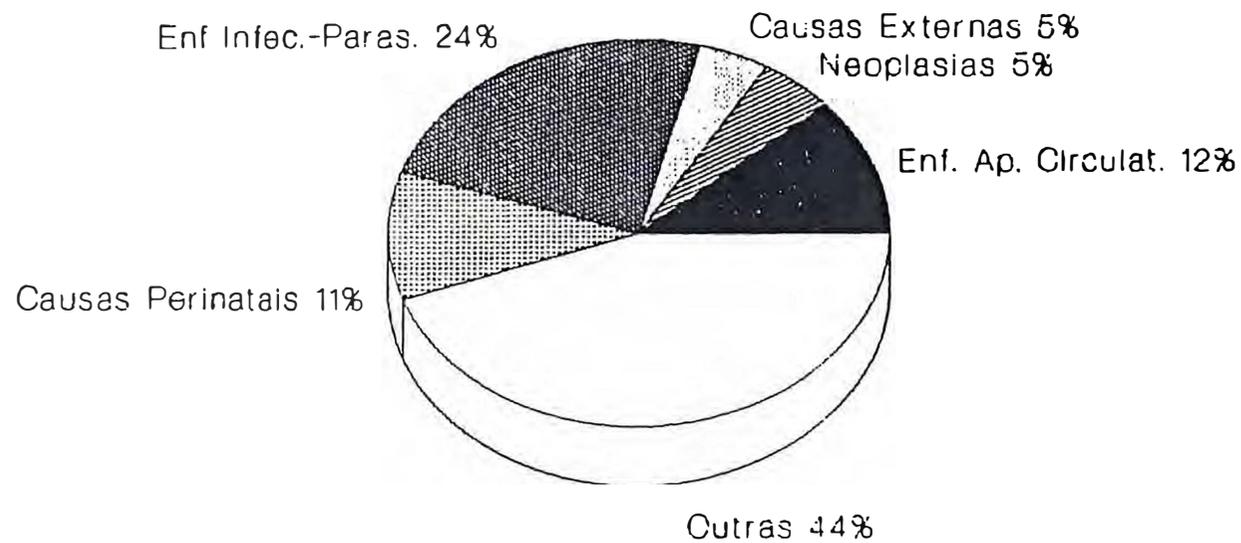
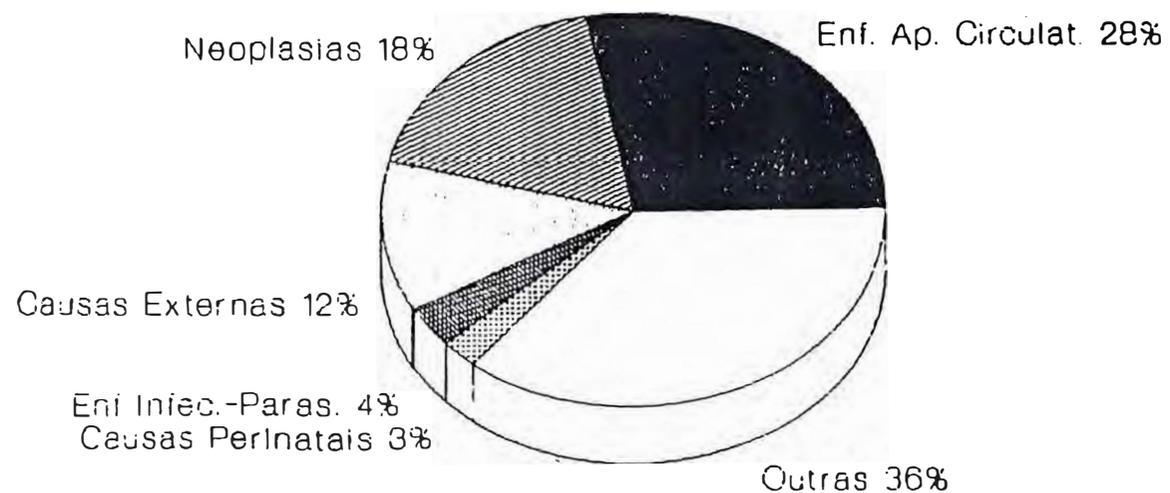


Gráfico 23

CHILE: 1988

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE



Região Metropolitana de Santiago (8,5%) pode ser considerada alta no conjunto do país.

Tabela 31
Taxas de Prevalência de Desnutrição em Crianças com até 5 Anos de Idade - Chile: 1980/86
(Em %)

Anos de Refer.	Porcentagem de Crianças Desnutridas				
	0 a 5	6 a 12	12 a 24	2 a 5	Total
	Meses	Meses	Meses	Anos	
1980	5,0	11,5	14,3	11,7	11,5
1981	3,9	9,8	12,3	10,1	9,9
1982	3,3	9,4	11,0	8,6	8,8
1983	3,4	10,3	13,4	9,4	9,8
1984	2,9	8,9	10,8	8,4	8,4
1985	3,0	7,7	10,7	8,0	8,0
1986	3,1	8,2	11,4	8,4	8,5

Fonte: LOIS, E. M., op.cit.

A melhoria das condições de saúde no Chile deriva ainda da correção de alguns riscos ambientais que vêm sendo observados satisfatoriamente. Entre 1965 e 1985 o percentual de domicílios servidos por água potável nas áreas urbanas aumentou de 52 para 94%. A participação dos domicílios urbanos servidos por formas adequadas de esgotamento sanitário entre o total de domicílios aumentou de 24 para 78%. Estes valores são mais adequados do que os existentes na maioria dos países latino-americanos, inclusive o Brasil.

No entanto, se intensificam no país os efeitos negativos provocados pelo aumento da poluição atmosférica na Região Metropolitana de Santiago, o que vem acarretando incrementos na incidência de doenças do aparelho respiratório, particularmente na periferia.

5.2. A Evolução da Capacidade Instalada

Nos últimos 20 anos, a capacidade instalada do setor hospitalar no Chile tem passado por um processo de crescimento de leitos no setor privado, associado à estagnação relativa de leitos no setor público. A Tabela 32 mostra que entre 1970 e 1989 o número de leitos hospitalares privados aumenta mais de quatro vezes, ao lado de um processo de estagnação e ligeiro decréscimo no número de leitos do setor público hospitalar.

Tabela 32
Leitos Hospitalares e Taxas de Ocupação -
Chile: 1970/88

Anos	Número de Leitos e Taxas de Ocupação					Leitor por 1.000 Hab.
	Total	Públicos		Privados		
		Nº	Tx. de Ocup. (%)	Nº	Tx. de Ocup. (%)	
1970	35932	33611	78,5	2321	73,3	3,8
1980	37967	33879	76,1	4088	67,7	3,4
1985	42224	33435	75,2	8789	64,5	3,5
1989	43049	32850	75,9	10199	66,6	3,3

Fonte: Chile, Ministerio de Salud.

Mesmo assim, vale destacar que, em 1989, somente 23,7% dos leitos no Chile pertenciam ao setor privado. Isto faz com que o setor público ainda seja um dos principais fornecedores de facilidades hospitalares, inclusive para o sistema de Isapre.

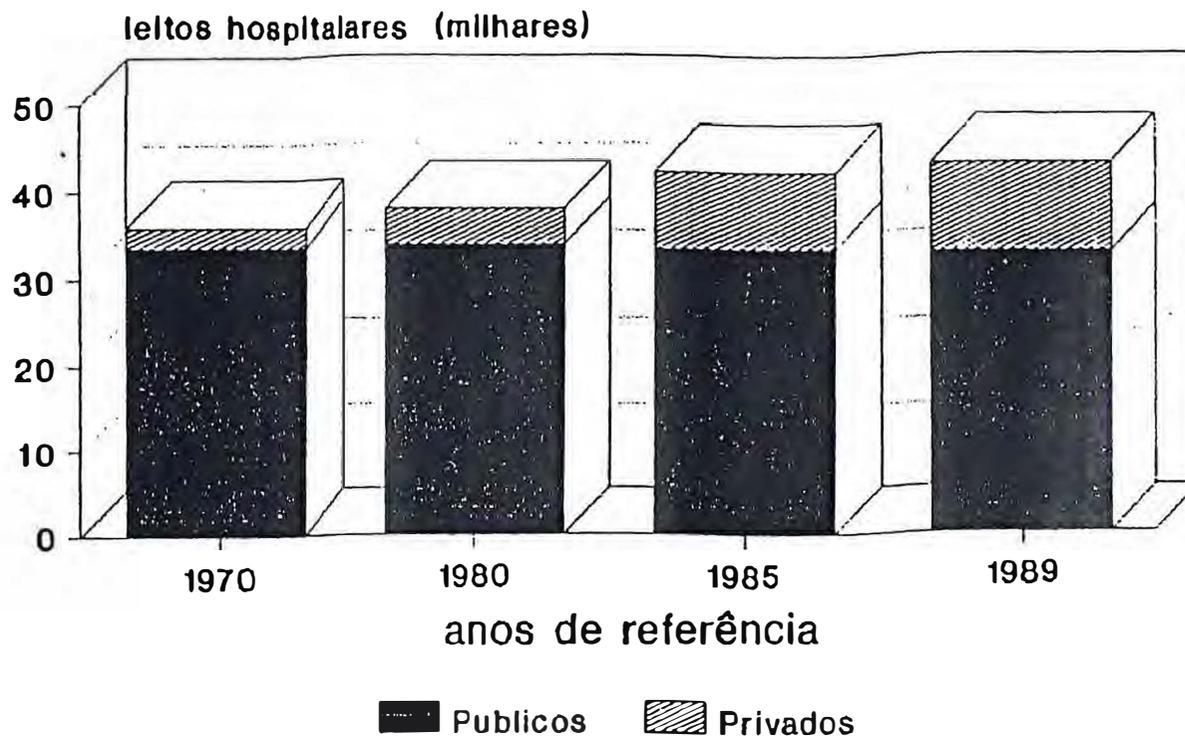
No Brasil, ocorre o contrário, ou seja, 78% dos leitos pertencem ao setor privado, o que faz do Inamps - órgão responsável pela assistência médica - não um vendedor, mas sim um grande comprador de serviços.

A razão representada pelo número de leitos por mil habitantes é maior no Brasil do que no Chile. Neste país, ela caiu de 3,8 para 3,3%, entre 1970 e 1989, indicando um possível movimento de "ambulatorização" da atenção médica. O número de leitos por mil habitantes no Brasil, mesmo sendo maior do que o existente no Chile, também se encontra em queda, passando de 4,2 para 3,8% por mil habitantes entre 1981 e 1986. Vale dizer que não existem no Chile grandes discrepâncias regionais na razão leitos por mil habitantes, enquanto no Brasil existem regiões totalmente desprovidas de leitos hospitalares.

Gráfico 24

CHILE: 1970-1989

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS



No entanto, alguns segmentos sociais reclamam a necessidade de realizar investimentos na ampliação da capacidade hospitalar chilena, especialmente no setor público, dado que no setor privado tem ocorrido forte aumento de capacidade instalada, como demonstra a Tabela 33. Mesmo assim, as taxas de ocupação de leitos encontram-se em franco declínio no Chile.

Outra forma de observar a dimensão da capacidade instalada do setor saúde no Chile é através da evolução do número de hospitais e ambulatorios, como mostra a Tabela 34. Entre 1950 e 1955, o número de hospitais no Chile passou de 224 para 300, reduzindo-se para 202 entre 1965 e 1988. Em compensação, o número de postos de saúde passou de 719 para 1034 entre 1974 e 1988. Isso mostra outra face do movimento de ambulatorização da atenção médica no Chile.

Tabelas 33

Composição Percentual do Número de Leitos Hospitalares - Chile: 1970/89

Anos	Total	Públicos	Privados
1970	100,00	93,54	6,46
1980	100,00	89,23	10,67
1985	100,00	79,18	20,82
1989	100,00	76,31	23,69
Taxa de Crescimento Geométrica Anual (1970/89)	0,62	-0,08	5,24

Fonte: Chile, Ministerio de Salud.

Tabela 34

Evolução do Número de Estabelecimentos de Saúde - Chile: 1950/88

Natureza dos Estabelecimentos	1950	1960	1965	1974	1986	1988
Hospitais	224	242	300	232	202	202
Postos de Saúde	-	-	-	719	997	1034

Fonte: Chile, Ministerio de Salud.

5.3. Alguns Indicadores de Atenção Médica

Os indicadores que podem demonstrar a cobertura e a qualidade da atenção médica no Chile podem ser vistos a partir de áreas específicas de cobertura. Entre 1965 e 1985, a quantidade de partos realizados em estabelecimentos apropriados aumentou de 74 para 97%. Em nenhuma das regiões do país foi encontrada, no ano de 1985, uma taxa inferior a 90% neste indicador.

Em 1984, a cobertura vacinal de crianças com menos de um ano foi a mais alta da América Latina (com exceção de Cuba, cujos dados não foram encontrados) no que diz respeito às vacinas tríplice (89%), de sarampo (91%) e de tuberculose (90%).

Os parâmetros relacionados à cobertura e consumo **per capita** de alguns serviços de saúde podem ser observados na Tabela 35.

Tabela 35
Demanda por Atenção à Saúde por Modalidade Institucional - Chile: 1985

Indicadores	Modalidade Institucional			
	S.N.S.S. ¹	Fonasa ²	Isapres ³	Total
População coberta ⁴	8,2	2,3	1,5	12,0
Consultas p/hab.ano	2,5	1,9	2,1	2,3
Exames p/hab.ano	2,1	1,4	2,0	1,8
Cirurgias	0,103	0,127	0,289	0,123

Fonte: LOIS, E. M., *op. cit.*

¹Sistema Nacional de Serviços de Saúde - Sistema Público, Universal e Descentralizado;

²Sistema Público de Livre-Escolha - Restrito a trabalhadores de maior renda;

³Sistema Privado de Livre-Escolha - Restrito a trabalhadores de maior renda;

⁴Em milhões de pessoas de 1988.

Observa-se que em 1988, 68,3% da população estavam cobertos pelos sistemas públicos universais e descentralizados. Os restantes 31,7% tinham acesso aos sistemas públicos e privados de livre escolha, onde era possível obter uma atenção mais rápida e de melhor qualidade, com um co-financiamento da atenção por parte do usuário.

Dado que o pagamento adicional, para as modalidades de livre escolha funciona como fator moderador da atenção médica, é natural que o número de consultas por habitante/ano nessas modalidades (1,9 no Fonasa e 2,1 nas Isapre) seja inferior ao oferecido na modalidade pública universal (2,5), onde não existe moderação da demanda. O mesmo acontece com os exames, embora não ocorra com as internações para fins de cirurgia, onde o sistema de livre-escolha permite maior (e melhor) acesso e qualidade.

Os diferenciais entre estes três sistemas de saúde podem ser visualizados quanto à natureza dos procedimentos adotados. Tomando-se como exemplo os partos, verifica-se que a proporção de cesarianas realizadas no SNSS é de 34%, enquanto que entre os beneficiários do Fonasa livre escolha e das Isapre, esses percentuais são de 66 e 55%.

Com relação aos exames feitos, verifica-se que somente 8,5% destes são realizados através de equipamentos de imagem nos beneficiários do SNSS, enquanto que entre os beneficiários dos sistemas de livre-escolha esses percentuais são de 12,7% (Fonasa) e 22,7% (Isapre).

Assim, tudo indica que, além de buscar uma atenção médica diferenciada, os beneficiários dos sistemas de livre escolha estão mais sujeitos ao uso de tecnologia de diagnóstico e cirurgias, até mesmo para os casos mais simples, como partos. Certamente que deve existir espaço para reduzir custos e aumentar a satisfação do cliente, mesmo reduzindo os custos com tecnologias de diagnóstico e cirurgias.

Outra forma de demonstrar a melhoria de eficiência do sistema de saúde no Chile pode ser vista pelo aumento do número de consultas, no período 1965/86 (Tabela 36).

Observa-se que tanto em termos de consultas para adultos (clínica geral), como para crianças (pediátricas) e mães (ginecológicas e obstétricas) ocorre um aumento generalizado de cobertura e atenção.

Tabela 36
Consultas Médicas por Habitante/Ano - Chile: 1965/85

Anos	Consultas Médicas			
	Total	Adultos	Crianças	Mães
1965	1,66	1,37	1,87	0,23
1970	1,64	1,47	1,67	0,41
1975	1,64	1,30	1,92	0,57
1980	2,06	1,62	2,45	0,74
1985	2,56	1,89	3,49	0,82

Fonte: LOIS, E. M., *op.cit.*

Sendo assim, todos esses indicadores são suficientes para demonstrar que, embora apresente problemas, a solução chilena no campo da atenção médica tem trazido uma efetiva melhoria, não só das condições de saúde, como também da cobertura. Restaria saber qual o custo adicional que este sistema representa para a sociedade chilena.

5.4. Financiamento Global do Sistema de Saúde

Entre 1981 e 1988 observa-se um rápido crescimento dos gastos em saúde como percentagem do PIB, os quais passam de 2,93 para 3,34%, conforme mostra a Tabela 37. Tal performance está associada a uma redução do gasto público (de 2,93 para 2,40% do PIB), enquanto resultado do processo de municipalização, da privatização e da racionalização do setor público, e do aumento do gasto privado a cargo das Isapre, que já chegavam a quase 1% do PIB em 1988.

Tabelas 37
Gasto em Saúde como Percentagem do PIB - Chile: 1981/88

Anos	Gasto Público	Cotiz. Isapre	Total
1981	2,93	-	2,93
1982	3,56	0,10	3,66
1983	2,94	0,20	3,14
1984	2,88	0,31	3,19
1985	2,65	0,41	3,06
1986	2,53	0,61	3,14
1987	2,33	0,79	3,12
1988	2,40	0,94	3,34

Fonte: Fonasa.

A Tabela 38 mostra a evolução dos recursos gastos, em milhões de dólares correntes, em cada um dos três sistemas. Verifica-se que, embora os gastos de 1988 sejam, em termos nominais, inferiores aos de 1981, eles vêm aumentando sistematicamente desde 1985.

A Tabela 39 mostra a composição percentual dos gastos de cada um dos sistemas de saúde existentes. Verifica-se que, em 1988, os gastos das Isapre já chegavam a 38% do total das despesas com saúde no Chile, ao lado de uma redução da participação relativa dos outros dois subsistemas.

Tabela 38
Estimativa dos Gastos em Saúde
(Estatal e Isapre) - Chile: 1981/88
(Em US\$ milhões correntes)

Anos	SNSS	Fonasa Livre Escolha	Isapre	Total
1981	636,6	225,8	2,5	864,9
1982	550,4	188,7	25,1	764,2
1983	393,2	153,9	40,3	587,4
1984	360,5	123,1	90,7	574,3
1985	277,9	93,6	85,5	457,0
1986	279,4	90,7	138,0	508,1
1987	307,3	71,2	204,8	583,3
1988	361,5	87,0	271,9	720,4

Fonte: Fonasa.

Tabela 39
Estimativa dos Gastos em Saúde
(Estatal e Isapre) - Chile: 1981/89
(Participação Percentual)

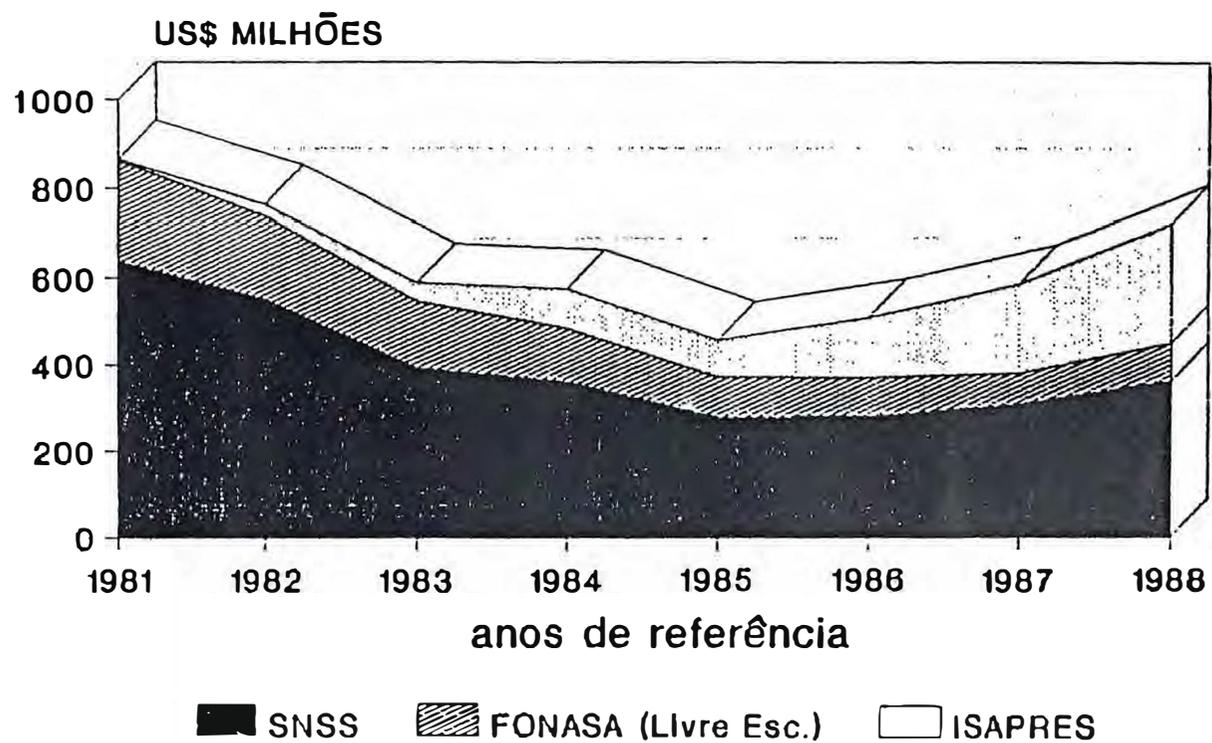
Anos	SNSS	Fonasa Livre Escolha	Isapre	Total
1981	73,6	26,1	0,3	100,0
1982	72,0	24,7	3,3	100,0
1983	68,2	24,8	7,0	100,0
1984	62,8	21,4	15,8	100,0
1985	60,8	20,5	18,7	100,0
1986	55,0	17,9	27,2	100,0
1987	52,7	12,2	35,1	100,0
1988	50,2	12,1	37,8	100,0

Fonte: Fonasa.

Gráfico 25

CHILE: 1981-1988

GASTO EM SAÚDE POR FONTE



(EM US\$ MILHÕES CORRENTES)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reformas do sistema de seguridade social no Chile, inclusive do sistema de saúde, foram incrementadas, em grande medida, pela facilidade encontrada no sentido de anular as pressões contrárias que poderiam advir de **lobbies** organizados e grupos de interesses corporativos, sempre existentes em regimes democráticos marcados por grande estratificação social, como ocorre na maioria das sociedades latino-americanas.

Mas dizer que tais reformas só foram possíveis em função das facilidades encontradas por um regime ditatorial não é uma resposta completa. A principal instituição federal de Planejamento no Chile a Odeplan - teve um papel-chave no diagnóstico, concepção e aplicação das medidas de reforma no campo social. Concepções ideológicas sobre o papel subsidiário do Estado e sobre a necessidade de reconcentrar os gastos de saúde do Governo entre as populações mais pobres foram as bases do delineamento dessas reformas.

Isto não significa que não tenham existido resistências da antiga burocracia do Ministério da Saúde em assimilar o corpo doutrinário das reformas, além das dificuldades de relacionamento com a nova equipe contratada pelo Governo. Mesmo assim, as reformas tiveram continuidade, inclusive, na primeira metade dos anos 80, quando os fatores conjunturais associados à crise do Governo eram somados às pressões dos grupos de interesses contrários às reformas.

A descentralização dos sistemas de saúde, por exemplo, em que pesem as resistências do "Colégio Médico" do Chile, que temia perder sua capacidade de aglutinação gremial, foram imprescindíveis para criar um sistema de saúde de base local, socialmente solidário e de cobertura universal.

O treinamento de equipes de trabalho em várias disciplinas úteis para o bom andamento da reforma teve papel fundamental. Muitos dos técnicos treinados passaram a ocupar postos-chave, ao nível regional, garantindo o êxito da descentralização e dos novos critérios de financiamento dos sistemas locais de saúde.

As reformas tiveram ainda, como forte ponto de apoio, a criação de bons instrumentos de diagnóstico, como é o caso do "mapa de extrema pobreza", elaborado pela Pontifícia Universidade Católica do Chile, em 1975, que possibilitou classificar as famílias por áreas geográficas, segundo distintos indicadores sociais, econômicos e demográficos. Com base nestes dados e com

apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento, foi elaborado um plano de atenção primária de saúde, que resultou na construção de centros e postos de saúde nas regiões mais carentes do país.

O sistema de controle do peso e do crescimento de crianças e gestantes, conhecido como "Registro Mensal Consolidado", utilizado sistematicamente a partir de 1975, tem sido um instrumento indispensável para a detecção e monitoramento da desnutrição, através do acompanhamento dos grupos de maior risco e da adoção de medidas corretivas, inclusive como ajuda para a fixação de dotações orçamentárias nas esferas descentralizadas de Governo.

Outra ferramenta importante é o sistema de informação social, que se iniciou em 1978, o qual tem se convertido como um instrumento-chave para coordenar a rede de ações no campo da política social do país. Tais informações são coletadas ao nível municipal e todo chefe de família tem um registro único no sistema, denominado **Rol Único Tributario**. Os programas de habitação, desemprego e assistência social são implementados com base nos dados desse sistema. Outros instrumentos, como pesquisas de caracterização sócio-econômica nacional (Casen) e as provas de rendimento escolar permitem controlar e monitorar a qualidade dos programas sociais e, neste último caso, da educação.

Todos esses sistemas de informação são custosos, porém imprescindíveis em qualquer estratégia que venha a dotar a focalização dos programas como filosofia para alcançar a equidade social. Sendo assim, foram importantes precondições para o êxito das reformas que se operaram no sistema de saúde chileno:

- a) a criação de um forte sistema de informações de natureza social, de base regional, cuja unidade de observação é a família e suas condições materiais de existência;
- b) a promoção rápida de uma "massa crítica" de pessoas que se sentiram comprometidas com as reformas, sendo capazes de apoiar o processo em diferentes âmbitos;
- c) a espera do tempo necessário para as transformações institucionais requeridas pelo processo de mudança, o que é difícil num regime democrático, que se move em função de interesses imediatos, atrelados a fins eleitorais e com forte oposição dos grupos de interesse contrários ao projeto;

d) a necessidade de fundos de investimento, o que no caso do Chile foi propiciado pelo apoio de organismos internacionais, como o BID;

e) a vinculação entre o volume de recursos de financiamento e a responsabilidade pela gestão dos recursos, através de mecanismos de descentralização administrativa e de gestão por resultados;

f) a orientação dos gastos para os mais pobres e a busca pela maior participação financeira dos usuários com mais recursos no consumo de serviços que necessitam.

No entanto, quanto às conseqüências deste tipo de receituário de reforma, pode-se dizer que elas:

a) necessitam de transformações radicais no papel do governo central;

b) exigem, no início de sua implantação, altos custos fiscais e requerem grande compromisso e trabalho ininterrupto através de anos, antes que sejam colhidos os frutos;

c) criam desavenças com poderosos grupos de interesse que, pelo seu poder político, poderiam até inviabilizá-las;

d) a recompensa política pode ser pequena, dado que privilegiar os mais pobres, que em geral são os grupos politicamente menos ativos, pode trazer crises de legitimidade.

Algumas das reformas dos anos 70 e 80 tiveram por objetivo melhorar o acesso e a qualidade dos programas de saúde, através da focalização de clientela carentes, especialmente nos segmentos mais vulneráveis, como crianças e mães. A eficiência do sistema melhorou, não apenas pelas mudanças verificadas na estrutura de incentivos para os prestadores públicos de serviços de saúde (sistema de faturamento por atenção prestada - FAP/Fapem), mas também pela intensificação do papel do setor privado na prestação de serviços.

A introdução dos novos mecanismos de pagamento ao setor público descentralizado tem tido resultados positivos e negativos, mas o mais importante foi mudar a forma de operação do sistema público, que agora se orienta em direção à produtividade e à qualidade.

Todavia, a administração dos hospitais do sistema público segue tendo problemas, dado que a gerência não tem controle sobre os gastos de pessoal. Estes

representam cerca de 53% do orçamento total do setor. A estrutura de pessoal é fixada por lei e os empregos de alguns profissionais como os médicos é estável, não sendo controlados diretamente pelos gerentes hospitalares. Isso tem criado dificuldades para melhoria de qualidade do setor público hospitalar, o que se verifica mesmo depois da vigência do sistema FAP/Fapem.

Por outro lado, o sistema FAP/Fapem, ao trabalhar com uma única tabela de remuneração para todas as regiões, não considera as desigualdades urbano-rurais, o que acarreta possíveis discriminações quanto à qualidade e à quantidade dos serviços em regiões cujos custos são mais elevados, em função da inexistência de efeitos derivados de deseconomias de escala ou aglomeração.

Quanto ao sistema de livre escolha, tanto o público (Fonasa) quanto o privado (Isapre), existe consenso quanto a sua eficiência e flexibilidade, na medida em que permite aos empregadores combinarem seus sistemas próprios (voluntários) de atenção médica aos trabalhadores com a cotização compulsória de 7%, obtendo planos de saúde superiores aos oferecidos nas modalidades mínimas garantidas pelo Governo.

O grande desafio hoje enfrentado pelo sistema de saúde no Chile, haja vista a rápida redução das taxas de mortalidade infantil, é a intensificação das doenças crônico-degenerativas e dos problemas da terceira idade na estrutura de mortalidade. Tal desafio requer investimentos em infra-estrutura distintos dos realizados nos anos 70 e 80, que se concentraram nos programas de atenção primária. Uma forma de enfrentar estes problemas, já iniciada pelo governo chileno, consiste em introduzir cuidados e campanhas educativas associadas à prevenção secundária, como é o caso do álcool, tabagismo, hipertensão arterial, etc.

Muitos analistas do setor avaliam que a mudança do perfil de saúde no Chile requer investimentos em tecnologia médica hoje não disponíveis, além de representarem, num futuro não muito distante, uma "explosão de custos" que poderá afetar as condições de ingresso de boa parte da população no sistema de livre escolha, trazendo sobrecargas adicionais ao SNSS.

Outros associam a explosão de custos à própria criação do sistema Isapre, na medida em que esse sistema rompeu o poder monopsônico do setor público em controlar os preços dos serviços de saúde. A criação do sistema Isapre, nesta visão, trouxe uma modificação estrutural no sistema, pois a concorrência entre as Isapre fortalece o poder dos grêmios médicos em elevar os

preços das tabelas de serviços. Esse fato seria mais grave quando se observa o forte crescimento do volume de gastos das Isapre *vis à vis* a estagnação dos gastos do sistema público (SNSS).

Pode-se dizer que a elevação dos custos tem feito com que o sistema Isapre não tenha conseguido elevar suas metas de cobertura nos anos mais recentes. Entre o segundo trimestre de 1989 e o 1º trimestre de 1991, o número de consultas médias por beneficiário/ano das Isapre caiu de quatro para três. A elevação dos custos, na visão de muitos, tem atuado como fator moderador da demanda, sem que o sistema tenha atingido sua plenitude, em termos de cobertura e qualidade.

Sendo assim, uma das propostas discutidas atualmente no Chile refere-se ao estabelecimento de um subsídio à demanda, o qual consistiria em fornecer a cada habitante um valor *per capita*, financiado através de recolhimento de impostos gerais e contribuições específicas. Este valor poderia ser utilizado pelos indivíduos para comprar planos de saúde (públicos ou privados) e complementar a diferença com recursos adicionais, sempre que desejar uma atenção médica mais sofisticada.

Esta proposta, defendida, entre outros, pelo Diretor da **Escuela de Salud Publica de Universidad de Chile**, Dr. Ernesto Medina Lois, está baseada na convicção de que as Isapre com fins lucrativos funcionam com base no princípio errôneo de considerar contratos baseados no risco individual. Este sistema, segundo esse grupo, não funciona adequadamente, na medida em que gera a exclusão dos pobres, dos velhos e dos doentes crônicos do sistema.

De qualquer forma, a solução chilena pode não ser a mais adequada para outros países, como o Brasil. No entanto, deve ser encarada como um caminho para alcançar a equidade que é distinto do representado pelas tradicionais formas de promoção da universalização na América Latina, as quais se caracterizam pela inadequação dos diagnósticos, pela ineficácia das estratégias, pela demagogia das promessas e pela subordinação dos meios aos interesses das corporações. Reduzir a experiência chilena recente no campo da saúde a um simples programa de "privatização" da atenção médica é totalmente equivocado, dado que a tônica da Reforma concentrou-se nas transformações verificadas no setor público, tanto no campo da qualidade como na descentralização e extensão da cobertura do sistema.

BIBLIOGRAFIA

- ACEVEDO, X. Es Posible la Aplicación de un Subsidio a la Demanda? *Revista Administración en Salud*, Ed. Programa Interfacultades em Administración de Salud, Universidad de Chile, Año V, 1991.
- ASOCIACION DE ISAPRE A. G. *Informe 1989*, Santiago, 1989
- _____. *Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile*. Ed. Asociacion de Isapres A. G., Santiago de Chile, abril de 1990.
- _____. *Informe 1990*, Santiago, 1990.
- _____. *Informe 1991*, Santiago, 1991.
- BANCO CENTRAL DE CHILE. *Boletin Mensual*, Santiago, nº 761, julio 1991.
- CASTANEDA, T. *Para Combatir la Pobreza: Política Social y Descentralización em Chile durante los '80*. Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago, noviembre 1990.
- C.CH.C. MUTUAL DE SEGURIDAD. *Chile: Informe sobre el Sistema de Mutualidades*. Santiago, mimeo., agosto de 1991.
- _____. *Unidas para Servir*. Ed. C. CH.C., 1991.
- _____. *Manual para el Funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad*. Ed. C.CH.C, 1990.
- _____. *Memoria y Balance Anual, 1990*. Ed. C.CH.C., 1990.
- DE LA FUENTE, Gregorio. Isapres; Aquí se ha Hecho Millonario un Grupo de Personas... Entrevista feita ao jornal *El Diáριο*, Santiago, 10 de septiembre de 1991.
- FONDO NACIONAL DE SALUD - FONASA. *Informacion General*. Santiago, 1991, mimeo.
- _____. *Carta a los Profesionales de la Libre Elección*. Santiago, 1990.
- GILI, M., COEYMANS, M. E. & JARA, J. J. Percepción de Calidad de la Atención Médica por Usuarios. In ROMERO, M. I. (org.), *Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud em Chile*. Ed. CPU, Santiago, 1990.

-
- GODWINS CONSULTORES LTDA. **El Sistema de Salud Previsional em Chile.** Santiago, junio, 1990, mimeo.
- JIMENEZ, J. Subsistema Mutual de Seguridad. In ROMERO, M. I., **op. cit.**
- JIMENEZ, J. e GILI, M. Municipalización de la Atención Primaria en Salud. In ROMERO, M. I. **op. cit.**
- LOIS, E. M. **Consensos Controversias sobre Salud Pública y Privada.** "Diário", Santiago, 10 de septiembre de 1991.
- _____ **Indicadores en Salud.** In ROMERO, M. I. (org.) **Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile.** Ed. CPU, Santiago, 1990.
- MEDICI, A. C., OLIVEIRA, F. B., BELTRÃO, K. I. e CAPPELA, P. P. **Relatório sobre a Programação Realizada na Visita ao Sistema de Seguridade Social do Chile.** Rio de Janeiro, set. 1991.
- MIRANDA, E. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno. **Estudios Públicos,** Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago, nº 39, Invierno 1990.
- MOYA, C. A. G. **Nuevo Regimen de Salud: Fonasa e Isapres.** Ed. Publiley.
- REPUBLICA DE CHILE. **Código del Trabajo: Actualización del Apéndice.** Editorial Juridica de Chile, Santiago, junio de 1990.
- _____ Decreto 40 (Ley nº 16.744). Ed. C.CH.C. Mutual de Seguridad, Santiago de Chile, 1991.
- _____ Decreto 54 (Ley nº 16.744). Ed. C.CH.C. Mutual de Seguridad, Santiago de Chile, 1991.
- _____ Ley nº 16.744. Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Santiago de Chile, 1991.
- _____ Decreto nº 173 (Ley nº 16.744). Ed. C.CH.C., Santiago de Chile, 1991.
- _____ Decreto nº 78. Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Mínimas en los Lugares de Trabajo. Ed. C.CH.C., 1991.
- _____ Ministerio de Salud. Ley de Presupuestos para el Año 1991. Santiago, mimeo, 1990.
-

Indicadores Financieros: Sector Salud
Publico 1974-1988. Santiago, mayo 1989.

Superintendencia de Administradoras de
Fondos de Pensiones. **Boletín Estadístico**, Santiago,
nº 104, mayo 1991.

_____. Superintendencia de Instituciones de Salud
Previsional. **Boletín estadístico trimestral del
sistema Isapre**, Santiago, 1º trimestre 1991.

RODRIGUEZ, H. S. Análisis Subsistema Isapres - Período
1981-1989. In ROMERO, M.I., **op. cit.**

ROMERO, M. I. Medición de Calidad de Atención Médica
através de Enfermedades Trazadoras. In ROMERO, M.
I., **op. cit.**

_____. Percepción de Calidad de Atención Médica
por Prestadores Medicos. In ROMERO M. I., **op. cit.**

_____. Evolución de la Atención de Salud en Chile.
In ROMERO, M. I., **op. cit.**

PUBLICAÇÕES DO IPEA (TEXTOS)

1991/1992

TEXTO PARA DISCUSSÃO - TD

- Nº 209 - *A Mulher Cônjuge no Mercado de Trabalho como Estratégia de Geração de Renda Familiar*, Guilherme Luis Sedlacek e Eleonora Cruz Santos, fevereiro 1991, 22 p.
- Nº 210 - *Índices Ponderados de Agregados Monetário para o Brasil*, José W. Rossi e Maria da Conceição Silva, março 1991, 21 p.
- Nº 211 - *Interpretando Variações nos Índices de Theil*, Lauro Ramos, março 1991, 11 p.
- Nº 212 - *O Custo Financeiro Real da Dívida Mobiliária Federal: Mensurações Diretas*, Maria Conceição Silva, abril 1991, 41 p.
- Nº 213 - *Desigualdade de Renda e Crescimento Econômico no Brasil: 1976/85*, Lauro Ramos, abril 1991, 13 p.
- Nº 214 - *Vantagens Comparativas Reveladas, Custo Relativo de Fatores e Intensidade de Recursos Naturais: Resultados para o Brasil*, Marcelo J. B. Nonnenberg, abril 1991, 32 p.
- Nº 215 - *Perspectivas Econômicas do Desflorescimento da Amazônia*, Eustáquio José Reis e Sérgio Margulis, maio 1991, 50 p.
- Nº 216 - *Fontes Exógenas de Aceleração Inflacionária no Brasil entre 1980 e 1985*, Eleyon Caiado R. Lima, maio 1991, 31 p.
- Nº 217 - *Modelo Multissetorial de Consistência*, Ajax R. Bello Moreira, maio 1991, 41 p.
- Nº 218 - *Desafios Modernos para a Educação Básica*, Pedro Demo, Junho 1991, 15 p.
- Nº 219 - *Educação, Desigualdade de Renda e Ciclo Econômico no Brasil*, Lauro Ramos, Julho 1991, 26 p.
- Nº 220 - *Análise das Transformações no Uso de Insumos Modernos na Agricultura Brasileira*, Ismael Carlos de Oliveira, agosto de 1991, 40p.
- Nº 221 - *Condicionalidades do Crescimento da Pecuária Bovina de Corte nos Anos 80*, José Arnaldo F. Gonçalves de Oliveira, agosto de 1991, 24p.
- Nº 222 - *O Processo de Regulamentação da Assistência Social: Avanços e Retrocessos*, Eni Maria Monteiro Barbosa, agosto de 1991, 12p.
- Nº 223 - *A Geografia do Professor Leigo: Situação Atual e Perspectivas*, Angela Maria Rabelo F. Barreto, agosto 1991, 16 p.
- Nº 224 - *Indexação ou Desindexação de Salários? Mito X Realidade*, Marcelo Piancastelli, agosto 1991, 12 p.
- Nº 225 - *Reordenamento Urbano pelo Transporte*, José Alex Sant' Anna, agosto 1991, 12 p.
- Nº 226 - *Modernização Gerencial - A Ante-Sala do Financiamento do Transporte Urbano*, Iêda Maria de Oliveira Lima, agosto 1991, 45 p.
- Nº 227 - *O Desempenho do Governo Brasileiro e do Banco Mundial com Relação à Questão Ambiental do Programa Polonordeste*, Sérgio Margulis, agosto 1991, 64 p.
- Nº 228 - *Employment Structure in Brazil and its Sensitivity to the Current Economic Policy*, Lauro Ramos e Ricardo Paes de Barros, agosto 1991, 32 p.
- Nº 229 - *Recursos para a Agricultura e a Orientação dos Gastos Públicos*, José Garcia Gasquez e Carlos M. Villa Verde, agosto 1991, 27 p.
- Nº 230 - *Privatização no Brasil: Passado, Planos e Perspectivas*, Armando Castelar Pinheiro e Luiz Chrysóstomo de Oliveira Filho, agosto, 1991, 48 p.
- Nº 231 - *Recursos Naturais e Contabilidade Social: A Renda Sustentável da Extração Mineral no Brasil*, Ronaldo Serôa da Motta e Carlos Eduardo Frickman Young, agosto 1991, 19 p.
- Nº 232 - *Liberalização da Economia e Governabilidade*, Hamilton Nonato Marques, setembro, 1991, 60 p.
- Nº 233 - *Atuação do Governo Federal no Transporte Urbano - Porque é Necessária*, Iêda Maria de Oliveira Lima, Lúcia Malnati Panariello e Rosiclé Batista de Arruda, setembro 1991, 14p.
- Nº 234 - *Gestão da Qualidade Total nas Escolas: Um Novo Modelo Gerencial para a Educação*, Antonio Carlos da R. Xavier, setembro 1991, 15 p.
- Nº 235 - *O Financiamento da Educação em Período de Crise - Pontos para Discussão*, Antonio Carlos da R. Xavier, setembro 1991, 16 p.
- Nº 236 - *A Esterilização Feminina no Brasil*, Manuel Augusto Costa, setembro 1991, 28p. + anexos.

- Nº 237 - *Gestão da Qualidade no Setor Público*. José Parente Filho. novembro 1991. 17 p.
- Nº 238 - *Critérios para Geração de Indicadores de Qualidade e Produtividade no Serviço Público*. Luiz Fernando Tironi, Luiz Carlos Eichenberg Silva, Solon Magalhães Vianna e André César Médici. outubro 1991. 15 p.
- Nº 239 - *Plano de Transporte: um mecanismo de avaliação*. Iêda Maria de Oliveira Lima. dezembro 1991. 11 p.
- Nº 240 - *Um Modelo Macroeconômico para o Nível de Atividade: Previsão e Projeções Condicionais*. Ajax Reynaldo Bello Moreira, Elcyon Caiado Rocha Lima e Hélio dos Santos Migon. dezembro 1991. 23 p.
- Nº 241 - *Qualidade, Eficiência e Equidade no Ensino de 1º grau: Elementos para Reflexão e Debate*. Antonio Augusto de Almeida Neto e José Parente Filho. janeiro 1992. 27 p.
- Nº 242 - *Modelo de Fluxo Escolar: Indicadores de Eficiência e Produtividade no Processo de Ensino*. João Lopes de Albuquerque Montenegro. novembro 1991. 18 p.
- Nº 243 - *Despesas Governamentais com Educação: 1986-1990*. Antonio Emílio Sendim Marques. dezembro 1991. 21 p.
- Nº 244 - *Dumping e o MERCOSUL*. Luis Augusto Pereira Souto - Maior. fevereiro 1992. 14 p.
- Nº 245 - *Uma Avaliação dos Investimentos na Infra-Estrutura Rodoviária no Período 1980/1989*. Ruy Silva Pessoa. março 1992. 15 p.
- Nº 246 - *Exportação: Índices Setoriais para o Período 1980/88*. Armando Castelar Pinheiro. março 1992. 25 p.
- Nº 247 - *Liberalização Comercial, Distribuição e Emprego*. Edward J. Amadeo e José Márcio Camargo. maio 1992. 18 p.
- Nº 248 - *Loss in Forest Resource Values Due to Agricultural Land Conversion in Brazil*. Ronaldo Serôa da Motta e Peter Herman May. março 1992. 23 p.
- Nº 249 - *Análise da Estrutura Funcional do Gasto Público no Brasil 1985-1990*. Carlos Mussi, Eduardo Felipe Ohana e José Rildo de Medeiros Guedes. abril 1992. 47 p. + anexos.
- Nº 250 - *Previsões de Séries Econômicas com Modelos Bayesianos Univariados*. Ana Beatriz S. Monteiro, Hélio S. Migon e Ajax R. B. Moreira. abril 1992. 29 p.
- Nº 251 - *Proposta de um Referencial Básico para a Discussão da Seguridade Social*. Francisco Eduardo B. de Oliveira. abril 1992. 28 p.
- Nº 252 - *Considerações sobre o Sucateamento da Rede Pública e Privada de Saúde*. André Cezar Médice e Francisco E. B. de Oliveira. abril 1992. 17 p.
- Nº 253 - *Os Programas de Alimentação e Nutrição para Mães e Crianças no Brasil*. Anna Maria Medeiros Peliano. abril 1992. 22 p.
- Nº 254 - *A Equação da Restrição Orçamentária do Governo: Uma Resenha dos Usos e Interpretações*. José W. Rossi. abril 1992. 48 p.
- Nº 255 - *Setor Público Federal na Brasil: Despesas com Pessoal e Alguns Comentários sobre a Isonomia Salarial*. Eduardo Felipe Ohana, Carlos H. F. Mussi e Ana Lúcia Dezolt. maio 1992. 16 p.
- Nº 256 - *Technological Progress and Diffusion: Decomposing Total Factor Productivity Growth in Brazilian Manufacturing*. Armando Castelar Pinheiro. maio 1992. 40 p.
- Nº 257 - *Indicadores de Competitividade das Exportações: Resultados Setoriais para o Período 1980/88*. Armando Castelar Pinheiro, Ajax Reynaldo Bello Moreira e Maria Helena Horta. maio 1992. 60 p.
- Nº 258 - *Perdas e Serviços Ambientais do Recurso Água para Uso Doméstico*. Ronaldo Serôa da Motta, Ana Paula Fernandes Mendes, Francisco Eduardo Mendes e Carlos Eduardo Firckmann Young. maio 1992. 39 p.
- Nº 259 - *Inflação e Hiato de Produto: Experiências e Sugestões*. Carlos H. F. Mussi e Eduardo Felipe Ohana. maio 1992. 18 p.
- Nº 260 - *Capital Estrangeiro no Brasil: Expectativas Quanto à Reversão de Comportamento*. Dannel Lafetá. maio 1992. 11 p.
- Nº 261 - *As Empresas Estatais e o Programa de Privatização do Governo Collor*. Armando Castelar Pinheiro e Fabio Giambiagi. maio 1992. 62 p.
- Nº 262 - *Experiências Espanholas e Francesas em Programas de Qualidade*. Antônio Carlos da R. Xavier e Luis Fernando Tironi. junho 1992. 18 p.
- Nº 263 - *Indicadores da Qualidade e Produtividade - Um Relatório de Experiências no Setor Público*. Luis Fernando Tironi, Ademair Kyotoshi Sato, Bolívar Pêgo Filho, Jorge Conrado Kosaque, Roberto Sant'Anna Mattos, Ruy Silva Pessoa e Sérgio Francisco Piola. junho 1992. 24 p.
- Nº 264 - *As Políticas de Concorrência (ou Antitruste): Um Panorama da Experiência Mundial e sua Atualidade para o Brasil*. Lúcia Helena Salgado. junho 1992. 44 p.
- Nº 265 - *An Econometric Model of Amazon Deforestation*. Eustáquio J. Reis e Rolando M. Guzmán. junho 1992. 27 p.

Nº 266 - *A Colonização Sustentável da Amazônia*, Anna Luiza Ozorio de Almeida (coord.), Angela Moulin S. Penalva Santos, Adriana Freitas Alves e Maria da Piedade Moraes, julho 1992, 109 p.

Nº 267 - *Efeitos Dinâmicos dos Choques de Oferta e Demanda Agregada sobre o Nível de Atividade Econômica do Brasil*, Elcyon Caiado Rocha Lima, Hélio S. Migon e Hedibert Freitas Lopes, julho 1992, 32 p.

Nº 268 - *Projetos de Irrigação no Vale do Baixo São Francisco*, José Ancelmo de Góis, Maria de Fátima Araújo Paiva e Sônia Maria Goes Tavares, julho 1992, 40 p.

Nº 269 - *A Evolução do Mercosul no Período de Transição: Hipóteses Alternativas e Cenários*, Pedro da Motta, julho 1992, 45 p.

Nº 270 - *Uma Análise dos Investimentos na Infra-Estrutura Rodoviária Federal nos Anos Oitenta*, Ruy Silva Pessoa, junho 1992, 17 p.

Nº 271 - *Flexibilidade e Mercado de Trabalho: Modelos Teóricos e a Experiência dos Países Centrais Durante os Anos 80*, Carlos Alberto Ramos, agosto 1992, 51 p.

RELATÓRIO INTERNO - RI

Nota: Esta série, Relatório Interno, mudou a numeração a partir da reestruturação editorial começando do número 01, em cada Coordenação, a saber

Coordenação de Política Agrícola - CPA

Nº 02/91 - *Mercados Agrícolas, Instabilidade e Condições para uma Regulação Econômica*, Guilherme Costa Delgado, janeiro 1991, 11 p.

Nº 03/91 - *A Reformulação do PROAGO e a Implantação do Seguro Agrícola*, Benedito Rosa do Espírito Santo e José Arnaldo F.G de Oliveira, junho de 1991, 4 p.

Nº 04/91 - *Comportamento Recente do Comércio Exterior Agrícola*, Christine Viveka Guimarães, setembro 1991, 3p. + anexos.

Coordenação de Política Macroeconômica - CPM

Nº 06/91 - *Nota sobre as Contas Públicas no 1º Semestre de 1991*, Paulo Furado de Castro, agosto 1991, 6 p.

Nº 07/91 - *Setor Produtivo Privado: Indicadores Econômico-financeiros*, Paulo Zolhof, novembro 1991, 3 p.

Nº 01/92 - *Saldo da Balança Comercial: Atualização das Projeções e Simulações para o Ano de 1992*, Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, março 1992, 1 p.

Nº 02/92 - *A Política de Juros e o Afluxo de Capitais Externos: Existe um Problema?*, Eduardo Felipe Ohana, abril 1992, 3 p.

Nº 03/92 - *A Capacidade de Pagamento do Setor Público: Um Conceito Operacional*, Eduardo Felipe Ohana, abril 1992, 3 p.

Nº 04/92 - *A Balança Comercial em 1992: Atualização das Previsões e Simulações*, Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, maio 1992, 1 p.

Nº 05/92 - *Atualização das Previsões e Simulação para as Exportações Totais Brasileiras*, Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, junho 1992, 1p.

Nº 06/92 - *A Balança Comercial Brasileira - Atualização das Projeções para o Ano de 1992*, Mary de Melo Souza, junho 1992, 1 p.

Nº 07/92 - *O Saldo Comercial do Brasil em 1992: projeções atualizadas*, Mary de Melo Souza, agosto 1992, 2 p.

Coordenação de Difusão Técnica e Informações - CDTI

Nº 02/91 - *Forecasting with Trading Day Variation, a Seasonal Common Factor, and Variable Costs*, Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, janeiro 1991, 4 p.

Nº 03/91 - *As Importações Brasileiras no Primeiro Bimestre de 1991*, Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, janeiro 1991, 2 p.

Nº 04/91 - *A Estimativa da Receita de Divisas pelo Modelo Função Transferência*, Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, fevereiro 1991, 2 p.

- Nº 05/91 - *Notas sobre Salários, a Indexação e a Livre Negociação*. Luiz Zottmann, abril, 1991. 5p.
- Nº 06/91 - *A Hiperinflação, o Plano Collor e a Modelagem*. Luiz Zottmann, abril, 1991. 2 p. (+ anexos).
- Nº 07/91 - *Indicadores e Antecedentes para as Exportações e Importações Totais Brasileiras*. Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, maio 1991. 11 p.
- Nº 08/91 - *Três Simulações para as Exportações, Importações e Saldo Comercial em 1991*. Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, junho 1991. 1 p.
- Nº 09/91 - *Um Modelo para o Acompanhamento de um Plano de Governo*. Fábio Ribeiro de Abreu e Maurício Soares Bugarim, junho, 1991. 7 p.
- Nº 10/91 - *Exportações, Importações e Saldo da Balança Comercial: Atualização das Pressões para o 2º Semestre de 1991*. Mary de Melo Souza (CPM) e Moyses Tenenblat (CDTD), 1991. 1p.
- Nº 11/91 - *Indicadores Contemporâneos no Índice de Produção Industrial - Indústria Geral (IPIG)/IBGE*. Carlos Henrique Motta Celho e Moyses Tenenblat, agosto 1991, 3p.
- Nº 12/91 - *A Produção Industrial em 1991*. Carlos Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, agosto 1991. 1p.
- Nº 13/91 - *O Saldo da Balança Comercial em 1991: Atualização das Previsões para o Período Agosto-Dezembro*. Moysés Tenenblat e Mary de Melo Souza, agosto 1991. 2p.
- Nº 14/91 - *O Saldo da Balança Comercial em 1991 e Primeiro Trimestre de 1992*. Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, dezembro 1991. 1 p.
- Nº 01/92 - *O Saldo da Balança Comercial: Simulação Preliminar para o Ano de 1992 - Um Sinalizador para a Política Econômica*. Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, janeiro 1992. 1p.
- Nº 02/92 - *O Saldo da Balança Comercial : Análise Retrospectiva e Simulação Preliminar para o Ano de 1992*. Mary de Melo Souza e Moysés Tenenblat, fevereiro 1992. 2p.

Coordenação de Política Social - CPS

- Nº 01/91 - *Informações Demográficas: O Que Tem, o Que se Usa e como se Usa?*. Ana Amélia Camarano, janeiro, 1991. 5p.
- Nº 02/91 - *Dinâmica Demográfica por Nivel de Renda*. Ana Amélia Camarano (IPEA) Kaizô Beltrão (IBGE), março, 1991. 8 p.
- Nº 03/91 - *Aposentadoria por Tempo de Serviço: Unde a Esperança de Vida é Menos Importante*. Ana Amélia Camarano e Kaizô Beltrão, maio 1991, 4 p.
- Nº 04/91 - *O Governo Federal e os 18% do Orçamento para a Educação*. José Amara! Sobrinho, junho 1991. 1 p.
- Nº 05/91 - *Migrações Internas*. Brancolina Ferreira e Margarida M.S. Oliveira, agosto 1991. 4p.
- Nº 06/91 - *Boletim do Mercado de Trabalho em 1990*. Ana Maria de Resende Chagas, agosto 1991. 14p.

Coordenação Regional do Rio de Janeiro - CRRJ

- Nº 01/91 - *Medidas de Desigualdade*. Lauro Ramos e Ricardo Paes de Barros, março 1991, 39 p.
- Nº 02/91 - *Segmentação no Mercado de Trabalho. A Carteira de Trabalho na Construção Civil*. Ricardo Paes de Barros, José Guilherme Almeida Reis e José Santos Rodrigues, março 1991. 24 p.
- Nº 03/91 - *Metodologia para Geração de Indicadores de Produtividade no Âmbito do PBQP*. Magdalena Lizardo Espinal e Armando Castelar, março 1991. 12 p.
- Nº 04/91 - *Uma Proposta Metodológica para Estimativas de Contas Ambientais no Brasil*. Ronaldo Serôa da Motta, abril 1991. 34 p.
- Nº 05/91 - *O Papel da Cor na Inserção do Menor no Mercado de Trabalho Metropolitano Brasileiro*. Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991. 31 p.
- Nº 06/91 - *Consequências do Longo Prazo no Trabalho Precence*. Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991. 15 p.

Nº 07/91 - *Aspectos da Participação dos Menores no Mercado de Trabalho - Brasil 1988*. Ricardo Paes de Barros e Eleonora Cruz Santos, julho 1991, 31 p.

Coodenação de Política Industrial, Tecnologia e Infraestrutura - CPTI

Nº 01/91 - *Metodologia e Cálculo de Indicadores de Mudanças Estruturais no Setor Industrial*, Roberto de Mello Ramos, agosto 1991, 4p.

Diretoria Executiva

Nº 01/92 - *Indústria Automobilística Brasileira: Situação Atual, Perspectivas e Sugestões para sua Reestruturação*, Ruy Quadros de Carvalho, junho 1992, 6 p.

Nº 02/92 - *A Inflação Esperada em 1992: Simulações*, Luiz Zottmann, julho 1992, 5 p.

Diretoria de Pesquisa

Nº 01/92 - *Adam Smith, Gerson e a Cooperação*. Fabio Stefano Erber, junho 1992, 12 p.

CADERNO DE ECONOMIA - CE

Nº 01/91 - *Ciclo Econômico e Força de Trabalho no Brasil Urbano: 1978/1987*, dezembro 1990, 190 p. + apêndice.

Nº 02/91 - *Biotecnologia: Situação Atual e Perspectivas. Resultados Preliminares*. Anna Luiza Ozorio de Almeida (coordenadora), dezembro de 1990, 211 p.

Nº 03/91 - *Produtividade, Custo do Trabalho e Parcela Salarial nos Ciclos Recentes (1976/1985)*, Edward J. Amadeo e Pedro Valls Pereira, dezembro 1990, 84 p.

Nº 04/91 - *IMF Stabilization Plans in Brazil*, Gesner Oliveira, abril de 1991, 20 p.

Nº 05/91 - *Debêntures Conversíveis - Preços de Conversão e seus Reflexos a Acionistas e Debenturistas*. Walter Buiatti, junho 1991, 175 p.

Nº 06/91 - *Emprego, Jornada Média e Custo de Ajustamento da Mão-de-Obra: Um Modelo Teórico e Estimativas para as Indústrias Brasileiras e Paulista*, Marcelo M. Estevão, agosto 1991, 186p.

Nº 07/91 - *A Lei Complementar do Sistema Financeiro Nacional: Subsídios e Sugestões para sua Elaboração*, Guilherme Gomes Dias, José Roberto Rodrigues Afonso, Luiz Carlos Romero Patury e Pedro Püllen Parente, abril 1992, 133 p.

Nº 08/91 - *A Legislação Complementar sobre Finanças Públicas e Orçamentos - Subsídios e Sugestões para sua Elaboração*, José Roberto Rodrigues Afonso e Waldemar Giomi, abril de 1992, 239 p.

Nº 09/91 - *Concentração de Renda e Crescimento Econômico Uma Análise sobre a Década de Setenta*, José Ricardo Tauile e Carlos Eduardo Frickmann Young, setembro 1991, 55p.

Nº 10/91 - *A Competitividade Brasileira no Mercado Internacional de Produtos Agrícolas*, Fernando Homen de Melo, novembro 1991, 88 p.

DOCUMENTO DE POLÍTICA - DP

Nº 02/91 - *O Sistema Financeiro Pós-Brasil Novo: Uma Agenda de Reformas*. Carlos Von Doellinger, janeiro 1991, 12 p.

Nº 03/91 - *O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde*, Solon Magalhães Viana (responsável), abril 1991, 24 p. (+ anexos).

Nº 04/91 - *Eficiência e Eficácia em Políticas Sociais*, Luçiana Jaccoud (organizadora), maio 1991, 22 p.

Nº 05/91 - *Apreciação Crítica da Regulamentação do Sistema Financeiro Nacional*, José Romeu de Vasconcelos, outubro 1991, 9 p.

Nº 06/91 - *A Política de Saúde no Brasil*. André César Médici e Francisco E. B. Oliveira, dezembro 1991, 22p.

Nº 07/92 - *Análise Econômico - Financeira dos Bancos Estaduais*. José Romeu de Vasconcelos e Roberto Shoji Ogasavara, 1992, 19p. +

Nº 08/92 - *As Contribuições Sociais de Empregadores e Trabalhadores: Repercussões sobre o Mercado de Trabalho e Grau de Evasão*. Sandra Cristina F. de Almeida, 1992, 27 p. + anexos.

Nº 10/92 - *A Política Salarial no Governo Collor: Padrões de Negociação entre o Executivo e o Legislativo*. Maria Helena de Castro Santos, Maria das Graças Rua e Carlos R. Pio da Costa Filho, junho 1992, 27 p.

DOCUMENTO AVULSO - DA

Nº 01 - *O Movimento da Produtividade no Japão*, textos selecionados por Dorothea Werneck, abril 1991, 46 p.

Nº 02 - *Estimativas Anuais de População (1980-2010) Regiões Brasileiras Versus Situações de Domicílio*. Ana Amélia Camarano (responsável), maio de 1991, 55 p.

Nota: Série extinta, incorporada à atual série TD. _____

