



Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

RELATÓRIOS TÉCNICOS

ENCE



ESCOLA
NACIONAL
DE CIÊNCIAS
ESTATÍSTICAS

**O SISTEMA DE SAÚDE CHILENO
MITOS E REALIDADES**

**André César Médici – ENCE/IBGE
Francisco E. B. de Oliveira – IPEA
Kaizô Iwakami Beltrão – ENCE/IBGE**

**O SISTEMA DE SAÚDE CHILENO
MITOS E REALIDADES**

**André César Médici – ENCE/IBGE
Francisco E. B. de Oliveira – IPEA
Kaizô Iwakami Beltrão – ENCE/IBGE**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE
ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS – ENCE

RELATÓRIOS TÉCNICOS

Nº 06/92

O SISTEMA DE SAÚDE CHILENO
MITOS E REALIDADES

André César Médici

Francisco E. B. de Oliveira

Kaizô Iwakami Beltrão

Abril/92

GE000 1170 36

IBGE - CDDI/DEDOC
REDE DE BIBLIOTECAS
N.º de Reg. 134
Data: 31.10.92

31 (047 3)

R 382 n

6 / 92

Doe

O SISTEMA DE SAUDE CHILENO:
MITOS E REALIDADES (*)

André Cezar Medici (**)
Francisco E. B. de Oliveira (***)
Kaizô Imakami Beltrão (**)

RIO DE JANEIRO
ABRIL DE 1992

(*) - Relatório Final da Visita feita ao Chile, sob os auspícios do Ministério da Economia do Governo Brasileiro.

(**) - Professores e pesquisadores da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE).

(***)- Técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

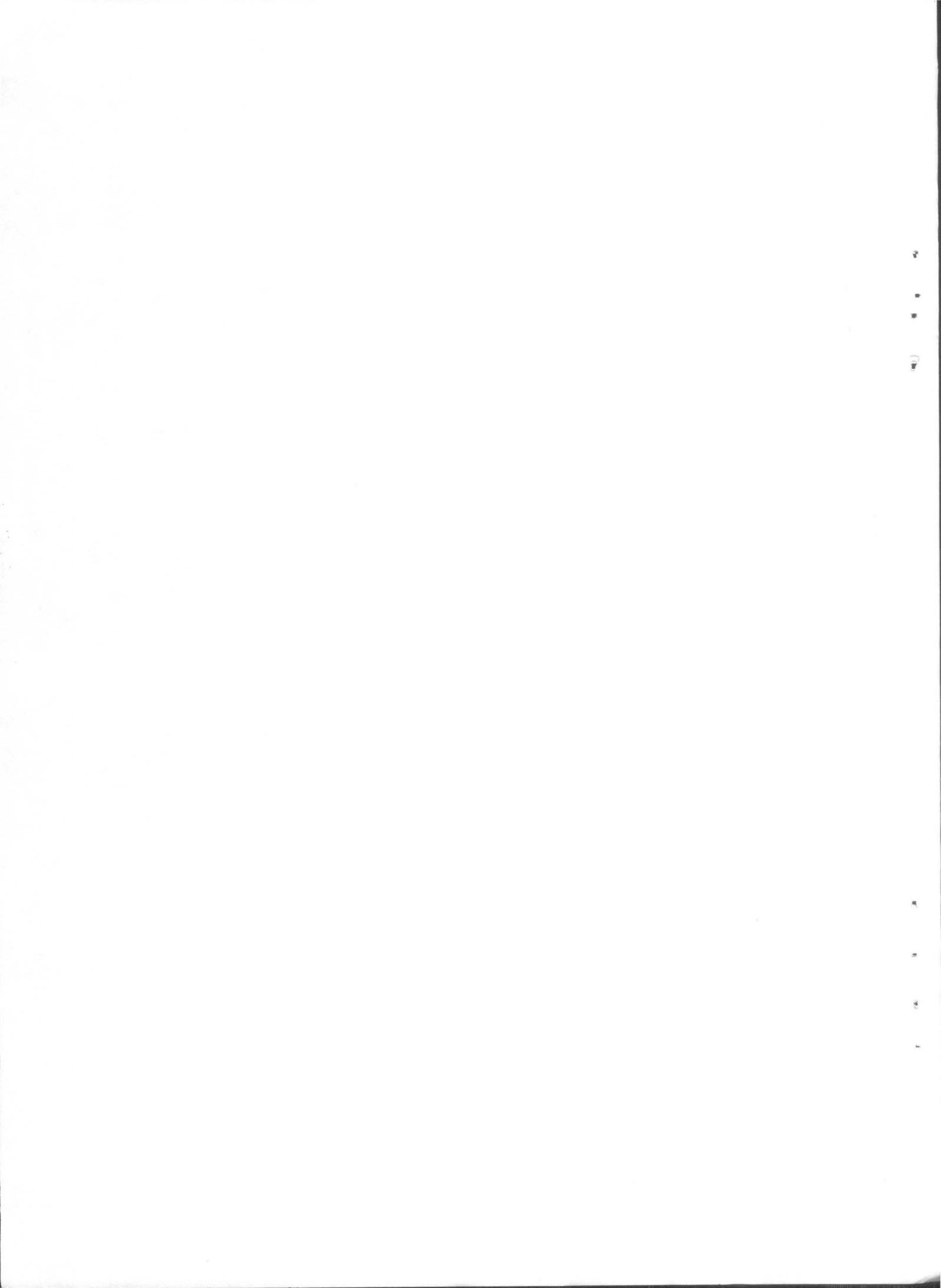


RELATÓRIOS TÉCNICOS DA ENCE/IBGE

Os Relatórios Técnicos da ENCE/IBGE são **preprints** de trabalhos elaborados por professores desta Escola, resultantes, em geral, de projetos desenvolvidos no Laboratório de Estatística ou de consultorias individuais, para atender necessidades de outros órgãos do IBGE, entidades do setor público ou organismos internacionais.

Usualmente, os textos tratam de aplicações da metodologia estatística a questões de interesse econômico, social e demográfico do país. A série, iniciada em 1987, vem a partir de então sendo publicada sistematicamente.

Os números anteriores da coleção podem ser obtidos na Secretaria da Escola Nacional de Ciências Estatísticas, situada à Rua André Cavalcanti 106, 1º andar, CEP 20.231. Bairro de Fátima, Rio de Janeiro (RJ).



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 iniciadas ao longo dos anos oitenta.

Na realização deste trabalho, foi imprescindível a colaboração de várias pessoas. Inicialmente, gostaríamos de agradecer a 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 estadia 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 CONUSULTORES LTDA.; os Drs. Santiago Garcia Salas, Patricio Zeballos Saavedra e Carlos Arroyo Barros, da C.CH.C. Mutual de Seguridad; o Dr. Rene Merino, Presidente da Asociación de ISAPRES, além de representantes de várias destas instituições, o Dr. Hector Sanchez, Diretor da Superintendência de ISAPRES, 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.

SUMARIO

1 - Introdução.....	2
2 - Antecedentes.....	5
2.1 - A Fase Colonial.....	5
2.2 - O Início da Fase Republicana.....	7
3 - As Políticas de Saúde no Antigo Regime de Proteção Social no Chile.....	11
3.1 - Primeira Fase: Dos Anos Vinte aos Anos Quarenta.....	11
3.2 - Dos Anos Cinquenta aos Anos Setenta.....	16
3.3 - Os Sistemas de Cobertura de Riscos para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.....	22
4 - A Saúde no Novo Regime de Proteção Social.....	26
4.1 - A Descentralização como Política Estratégica para a Melhoria da Qualidade dos Serviços.....	30
4.2 - O FONASA e o Sistema Público de Livre-Escolha.....	41
4.2.1 - Funções Básicas e Mecanismos Operacionais.....	41
4.2.2 - Fontes de Financiamento.....	47
4.2.3 - O Sistema de Livre-Escolha.....	53
4.3 - As Instituições de Saúde Previsional.....	57
4.3.1 - Os Tipos de ISAPRES.....	59
4.3.2 - As Condições de Filiação.....	61
4.3.3 - Os Serviços Oferecidos.....	64
4.3.4 - Estrutura Financeira das ISAPRES.....	71
4.3.5 - Estrutura de Mercado das ISAPRES.....	78
4.3.6 - A Reforma no Sistema de Saúde Previsional em 1990.....	82
4.4 - As Mutuais de Seguridade no Novo Regime.....	85
4.4.1 - Evolução dos Marcos Jurídicos do Subsistema de "Mutuales de Seguridad".....	86
4.4.2 - Estrutura e Funcionamento das Mutualidades de Empregadores.....	89
4.4.3 - Financiamento do Sistema.....	92
4.4.4 - Cobertura do Sistema.....	94
4.4.5 - A Estrutura de Serviços de Saúde das Mutualidades.....	96
5 - As Condições de Saúde no Chile: Epidemiologia, Produção de Serviços e Financiamento.....	99
5.1 - Indicadores Demográficos e Epidemiológicos.....	99
5.2 - Evolução da Capacidade Instalada.....	107
5.3 - Alguns Indicadores de Atenção Médica.....	110
5.4 - Financiamento Global do Sistema de Saúde.....	113
6 - Considerações Finais.....	116
Bibliografia.....	124

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos quinze 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 oitenta, 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 oitenta, alcançou taxas nunca antes experimentadas pelo país, numa década onde boa parte dos países latino-americanos mergulhava num mar de inflação e recessão.

No início dos anos oitenta, inicia-se o processo de abertura democrática no Chile, que culminou com as eleições diretas para Presidente da República, ocorridas em 1990. 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, a criação das "Instituciones de Salud Previsional" (ISAPRES), 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 ISAPRES passaram a atender apenas aos estratos populacionais 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 implantando 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, onze anos depois da fundação de Santiago, Don Pedro de Valdivia, representante da Coroa Espanhola naquela cidade criou o primeiro hospital da Colonia, cujo nome passou a ser, anos depois, "San Juan de Dios". Sete anos depois, 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 a criar 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 pese 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 (Beneficiências).

2.2 - O Início da Fase Republicana

Com a independência nacional e a instauração da República no Chile, inaugura-se, a partir de 1832, uma nova fase de controle das instituições de saúde. Esta fase, no entanto, concentrou-se basicamente em dois polos: 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 polos, tem-se, no Governo do Presidente Joaquim 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 da 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 Beneficiencia", 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 Beneficiencia", cujo objetivo era trazer unidade técnica para todos os hospitais e juntas de beneficiencia 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 a 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 polo, 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 haviam sido produzidos, 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 insipiente nestas sociedades.

No entanto, o crescimento urbano, associado aos processos ainda tímidos de industrialização, traziam novas necessidades no campo da proteção a 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 vinte deste século, passando a demandar uma estrutura de atenção médica voltada para o universo de trabalhadores formais e seus dependentes.

3 - AS POLITICAS DE SAUDE NO ANTIGO REGIME DE PROTEÇÃO SOCIAL

3.1 - Primeira Fase: Dos anos vinte aos anos quarenta

Para efeitos 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 4.054, onde é criada a "Caja de Seguro Obrero Obligatorio", instituição que abarcava a cobertura de riscos associados a 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

(1) - A 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.

tipo de modelo de seguro social. Seu mentor foi o parlamentar Dr. Ezequiel González 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 a formação e desenvolvimento de muitas outras Caixas similares. Na década de trinta 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 trinta, em sete Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), 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 Beneficiencia.

(2) - Na 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.

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 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 6174 (Ley de Medicina Preventiva), que tornou obrigatória a realização anual de exames de saúde para todos os trabalhadores.

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

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 a 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 trinta e quarenta, 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, desenvolve-se a partir da "Ley de Seguro Obrero Obligatorio", com a criação de estruturas de assistência médica específicas para conjuntos de trabalhadores. A segunda, voltada para a prevenção e assistência a saúde da população, de forma universal, tinha como base, de um lado, as "beneficiências", 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.

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

As estruturas voltadas para a proteção a 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 "Ministerio 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 dos serviços 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 ele 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 Cinquenta aos Anos Setenta

Entre os anos quarenta e os anos cinquenta, cristalizam-se duas grandes estruturas de assistência médica para o conjunto de 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 cardio-vasculares, além de atenção materno-infantil. Com o tempo, a cobertura desses serviços expandiu-se para outros níveis de assistência médico-cirúrgica.

Cumprе destacar que os filiados ao SERMENA constituíam o que se pode chamar de a "aristocracia" dos

(5) - As "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 ela afiliados.

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 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 1941, na época o Dr. Salvador Allende, presidente do país no início dos anos setenta, 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 Beneficiencias", 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. 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 mais de quase 75% da população, enquanto que o segundo, destinado apenas a aristocracia dos trabalhadores (white collars) se restringia a 20% dos habitantes. Cerca de 5% da população estava coberta 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 para-estatal, participando trabalhadores e empresas da gestão do sistema.

Em 1968, através da lei 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 complementar 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 sessenta e início dos anos setenta, 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 setenta:

TABELA 1
COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELOS SISTEMAS DE SAÚDE
NO CHILE, AO LONGO DOS ANOS SETENTA

NATUREZA DA POPULAÇÃO	PERCENTUAL DE COBERTURA	ORGAO RESPONSÁVEL PELA COBERTURA
TOTAL	100,0	-
EMPREGADOS	20,0	SERMENA
OPERARIOS	50,0	SNS
AUTONOMOS COTIZANTES	7,0	SNS
AUTONOMOS NÃO COTIZANTES	18,0	SNS
OUTROS	5,0	Sistemas 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.

Observa-se que, apesar da cobertura ser aparentemente universal, a contribuição não era. Cerca de 18% da população coberta era composta 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 era composta, em sua maioria, por beneficiários do sistema das Forças Armadas e da Polícia Militar.

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 setenta 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 setenta, 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 quarenta começam a surgir,

por iniciativa das empresas, entidades voltadas a 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 consequências dos acidentes de trabalho.

Em 1968, através da Lei 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 Seguridad 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 fez com que elas continuassem a existir no "Novo Regime de Proteção Social", com as reformas implementadas a partir de 1979.

* * * * *

Ao final dos anos setenta, 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 estava coberta precariamente pelos serviços, embora não contribuísse 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 parte, 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 oitenta.

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 a atenção a 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 a 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 3.500 de 1981) passando posteriormente para 6% (1983) até chegar a 7% (1986). Deixou de existir, por sua vez, 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

CLASSES DE RENDA	NÍVEL DE CO-PARTICIPAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO CONSUMIDO	PERCENTAGEM DA 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 6 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, a 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 as 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 Previsional" (ISAPRES) 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 setenta, 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 6 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 ISAPRES, 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 ISAPRES, 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 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 auto financiar-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, adicionado destes três órgãos, passou a formar o "Sistema Nacional de Serviços de Saúde" (SNS), que engloba, ainda, a nova estrutura descentralizada e regionalizada de funcionamento dos serviços que será analisada a seguir. O quadro A apresenta o organograma da Nova estrutura de saúde no Chile.

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 entidade financeira 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 No. 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 a magnitude da capacidade instalada e a 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 vem 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's), 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 apresentados diversos problemas. Como ocorrem frequentes mudanças tecnológicas nos procedimentos de saúde, não acompanhadas pelas tabelas de remuneração, existem distorções nos preços dos serviços que favorecem a super-produção de determinados procedimentos em detrimento de outros, trazendo sérias implicações quanto a inadequação da oferta ao perfil de demanda por serviços, em cada região.

Em função desses problemas, diversos mecanismos de controle tem sido testados, como o estabelecimento de "cestas integrais de serviços", onde cada estabelecimento seria obrigado a cumprir, num determinado prazo, uma conjunto médio de procedimentos diferenciado regionalmente, com base em comportamentos históricos observados. Tal procedimento, no entanto, traz 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 tem 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's) para as municipalidades (DFL 1-3063 e DL 3.477 e 3.529) (6). Este processo foi feito

(6) - DFL é a abreviatura de "Decreto con Fuerza de Ley" e DL é a abreviatura de Decreto Legislativo.

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 as 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 de 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).

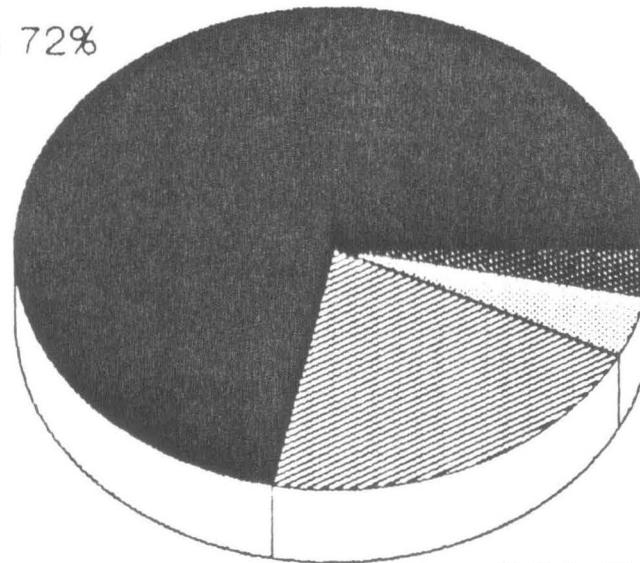
Em contrapartida, os municípios recebiam recursos federais através do processo de "Facturación por Atenciones Prestadas em Municipalidades" (FAPEM). O gráfico 1 mostra a

1 - GASTOS MUNICIPAIS COM SAUDE

FONTES DE FINANCIAMENTO: CHILE - 1985

37-R

RECURSOS FEDERAIS 72%



OUTRAS FONTES 3%
VENDA DE SERVICOS 4

RECURSOS MUNICIPAIS 21%

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 provinham 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 a estrutura de gastos, o gráfico 2 mostra que, em 1985, a maioria dos recursos destinava-se a 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's 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.

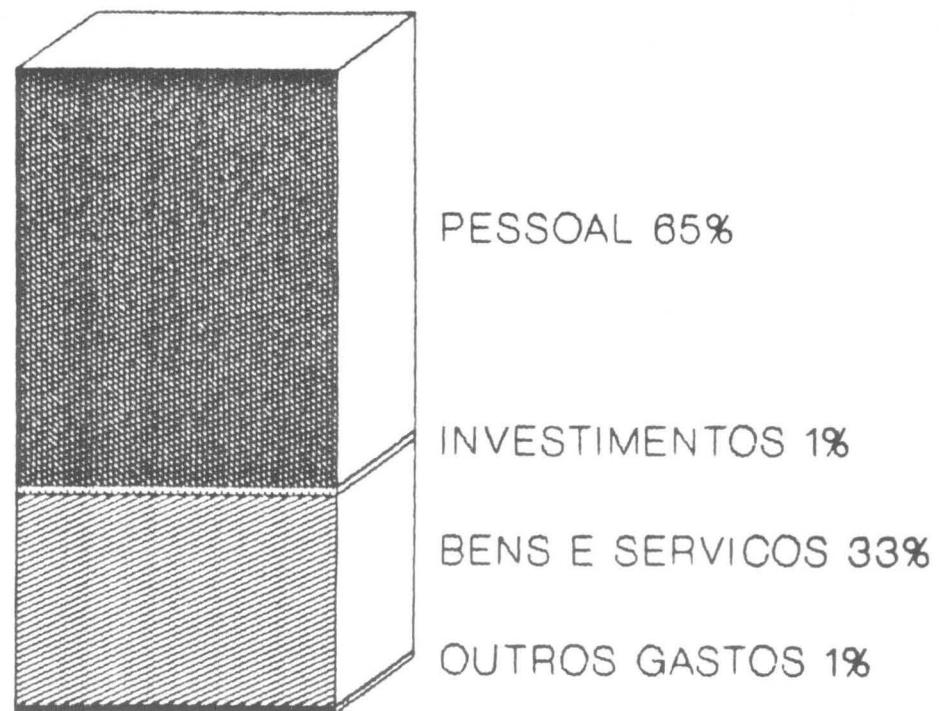
Na verdade esse processo foi lento no período 1982-1986 dado que, com a crise econômica e a implantação dos FAP/FAPEM, a absorção dos CAP's pelos municípios não foi muito atrativa. O processo de transferência se intensifica em 1987, quando a economia chilena retomou o crescimento econômico.

Estudos recentes são capazes de demonstrar que os

2 - CHILE: 1985

GASTOS MUNICIPALES COM SAUDE

38-A



municípios tem efetivamente, desembolsado recursos adicionais para o funcionamento das CAP's, o que era um dos objetivos perseguidos pelo governo ao descentralizar esses serviços. Como era de se esperar, os Municípios mais ricos tem desembolsado mais recursos, aumentando as discrepâncias regionais no que tange a cobertura de atenção primária de saúde.

A municipalização propiciou uma expansão de 45% da capacidade instalada para o atendimento em atenção primária, 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.

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 tem sido mais expressivos nas áreas urbanas do que nas rurais, onde a cobertura não aumentou com tanta intensidade.

TABELA 3
 RESULTADOS DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO
 NA PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS - CHILE: 1982-1985

SERVIÇOS OFERTADOS (1)	ANOS DE REFERENCIA		
	1982	1985	CRESC. (%)
NUMERO 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 GILI, M., "Municipalización de la Atención Primaria en Salud" in ROMERO, M.I., (editor), "Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile", Ed. CPU, Santiago, 1990.

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

(2)-Somente atendimentos na área ginecológica-obstétrica.

Algumas opiniões colhidas junto a estudiosos do sistema FAPEM e das CAP's, 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's, pode-se dizer que a descentralização foi um passo correto na expansão de cobertura e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde destinados a maior parcela da população. Esta foi, sem vias de 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 foi 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 as 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" (SNS);
- c) A Supervisão das "Instituciones de Salud Previsional" (ISAPRES), criadas pelo D.F.L. 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 ISAPRES. 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 ISAPRES tem 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 são de natureza pública. Só nos últimos anos a rede privada tem feito investimentos e aumentado sua rede de serviços hospitalares às custas, 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.

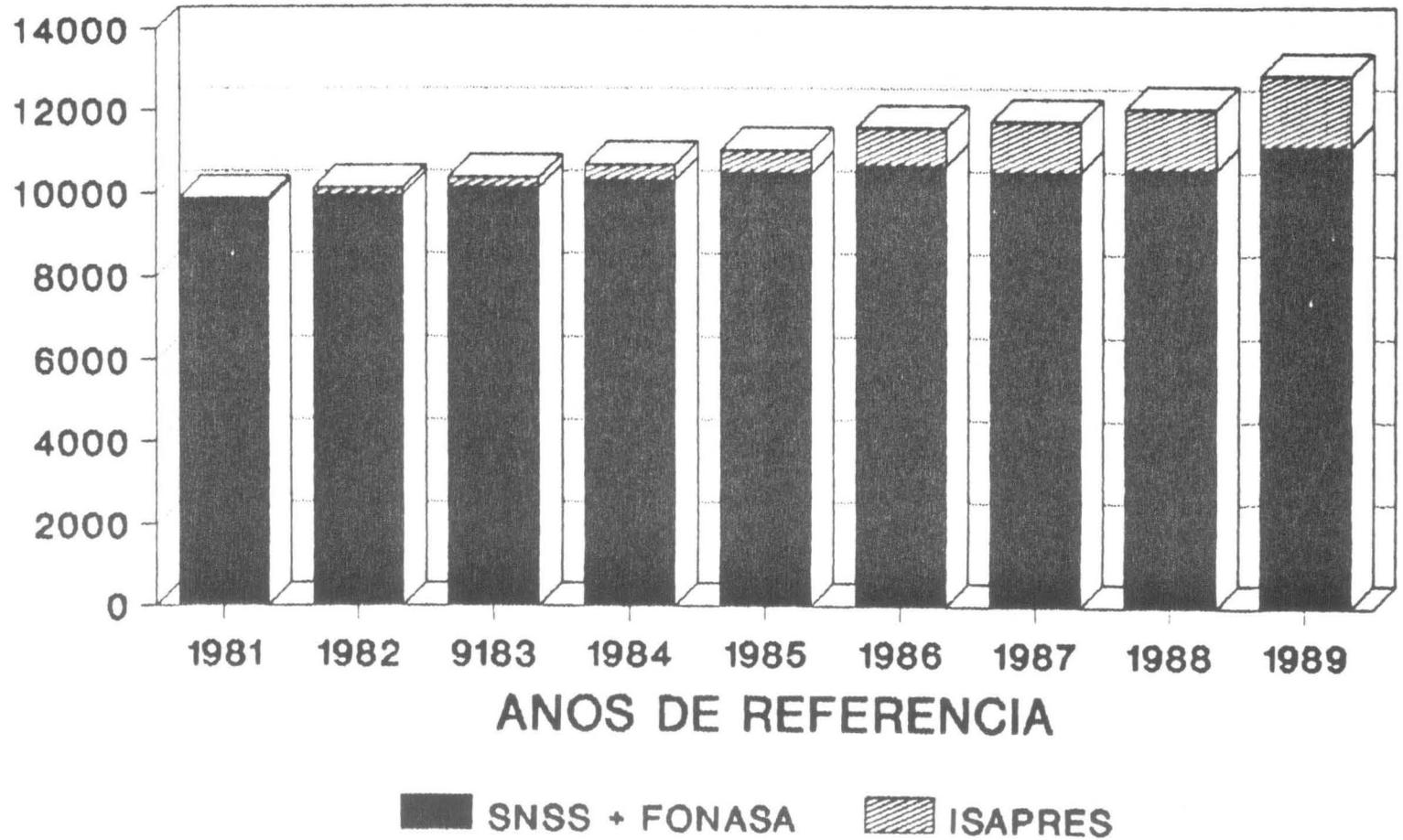
Embora o sistema tenha feito mudanças que vissem a aumentar a magnitude do atendimento privado, através das ISAPRES, pode-se dizer que o FONASA, como órgão executivo do SNSS, ainda é responsável por mais de 80% dos beneficiários do sistema de saúde do país. A tabela 4 e o gráfico 3 mostram a evolução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

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

3 - CHILE: 1981-1989

POPULACAO BENEF. DOS PROG. DE SAUDE

43-A



número de filiados das ISAPRES 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.

TABELA 4
POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
CHILE: 1981-1989

ANOS	POP. TOTAL	POP. BENEF. DO SNSS (1)		POP. BENEF. DAS ISAPRES	
	(100%)	ABS.(1000)	%	ABS.(1000)	%
	(EM 1000 HAB)				
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

(1) - Inclui o sistema de livre-escolha do FONASA

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 isentos 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 a 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 3 milhões, segundo informações relativas a 1991 - tem 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.

TABELA 5
EVOLUÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPAM DO FONASA
CHILE: 1988-1990

CATEGORIAS	ANOS DE REFERENCIA		
	1988	1989	1990
MEDICOS	11.200	11.198	11.592
ENFERMEIRAS	1.670	1.697	1.744
LABORATORISTAS	949	993	1.027
FARMACEUTICOS	137	138	1.653
DENTISTAS	1.499	1.602	1.683

FONTE: "FONASA 1991 - Información General"

A tabela 5 mostra a evolução do número de profissionais de saúde vinculados ao FONASA, segundo a especialidade, entre 1988 e 1989. Observa-se um crescimento absoluto desses profissionais em todas as profissões enumeradas.

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DOS NIVEIS DOS PROFISSIONAIS
QUE PARTICIPAM NO FONASA - CHILE: 1988-1990

NIVEIS	ANOS DE REFERENCIA		
	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"

A tabela 6 mostra a distribuição dos profissionais segundo o nível de preço do serviço, também no período 1988-1990. Verifica-se que ocorre um aumento da 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 a saúde mais barata.

4.2.2 - Fontes de Financiamento

As fontes de recursos administradas pelo FONASA e que compõe o SNSS, provém 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 1975-1988.

TABELA 7
COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO SNSS
CHILE: 1975-1988

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.

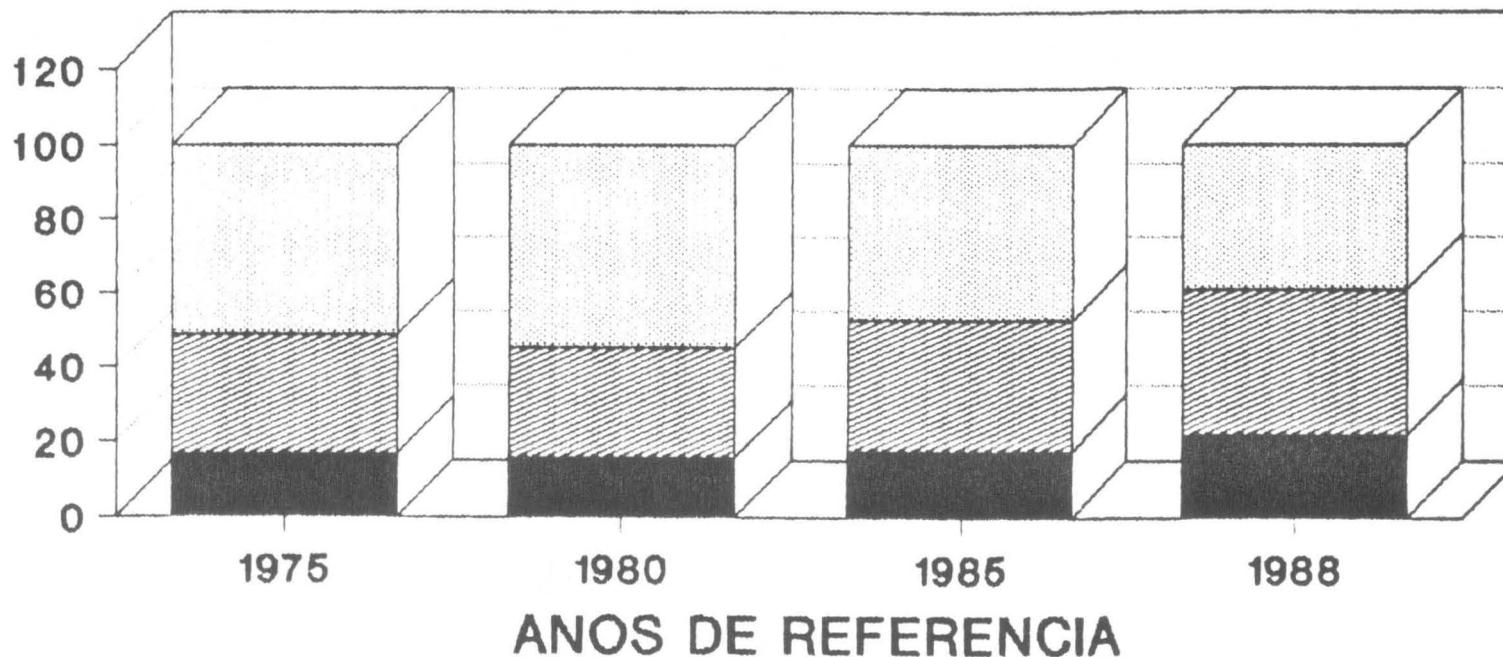
- (1) - Inclui receitas de vendas de serviços, receitas patrimoniais, venda de bônus a pessoas físicas e outras receitas;
- (2) - Inclui contribuição dos trabalhadores, contribuição das empresas para acidentes de trabalho e outras receitas de contribuições;
- (3) - Inclui a contribuição do orçamento 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 aumento 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.

4 - CHILE: 1975-1988

COMPOSICAO DAS RECEITAS DO SNSS

COMPOSICAO DA RECEITA (EM %)



RECEITAS PROPRIAS

REC./ CONTRIBUICOES

APORTES FISCAIS

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE RECEITA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
CHILE: 1974-1988
 (Em US\$ milhões de 1986)

ANOS	FONTES DE RECEITA			
	RECEITAS PROPRIAS (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

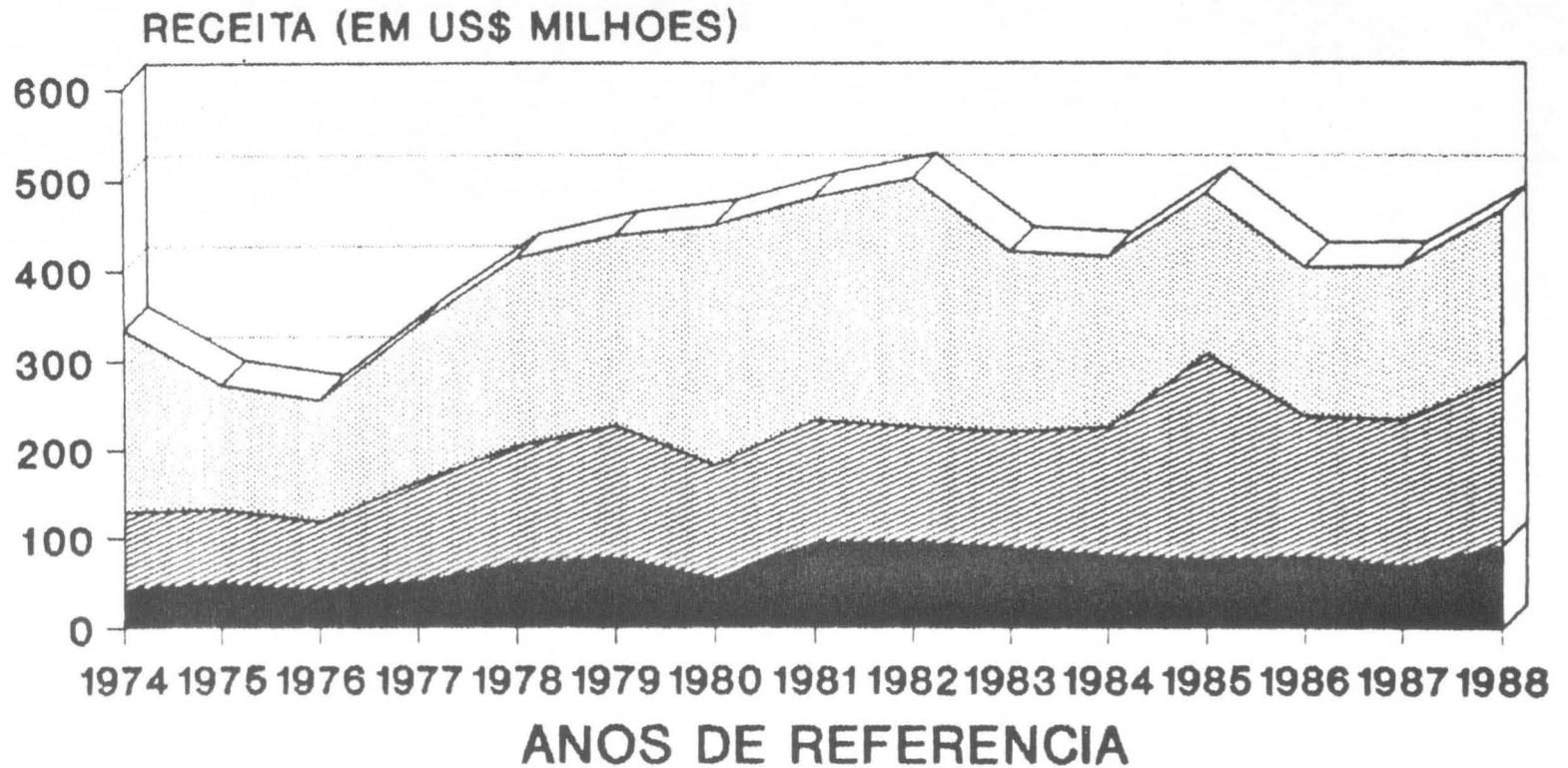
FONTE: Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros - Sector Salud Publico: 1974-1988, mayo, 1989.

- (1) - Inclui receitas de vendas de serviços, receitas patrimoniais, venda de bônus a pessoas físicas e outras receitas;
- (2) - Inclui contribuição dos trabalhadores, contribuição das empresas para acidentes de trabalho e outras receitas de contribuições;
- (3) - Inclui a contribuição do orçamento fiscal, endividamento (de proporção inexpressiva na série apresentada) e saldo de caixa oriundo do exercício anterior.

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.

5 - SETOR SAUDE NO CHILE: 1974-1988

FONTES DE RECEITA DO SISTEMA PUBLICO



■ RECEITAS PROPRIAS

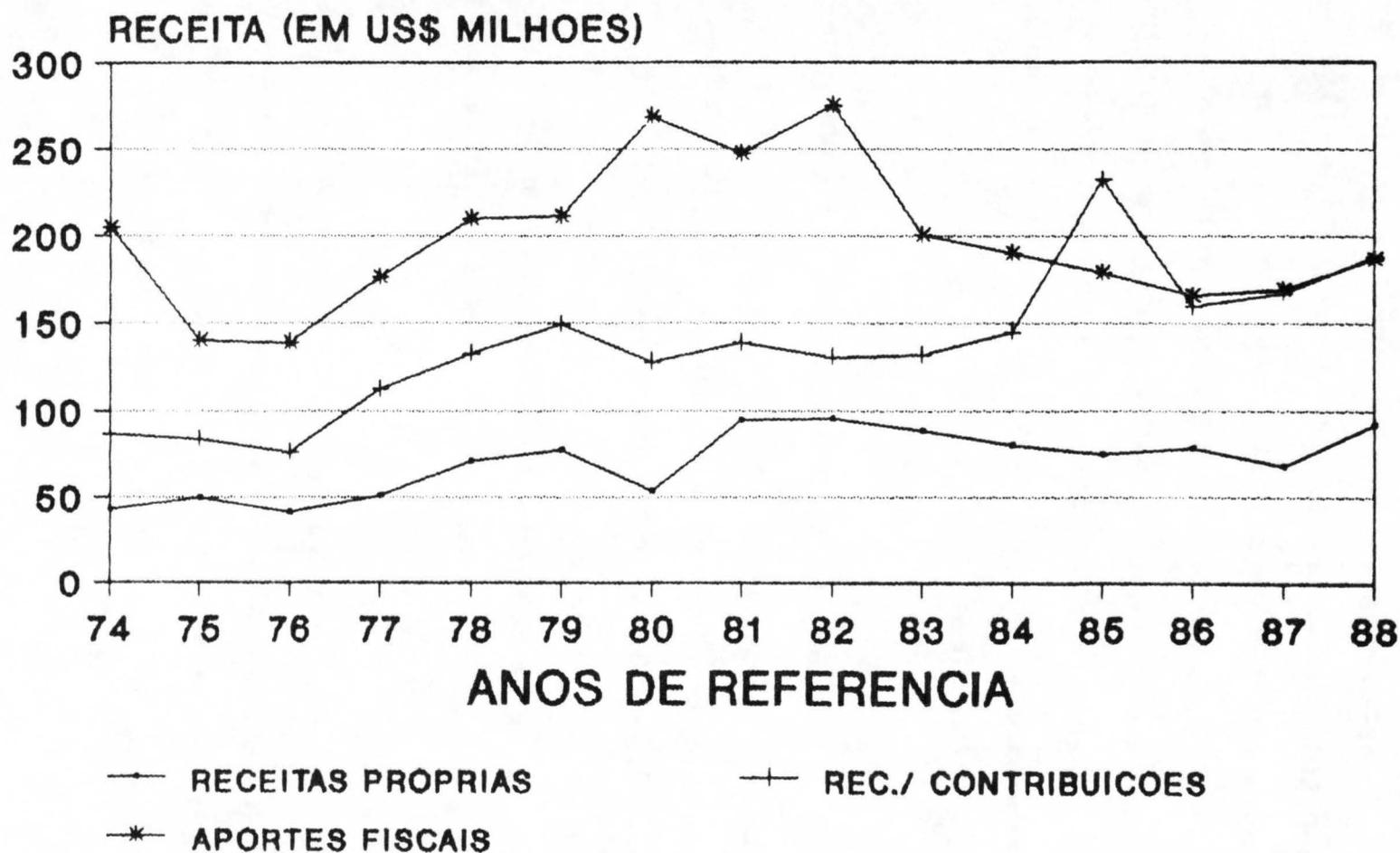
▨ REC./ CONTRIBUICOES

▤ APORTES FISCAIS

6 - SETOR SAUDE NO CHILE: 1974-1988

FONTES DE RECEITA DO SISTEMA PUBLICO

8-617



Observa-se que as receitas públicas destinadas a saúde no Chile aumentam de patamar de 1974 a 1982, reduzem-se ligeiramente de 1982 até 1985 e aumentam ligeiramente 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 ISAPRES 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 e 1988, ocorreu um declínio de 0,6% ao ano no valor absoluto dos aportes fiscais, no mesmo período.

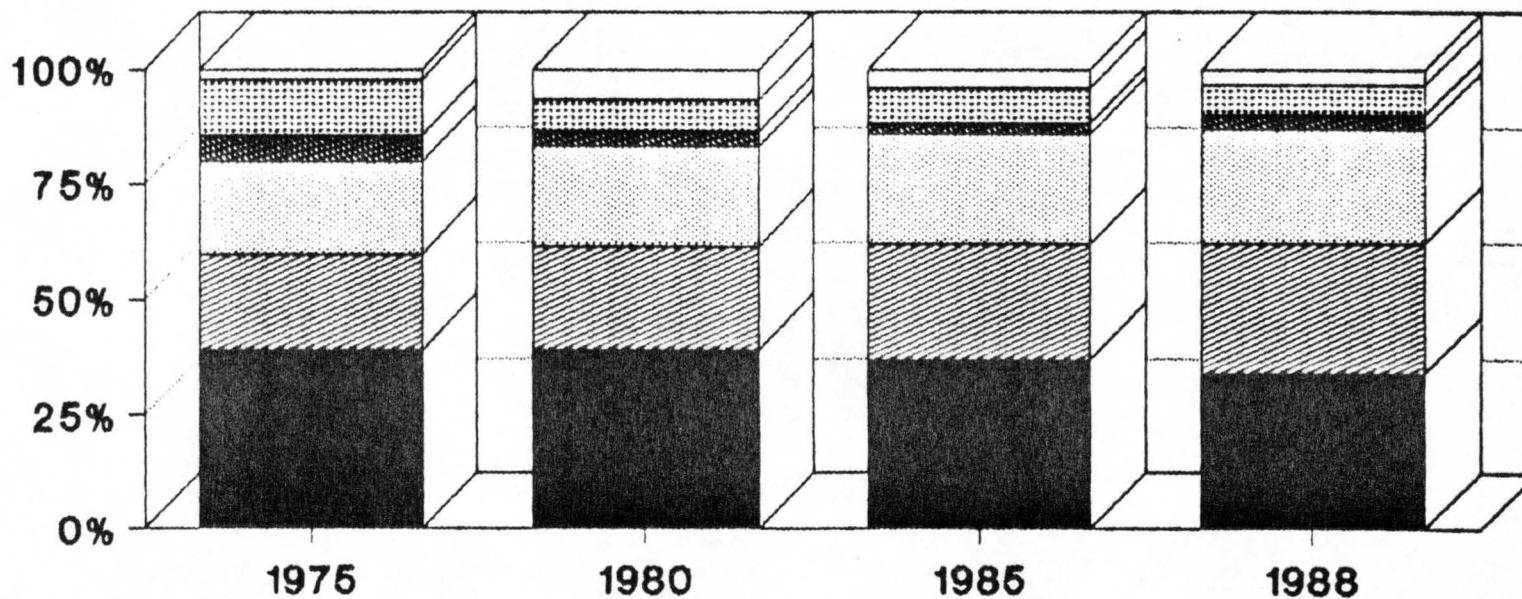
A tabela 9 e os gráficos 7 e 8 mostram a distribuição das despesas públicas federais com saúde no Chile, no período 1975-1980. Constata-se que não ocorreram transformações substanciais na composição interna dessas receitas.

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

7 - CHILE: 1975-1988

Composicao das Despesas do SNSS

COMPOSICAO PERCENTUAL DAS DESPESAS



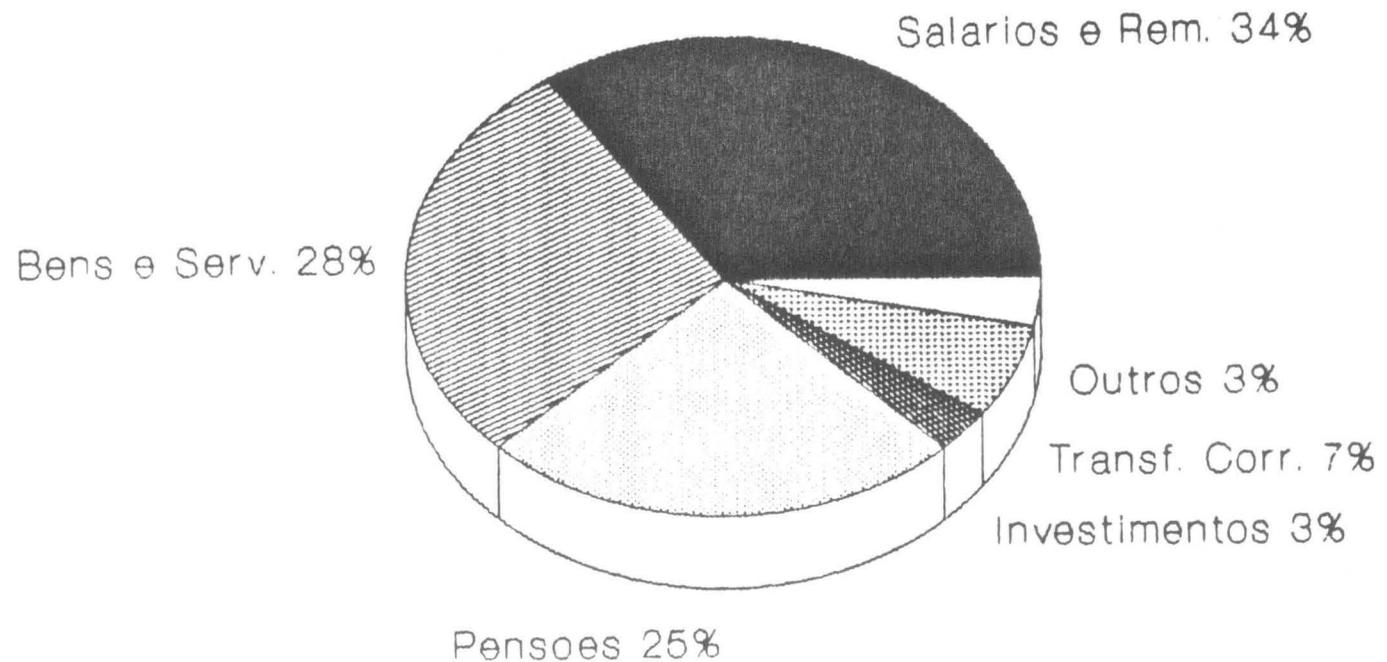
ANOS DE REFERENCIA

- | | | |
|---|---|---|
|  Salarios e Remun. |  Bens e Servicos |  Pensoes Pagas |
|  Invest. Reais |  Transf. Correntes |  Outras despesas |

8 - CHILE 1988

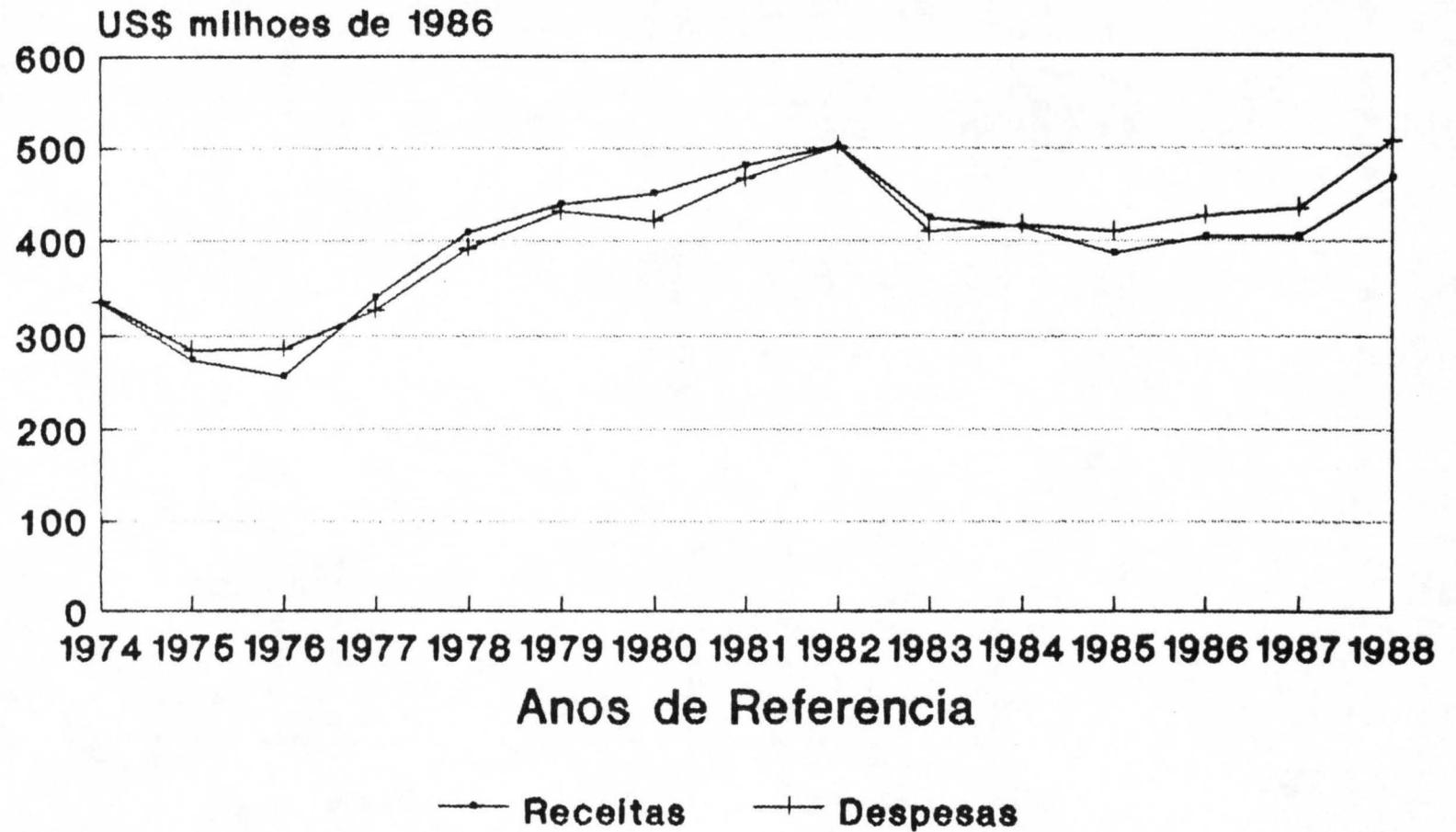
Composicao das Despesas do SNSS

50-B



9 - CHILE: 1974-1988

Receitas e Despesas Publicas com Saude



investimentos reais caíram tanto em termos absolutos como relativos.

TABELA 9
COMPOSIÇÃO DA DESPESA DO SNSS
CHILE 1975 - 1988

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 Público: 1974-1988, mayo, 1989.

OBS: Corresponde a discriminação segundo a natureza económica da despesa.

A tabela 10 e o gráfico 9 mostram que o sistema público de saúde vem, desde 1984, acumulando déficits que tem 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, tem sido sistematicamente reduzidos.

TABELA 10
RECEITAS E DESPESAS PÚBLICAS COM SAÚDE
CHILE: 1974-1988
 (Em US\$ milhões de 1986)

ANOS	RECEITAS	DESPESAS	DEFICIT OU SUPERAVIT (%)
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 Público: 1974-1988", mayo, 1989.

OBS: Déficit calculado sobre a receita

Vale comentar, no entanto, que os gastos per-capita relacionados ao sistema público tem 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 mantem-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 5 anos, os gastos federais com saúde tem atingido patamares situados entre US\$ 60,00 e US\$ 70,00 per-capita.

TABELA 11
GASTO PÚBLICO FEDERAL COM SAÚDE NO CHILE
1974-1988

ANO	GASTO PER-CAPITA COM SAÚDE (EM US\$ CONSTANTES-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 Público: 1974-1988", mayo, 1989.

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. Foi o crescimento e diversificação dos planos de saúde oferecidos pelas ISAPRES que levou o programa de livre-escolha do FONASA a ver reduzido seu campo de atuação.

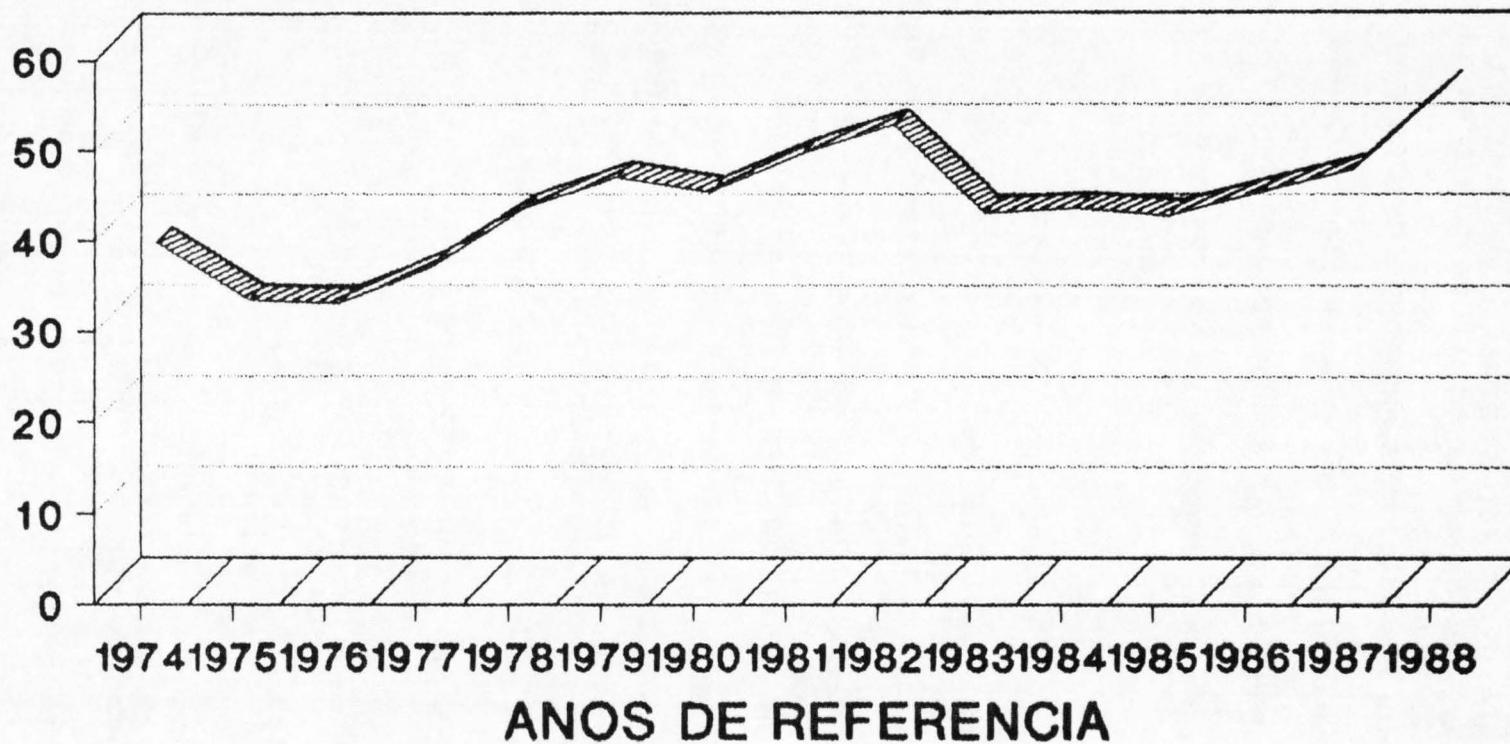
O programa, regulado pela já mencionada Lei 18.469, permite aos seus beneficiários ter acesso aos serviços de saúde operados por profissionais ou entidades privadas, mediante

10 - CHILE: 1974-1988

GASTO PER-CAPITA COM SAUDE

US\$ CONSTANTES DE 1986

S 3.4



 Gasto Per-capita

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.

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 1975-1982, 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, as maiores exigências financeiras para financiar os serviços.

A atenção a saúde oferecida pelo programa é bastante ampla, cobrindo cerca de 3 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 6 meses. Isto faz com que o FONASA livre-escolha aceite qualquer egresso das ISAPRES 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 6 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.

Os empréstimos feitos pelo FONASA tem aumentado rapidamente com o tempo. Até 1988 já haviam sido aprovados mais de 50.000 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 oitenta, atingindo cerca de 15% dos empréstimos realizados até 1988.

A fiscalização da modalidade de livre-escolha é feita pelo "Departamento de Inspeção Médica 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 as fraudes, que segundo consta, existem em proporções consideráveis;

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

Embora o sistema seja mais solidário que as ISAPRES, 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 o crescimento das ISAPRES.

4.3 - As "Instituciones de Salud Previsional" (ISAPRES)

As ISAPRES 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 a 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 da concorrência entre distintas instituições responsáveis pela administração dos serviços de saúde.

As ISAPRES 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 ISAPRES 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 constroi 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 promulgado o DFL No. 3, do Ministério da Saúde, que regulamenta os dispositivos anteriores, criando definitivamente as ISAPRES, a partir do mês de junho de 1981.

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

- Devem estar registradas no FONASA que, em última instância, é o órgão que autoriza seu funcionamento;

- Deve contar com um capital mínimo de 2.000 unidades de fomento (cerca de US\$ 30.000,00), 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\$ 9.000,00)

4.3.1 - Os Tipos de ISAPRES

As ISAPRES 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 ISAPRES 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 ISAPRES: 14 fechadas e 19 abertas.

TABELA 12
EVOLUÇÃO DOS BENEFICIARIOS DAS ISAPRES ABERTAS E FECHADAS
CHILE: 1981-1989

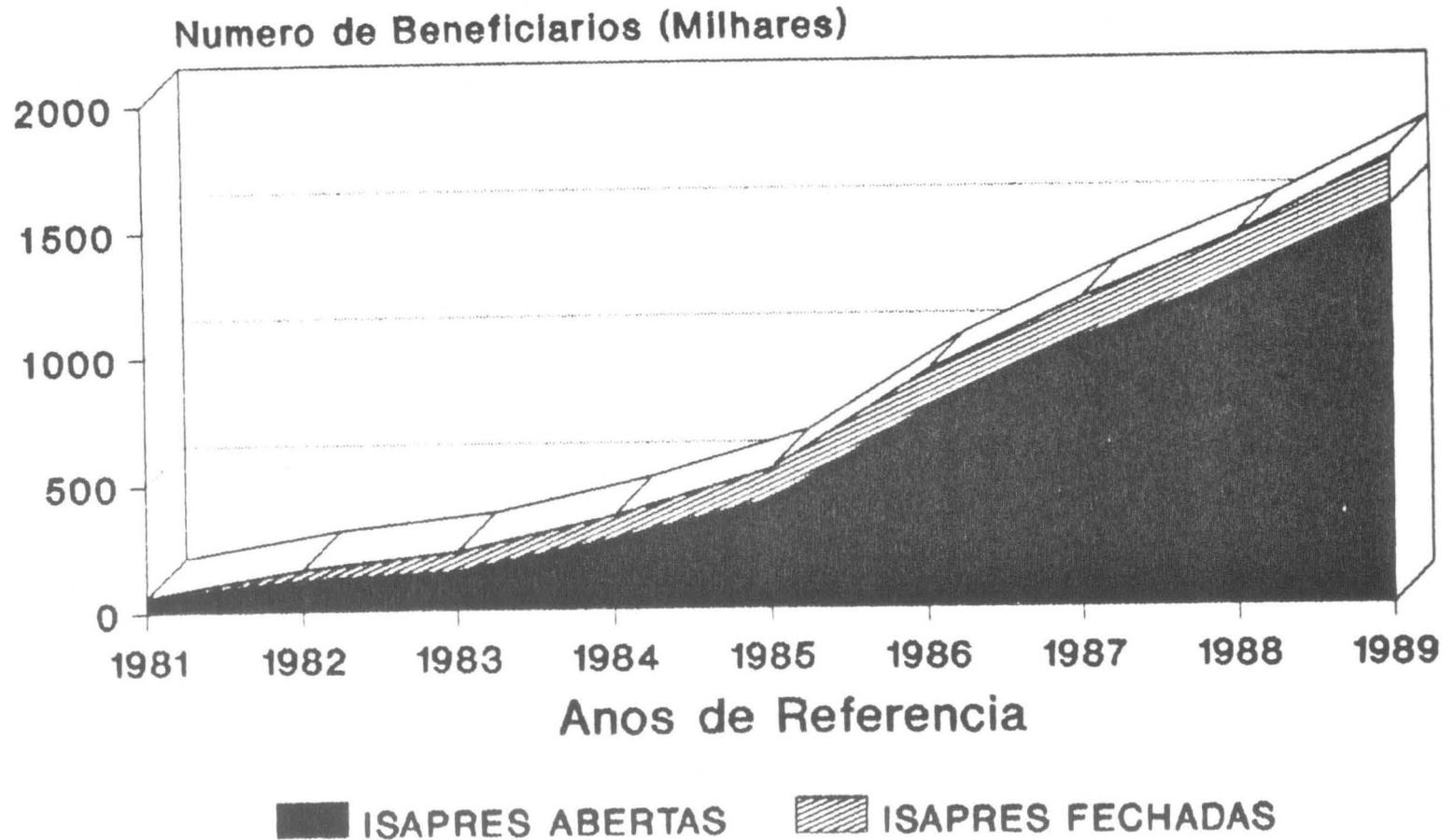
ANOS	BENEFICIARIOS					
	TOTAL (100%)	ISAPRES ABERTAS		ISAPRES FECHADAS		
		ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	
1981	61.659	61.659	100,0	-	-	
1982	164.307	125.986	76,7	38.321	23,3	
1983	229.844	156.364	68,0	73.480	32,0	
1984	365.260	279.364	76,5	85.896	23,5	
1985	545.581	426.543	78,2	119.038	21,8	
1986	921.284	776.642	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 ISAPRES A.G.", "Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile", Santiago de Chile, Abril de 1990.

A tabela 12 e o gráfico 11 mostram a evolução da clientela das ISAPRES abertas e fechadas entre 1981 e 1989. Observa-se que o crescimento das primeiras foi bem mais acelerado

11 - CHILE: 1981-1989

Beneficiarios das ISAPRES



59-A

que o das demais nos últimos anos. Em 1989 as ISAPRES abertas respondiam por quase 90% dos beneficiários das ISAPRES. Vale comentar que as ISAPRES fechadas ligam-se a grandes empresas de setores como bancário, ferroviário, petróleo (Shell) e outros.

Dentre as ISAPRES, as mais dinâmicas tem sido as abertas, em função da necessidade de ampliar seus mercados e de manter-se diante de uma acirrada concorrência. Com isso, entre 1981 e março de 1991, o número de beneficiários das ISAPRES abertas passou de 61 mil para mais de dois milhões, como demonstra a tabela 13.

TABELA 13
DESENVOLVIMENTO DAS ISAPRES ABERTAS
CHILE: 1981-1991

ANOS	NUMERO DE ISAPRES	BEBEFICIARIOS-ISAPRES	
		NUMERO	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.

4.3.2 - As Condições de Filiação às ISAPRES

Ao se filiar a uma ISAPRE, cada beneficiário poderá eleger o plano que quizer, tendo como limite a quantidade de recursos que cada um pode pagar, seja através da contribuição derivada dos 7% de seu salário, 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 melhor lhe convier. Passado um ano da opção por uma dada 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, em qualquer momento que o beneficiário escolhesse, o que impedia as ISAPRES de pensar no estabelecimento de um plano de prevenção.

A flexibilidade das ISAPRES traz uma série de possibilidades para as famílias. Como, em geral, os planos são familiares (com o pagamento de uma cota 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.

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.

Mas a principal restrição das ISAPRES reside na dificuldade de acesso. Os planos oferecidos são tão caros que

poucos trabalhadores tem tido possibilidade de ingressar no sistema. Até 1989, somente 13,4% das população chilena era ligada as ISAPRES. Neste mesmo anos, no Brasil, cerca de 25% da população do país estava protegida 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 dez anos após a criação das ISAPRES.

Mesmo sendo hegemonicamente voltada para os grupos de mais alta renda, as ISAPRES tem aumentado o acesso para os grupos de renda média. O salário médio dos filiados às ISAPRES, em torno de 1988, estava na faixa de US\$ 400,00 (cerca de 4 salários mínimos).

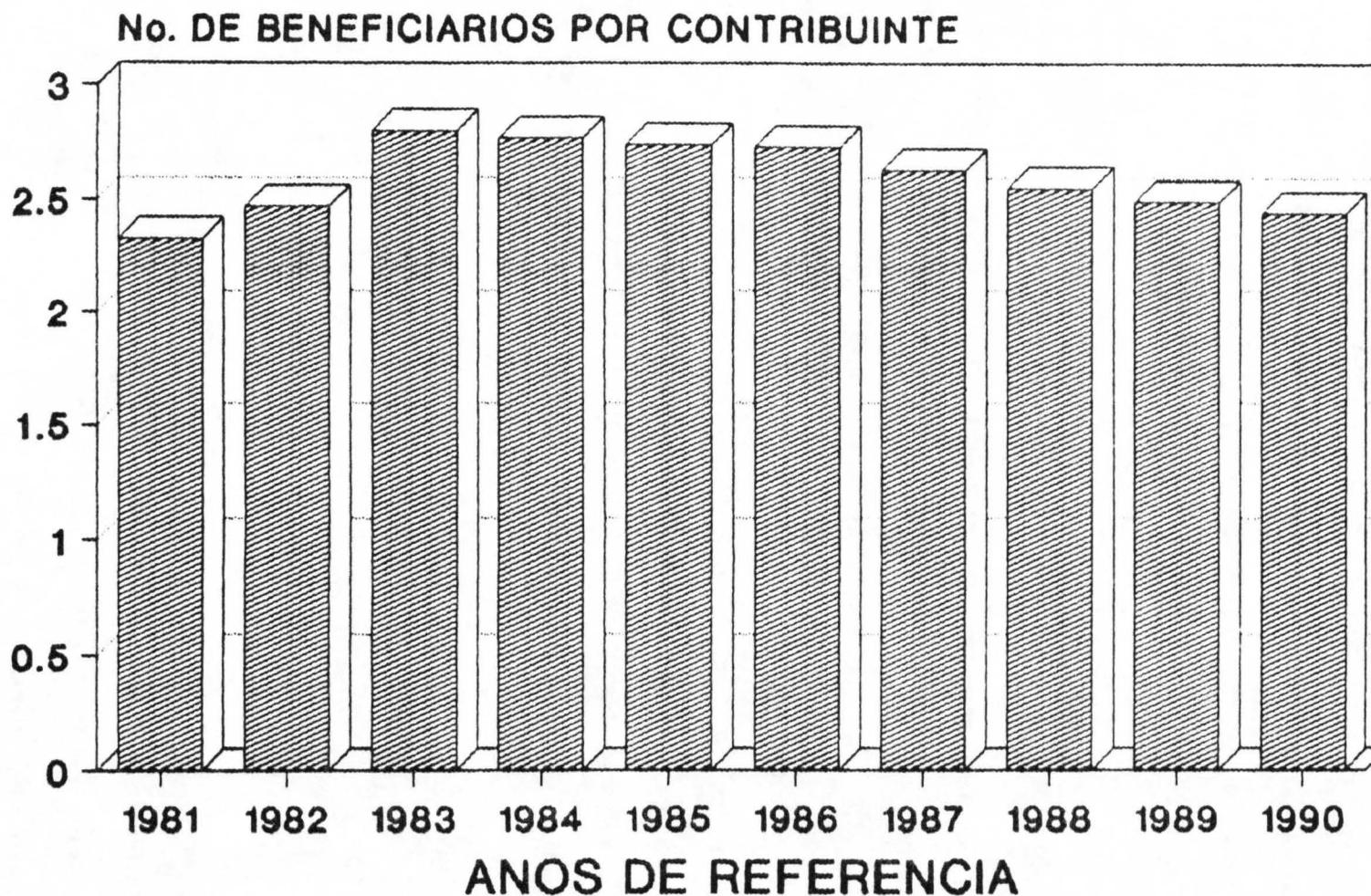
TABELA 14
 RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE CONTRIBUINTES E BENEFICIARIOS
 DAS ISAPRES - CHILE: 1981-1990

ANOS	NUMERO DE CONTRIBUINTES (a)	NUMERO DE BENEFICIARIOS (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: "ASOCIACION DE ISAPRES A.G.", "Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile", Santiago de Chile, Abril de 1990 e "Boletin Estadistico Trimestral del Sistema ISAPRE.

12 - CHILE: 1981-1990

ISAPRES: RELACAO BENEF./CONTRIBUINTES



Desde 1983 até 1990, a relação beneficiários/ contribuintes vem se reduzindo, passando de 2,80 para 2,44, respectivamente. Do total de ISAPRES 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 1981-1990.

4.3.3 - Serviços Oferecidos pelas ISAPRES

As ISAPRES, 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. Este 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 ISAPRES.

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 ISAPRES é a de fornecer atenção preventiva aos empregados, através de um exame anual grátis.

Os planos de saúde ofertados pelas ISAPRES variam desde aqueles que se limitam aos afiliados de determinados prestadores de serviços, cujos preços são controlados pelas ISAPRES, até aqueles que impõe menos restrições, nos quais as ISAPRES reembolsam uma percentagem fixa a qualquer provedor. Estes planos podem ser resumidos em quatro sub-sistemas, 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 da mesma ao profissional que prestou o serviço. Posteriormente, solicita a 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 ISAPRES, 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 ISAPRES;

c) Sistema de Atenção com Infra-Estrutura própria - As ISAPRES 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 ISAPRES, concorre a estas organizações de atenção médica para receber as prestações requeridas;

d) Sistemas de Administração Coletiva - Algumas ISAPRES tem 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 são, neste caso, tratadas 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 em dois tipos de contrato com as ISAPRES. 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 várias 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 ISAPRES fornece 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 tem 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 a 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 ISAPRES 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 procura otimizar a administração de um dado montante de contribuições arrecadadas, não implicando, como no convênio tradicional, em riscos para as ISAPRES. 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, e não 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 ISAPRES 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 previamente estabelecidos. Muitas vezes esse centro assistencial é co-financiador do sistema, assumindo determinados riscos do plano contratado. Esses convênios, em geral, são regidos por períodos maiores do que um ano (dois ou três anos) e contempla cláusulas de término antecipada.

O sistema ISAPRES tem um conjunto de restrições ao uso de benefícios, que se manifesta principalmente através de carências, pré-existências e exclusões. A maioria das ISAPRES, 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 ISAPRES, 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 ISAPRES poderá trazer posteriores problemas ao sistema. As ISAPRES 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 ISAPRES mantêm convênios ou compram serviços do setor público.

As ISAPRES não são obrigadas e nem têm responsabilidade com a recuperação da saúde ou reposição dos gastos médicos derivados de enfermidades profissionais ou

acidentes do trabalho. Estes tipos de agravos à saúde estão cobertos pelas cláusulas constantes na Lei 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 ISAPRES a não classificar determinadas causas como "acidentes do trabalho" ou enfermidades profissionais. Este tipo de prática tem trazido, entre outras desvantagens, um encarecimento do sistema ISAPRE.

4.3.4 - Estrutura Financeira das ISAPRES

O volume de recursos movimentados pelas ISAPRES 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 ISAPRES. Em 1986 esses recursos voltam a crescer, fato que se deve, não apenas a volta do crescimento econômico do país, mas também ao aumento da cotização sobre os salários para a saúde, que passou de 6% para 7%.

TABELA 15
VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES DAS ISAPRES
CHILE: 1981 - 1990
(EM US\$ MILHÕES CORRENTES)

ANOS	VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES								
	ISAPRES ABERTAS			ISAPRES 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 as contribuições de 4%, 6% e, posteriormente 7% sobre os salários.

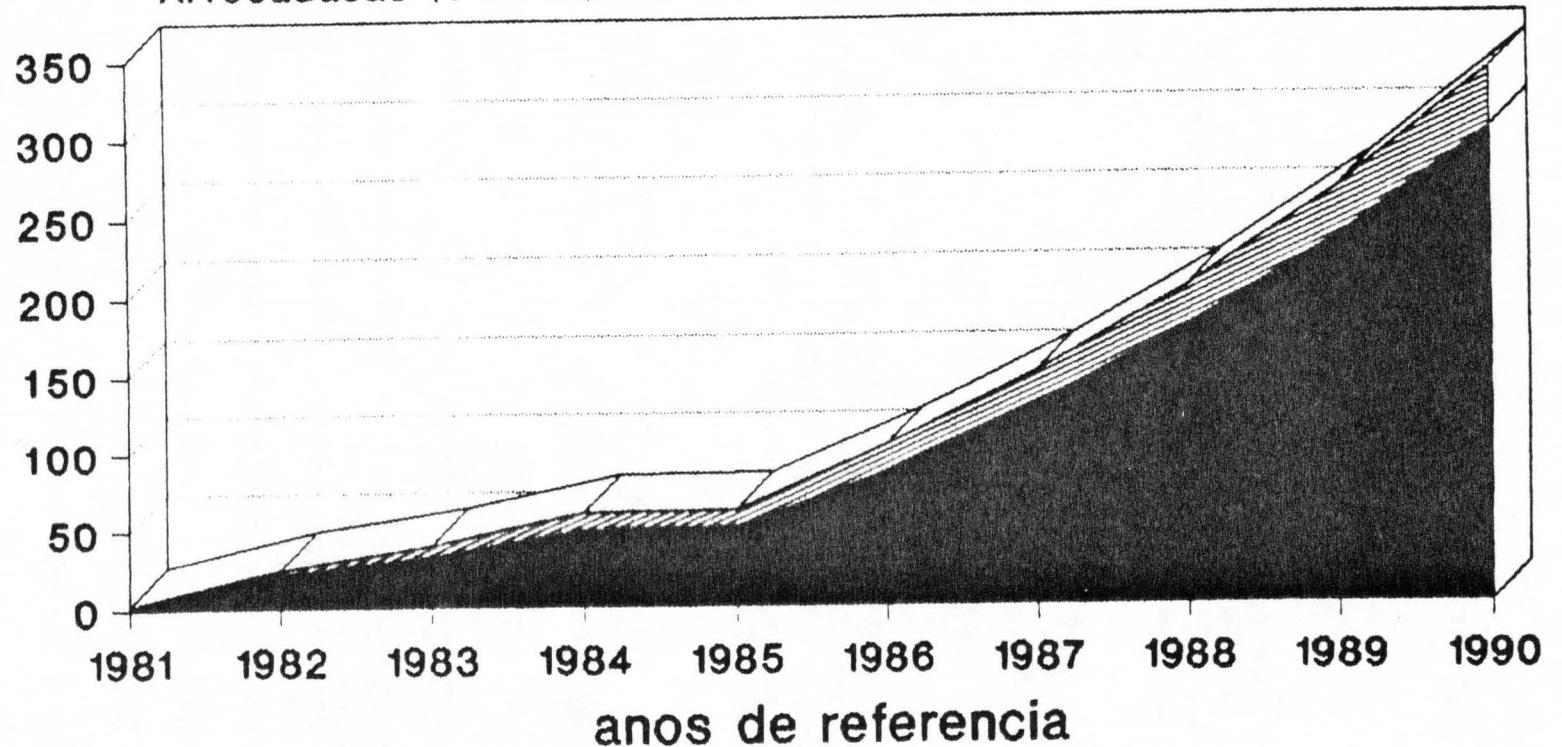
As ISAPRES abertas tem tido maior dinamismo na arrecadação de recursos que as ISAPRES fechadas. A tabela 15 e o gráfico 13 mostram a evolução dos recursos arrecadados por estes dois tipos de ISAPRES. Entre 1983 e 1990 os recursos arrecadados pelas ISAPRES fechadas reduziram-se de 18% para 13% do total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

As contribuições dos empregados constituem a maior parcela dos recursos disponíveis pelas ISAPRES. Em 1988, cerca de 97% dos recursos das ISAPRES fechadas e 90% das abertas era proveniente dessas contribuições. Os demais recursos, como cotizações adicionais, são residuais na estrutura de receita das

13 - CHILE: 1981-1990

Arrecadacao das ISAPRES

Arrecadacao (em US\$ milhoes correntes)



■ ISAPRES ABERTAS ▨ ISAPRES FECHADAS

ISAPRES. A tabela 16 mostra a composição média das receitas das ISAPRES abertas e fechadas em 1988.

TABELA 16
COMPOSIÇÃO MÉDIA DAS RECEITAS
DAS ISAPRES ABERTAS E FECHADAS: CHILE - 1988

FONTES DE RECEITA	ISAPRES ABERTAS	ISAPRES FECHADAS
TOTAL	100,0%	100,0%
CONTRIBUIÇÃO COMPULSORIA (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.

Observa-se que as ISAPRES abertas apresentam uma parcela de sua receita proveniente de cotizações adicionais maior do que as ISAPRES fechadas. Tal fato pode ser explicado porque, nas ISAPRES fechadas, a maioria dos trabalhadores provém de empresas públicas, cujos salários são cerca de 1,6 vezes mais elevados do que os vigentes no setor privado. Nesse sentido, as ISAPRES abertas, por ter trabalhadores com salários mais baixos, tem que contar mais frequentemente com a cobrança de cotas adicionais como forma de financiar seus programas. Além disso, algumas ISAPRES 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%.

No que diz respeito as despesas, também existem diferenças estruturais quando comparadas as ISAPRES abertas e fechadas, como pode ser visto na tabela 17.

TABELA 17
COMPOSIÇÃO MÉDIA DAS DESPESAS
DAS ISAPRES ABERTAS E FECHADAS: CHILE: 1988

NATUREZA DA DESPESA	ISAPRES ABERTAS	ISAPRES FECHADAS
TOTAL	100%	100%
CUSTOS OPERACIONAIS	73%	85%
GASTOS ADMINISTRATIVOS, COM VENDAS E PUBLICIDADE	27%	15%

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

Observa-se que as ISAPRES abertas gastam muito mais em administração vendas e publicidade do que as ISAPRES 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 ISAPRES abertas, por sua vez tem 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 ISAPRES abertas tem aumentado, no período mais recente, num esforço de aumento de eficiência. A tabela 18 mostra alguns resultados associados ao período 1986-1989. Observa-se que, depois de um período de baixa lucratividade, marcado pelos anos 1987 e 1988, as ISAPRES abertas atingem em 1989 uma lucratividade de 9,7%. Contribuiu para o aumento da lucratividade das ISAPRES abertas a redução dos custos com vendas e publicidade.

Quanto as ISAPRES 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 ISAPRES fechadas procuram maximizar a atenção médica ao invés de 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 ISAPRES 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 prazo.

Os beneficiários das ISAPRES fechadas apresentam, em geral, um nível de renda maior do que o das ISAPRES abertas. Em 1989, apenas 40,3% das primeiras tinham renda mensal inferior a

US\$ 450,00 mensais, enquanto nas ISAPRES abertas este percentual era de 68,5%.

TABELA 18
LUCRATIVIDADE DO SISTEMA ISAPRE
CHILE: 1986-1989
VALORES EM US\$ MILHOES CORRENTES

ESPECIFICACAO	ANOS DE REFERENCIA			
	1986	1987	1988	1989
ISAPRES 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 ADM.	40,5	45,3	47,1	51,3
LUCRO LIQUIDO (B)	9,9	2,2	5,9	27,5
TX. DE LUCRO (A/B)	6,6%	1,2%	2,7%	9,7%
ISAPRES 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 ADM.	5,0	6,3	8,0	8,5
LUCRO LIQUIDO (B)	-1,1	-13,6	-16,8	0,8
TX. DE LUCRO (A/B)	-2,5%	-46,2%	-53,7%	-1,5%
TOTAL DAS ISAPRES				
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 ADM.	45,5	51,6	55,1	59,0
LUCRO LIQUIDO (B)	8,8	-11,4	-10,9	27,5
TX. DE LUCRO (A/B)	4,5%	-5,4%	-4,3%	8,2%

FONTE: RODRIGUEZ, H.S., "Análisis Subsistema ISAPRES", in ROMERO, M.I., "Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile", Ed. CPU, Santiago, 1990.

Em termos globais, as ISAPRES tem 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 ISAPRES indicam que no primeiro trimestre de 1991 a taxa de lucro destas instituições aumentou para 15,6%. As três ISAPRES 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 ISAPRES tenham se tornado mais lucrativas nos últimos anos. Em 1990 o lucro líquido do sistema ISAPRES 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 ISAPRES pode ser visualizada na tabela 19. Verifica-se que 60% desse excedente foi aplicado, em 1990, em inversões, infra-estrutura e bens de ativo fixo. Este fato, por si só, pode ilustrar o esforço das ISAPRES em realizar investimentos futuros para reduzir os custos associados a compra de serviços, particularmente hospitalares, do setor público.

TABELA 19
DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE DAS ISAPRES
CHILE - 1990

COMPOSIÇÃO DO USO DO EXCEDENTE	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,00
Distribuição de Dividendos	17,40
Investimentos em Ativo Fixo	60,00
Reservas para o FONASA	6,40
Pagamento de Dívidas	4,70
Aumento do Capital Social	11,20

FONTE: Asociación de ISAPRES A.G., Informe de 1990.

No entanto, a tendência inexorável ao envelhecimento dos associados poderá trazer 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 ISAPRES 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 ISAPRES

Existiam, no Chile, em março de 1991, 19 ISAPRES abertas. A estrutura de mercado destas ISAPRES é altamente concentrada. Do ponto de vista patrimonial, pode-se dizer que sete instituições detêm quase 96% do total do patrimônio das ISAPRES. São elas BANMEDICA S.A., CONSALUD, PROMEPART, CRUZ BLANCA, COLMENA/GOLDEN CROSS, VIDA TRES e COMPENSACION.

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO DO PATRIMONIO, DOS CONTRIBUINTES E
DA RECEITA DAS ISAPRES ABERTAS - CHILE, 1990

NOME DA ISAPRE	PATRIMONIO (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	100,0	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

A tabela 20 mostra a distribuição do patrimônio, dos contribuintes e da receita das ISAPRES abertas no Chile no ano de 1990. Observa-se que estas mesmas ISAPRES 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 ISAPRES abertas, no Chile, estruturaram-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 ISAPRES) dividem o restante do mercado.

Pode-se dizer, ainda, que as ISAPRES 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; 6 tinham arrecadação per-capita entre US\$ 300 e US\$ 700,00 e 3 tinham arrecadação superior a US\$ 700,00. A menor arrecadação anual per-capita em 1990 foi a da ISAPRE "Galénica" (US\$ 44,38) enquanto que a maior foi a da ISAPRE "Mas Vida" (US\$ 3364,92). Neste sentido, cabe acrescentar que a ISAPRE Galénica, com 1,7% dos beneficiários, abarcava 0,2% da receita total das ISAPRES, enquanto no caso da instituição "Mas Vida", estes percentuais eram de 0,1% e 1,6%, respectivamente.

Nestes dez anos de existência, pelo menos 9 ISAPRES abertas foram extintas ou refundidas, o que pode fornecer uma amostra das rápidas mudanças na estrutura de mercado vividas pelo setor.

Quanto as ISAPRES 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.

TABELA 21
DISTRIBUIÇÃO DO PATRIMÔNIO, DOS CONTRIBUINTES E
DA RECEITA DAS ISAPRES 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
INSTSALUD	0,1	0,5	-	-	-	-
TOTAL	18,9	100,0	64.575	100,0	33,9	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

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

Pode-se dizer que 5 instituições - El Teniente, Chiquicamata, Ispen, Banco Estado e Istel - concentram 88% do patrimônio, 72% dos contribuintes e 75% da receita das ISAPRES

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

Embora o valor médio da contribuição dos cotizantes das ISAPRES 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 ISAPRES 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 ISAPRES, mesmo internamente, é bastante estratificado, embora tal estratificação seja maior entre as ISAPRES abertas.

4.3.6 - A Reforma no Sistema de "Salud Previsional" de 1990.

Buscando aperfeiçoar as restrições existentes no sistema de funcionamento das ISAPRES 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 ISAPRES.

O marco jurídico desta reforma foi o advento da

Lei 18.933, publicada no diário oficial de 9 de março de 1990 que, entre outras providências, criou a "Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", órgão normativo e fiscalizador, vinculado indiretamente ao Ministerio 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 a duração dos contratos. A seguir, são listadas as principais alterações trazidas com a nova legislação:

- a) A Superintendência de ISAPRES substitui o FONASA no que diz respeito a fiscalização das ISAPRES;
- b) Os contratos subscritos pelas ISAPRES 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 ISAPRES, 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 noventa dias de 1o. de setembro de 1990, todos os possuidores de contratos antigos poderão optar em ficar com seus antigos contratos ou a 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 ISAPRES passam a ser:

- fiscalizar as ISAPRES nos aspectos jurídicos e financeiros, para o devido cumprimento das obrigações que estabelece a Lei e os próprios contratos firmados entre as ISAPRES e os trabalhadores;

- velar para que as ISAPRES 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 ISAPRES e seus cotizantes ou beneficiários, sem prejuízo para o afiliado, que poderá optar, ainda, por recorrer a 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 ISAPRES 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 cinquenta, tendo em vista criar mecanismos de proteção dos trabalhadores contra os riscos e consequências dos acidentes de trabalho.

Dez anos depois, uma lei da República (Lei 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 tem 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 Sub-Sistema de "Mutuales de Seguridad"

O primeiro marco jurídico que reconhece e confere legitimidade as "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 10. 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 conta-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 hípicos, barbeiros, comerciantes, condutores proprietários de veículos motorizados de locomoção coletiva e transporte escolar, mineiros independentes e garimpeiros.

Por essa lei, todo o trabalhador que contribuisse 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 Empregadores.

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's) e as "Mutualidades de Empleadores" (ME's). Os seguros seriam administrados pelo SSS, através do Departamento de Acidentes de Trabalho e Enfermidades Profissionais e pelas CP's, 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's que aceitassem os trabalhadores independentes que a elas quizessem se associar. Para tal, a Lei exigia que cada Mutualidade tivesse, no mínimo, 20.000 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 setenta e oitenta uma série 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's e empresas de administração delegada.

Por este decreto, as Mutualidades de Empregadores estão obrigadas 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 pelo Decretos Supremos Nos 186, de 1989, No. 206, de 1970 e No. 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;

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 a 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 estabelecem 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 Camara 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 tem mais de 2.000 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 que 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

Seguridade" são fiscalizadas e supervisionadas pela Superintendência de Seguridade Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

4.4.3 - Financiamento do Sistema

As Mutualidades de Empregadores tem, 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 as 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 ISAPRES. 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.

TABELA 22
DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS DAS MUTUALIDADES
DE EMPREGADORES POR FONTE DE DESPESA
CHILE - 1990

DISCRIMINACAO DAS DESPESAS	PARTICIPACAO PERCENTUAL
TOTAL	100,0
Servicos Medicos	39,8
Beneficios	24,9
Prevencao de Riscos	10,0
Fundos de Pensao	4,4
Administracao	4,4
Excedente Operacional	17,3

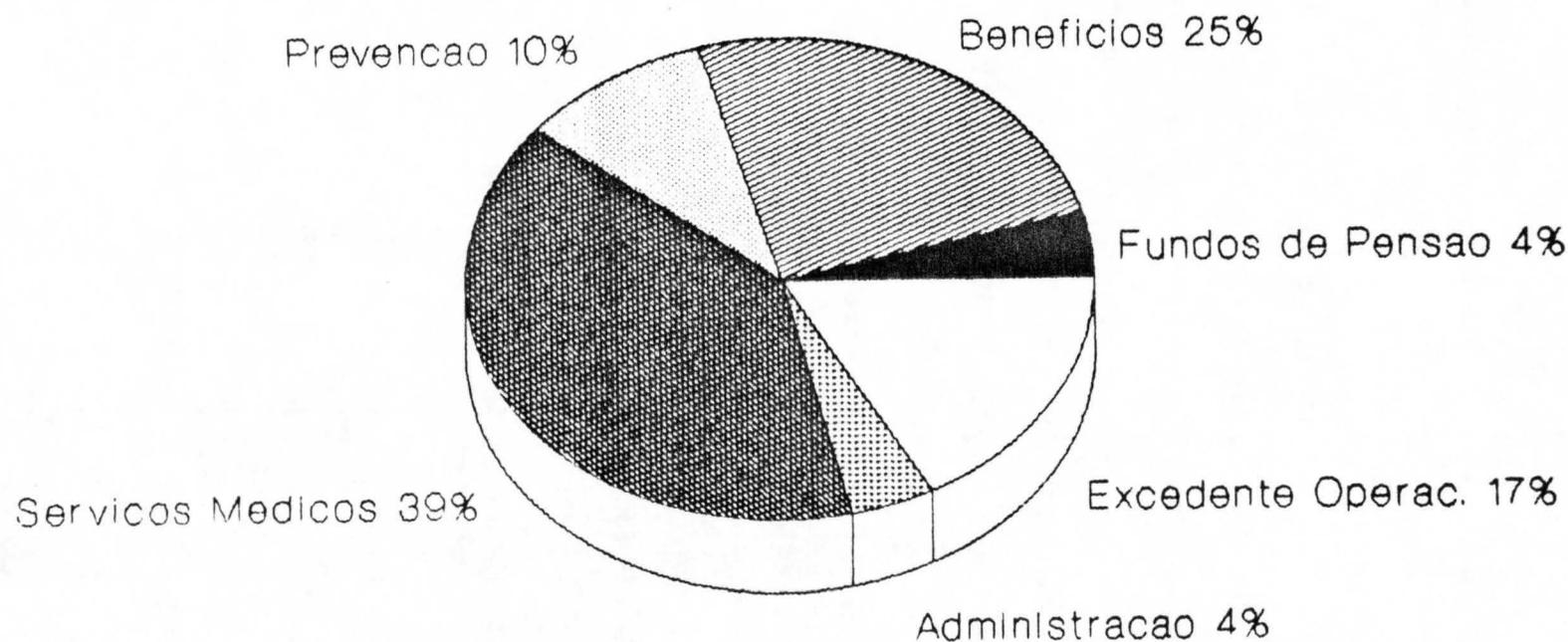
FONTE: CHILE, Informe sobre el sistema de Mutualidades, 1991, mimeo.

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.

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

14 - CHILE: 1990

Distr. das Despesas das Mutualidades



93-A

4.4.4 - Cobertura do Sistema de Mutualidades

Em 1968, o sistema de mutualidades contava com cerca de 2000 empresas filiadas e 174.000 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 1975/1976 e 1981/1982, o número de afiliados tenha decrescido em 10%. Em 1990 o subsistema registrava uma cobertura de 1,8 milhões de trabalhadores, contidos em 52.000 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 - 1968-1990
(EM MIL UNIDADES)

ANOS DE REFERENCIA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO 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

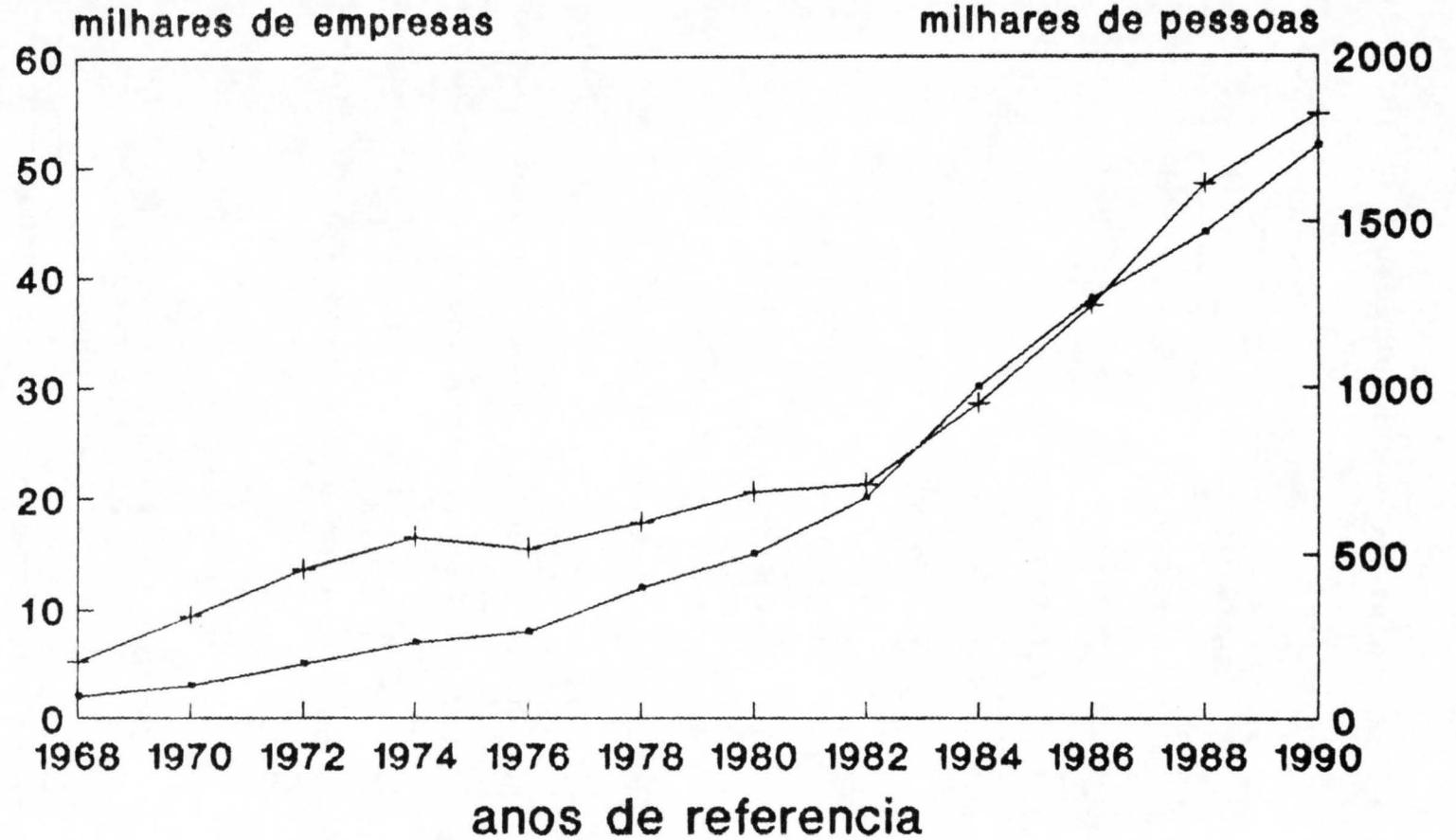
FONTE: Ver tabela 22

A distribuição da cobertura entre as três mutuais existentes pode ser observada na tabela 24.

15 - CHILE: 1968-1990

EMPRESAS E BENEFICIARIOS COBERTOS PELAS MUTUALIDADES

U-16



—•— numero de empresas —+— numero de benefic.

TABELA 24
DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA DAS MUTUALIDADES DE TRABALHADORES
CHILE - 1990

MUTUALIDADE	NUMERO 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 82 para 35, o que significa que as empresas menores tem sido progressivamente incorporadas ao sistema. A tabela 25 mostra a distribuição percentual das empresas filiadas a "Mutual de Seguridad Cámara Chilena de Construcción" por tamanho de empresa.

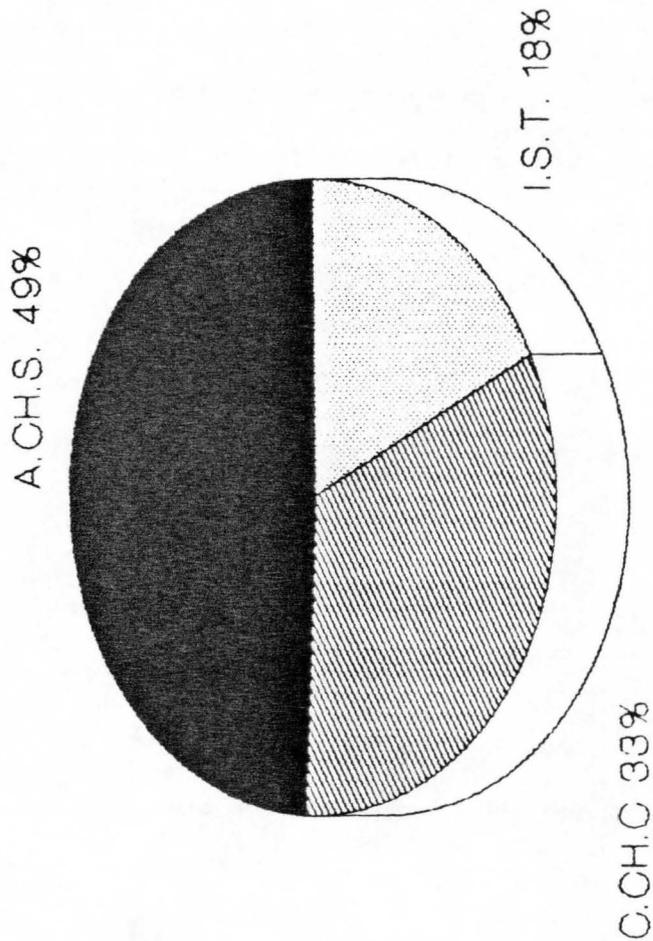
TABELA 25
DISTRIBUIÇÃO DAS EMPRESAS FILIADAS A C.CH.C.
POR TAMANHO DE EMPRESA
CHILE - 1990

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

16 - CHILE: 1990

MUTUALIDADES SEGUNDO A COBERTURA



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 2000 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 1402 habitantes por leito. As especialidades onde as Mutualidades tem "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 tem 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 tem 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 as atividades laborais.

TABELA 26
SISTEMAS DE MUTUALIDADES
INDICE DE ACIDENTALIDADE (1)
1974-1990

ANO DE REFERENCIA	INDICE 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

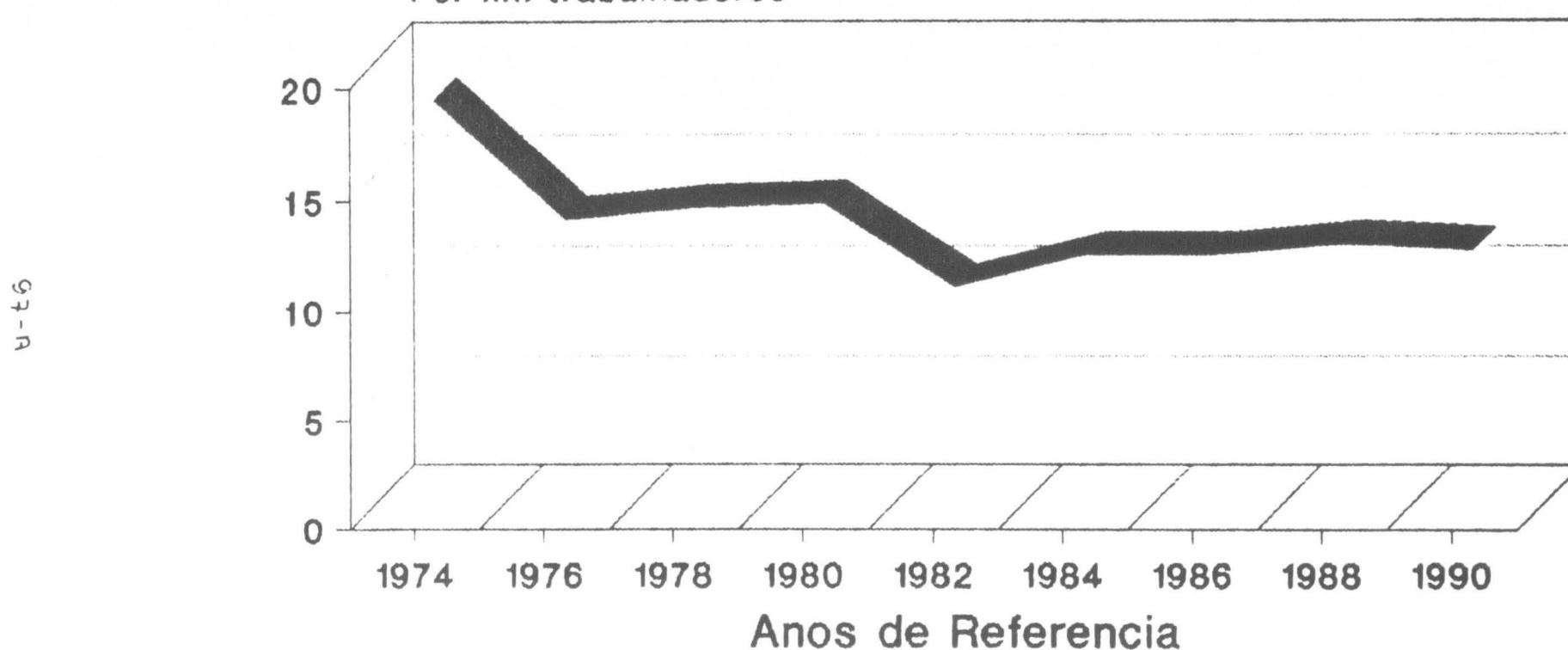
FONTE: Ver tabela 22

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

17 - CHILE: 1974-1990

Indice de Acidentalidade do Trabalho

Por mil trabalhadores



■ Índice de Acidental.

Referem-se ao Sistema de Mutualidades

cobertas pelo sistema de mutualidades de empregadores.

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.

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.

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 cinquenta, as reformas do sistema de saúde chileno tem-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 sessenta, mas que se intensifica com as reformas dos anos oitenta.

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 1 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 7 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 DEMOGRAFICOS:
CHILE: 1950-1988
(POR MIL HABITANTES)

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, Ministério de Salud

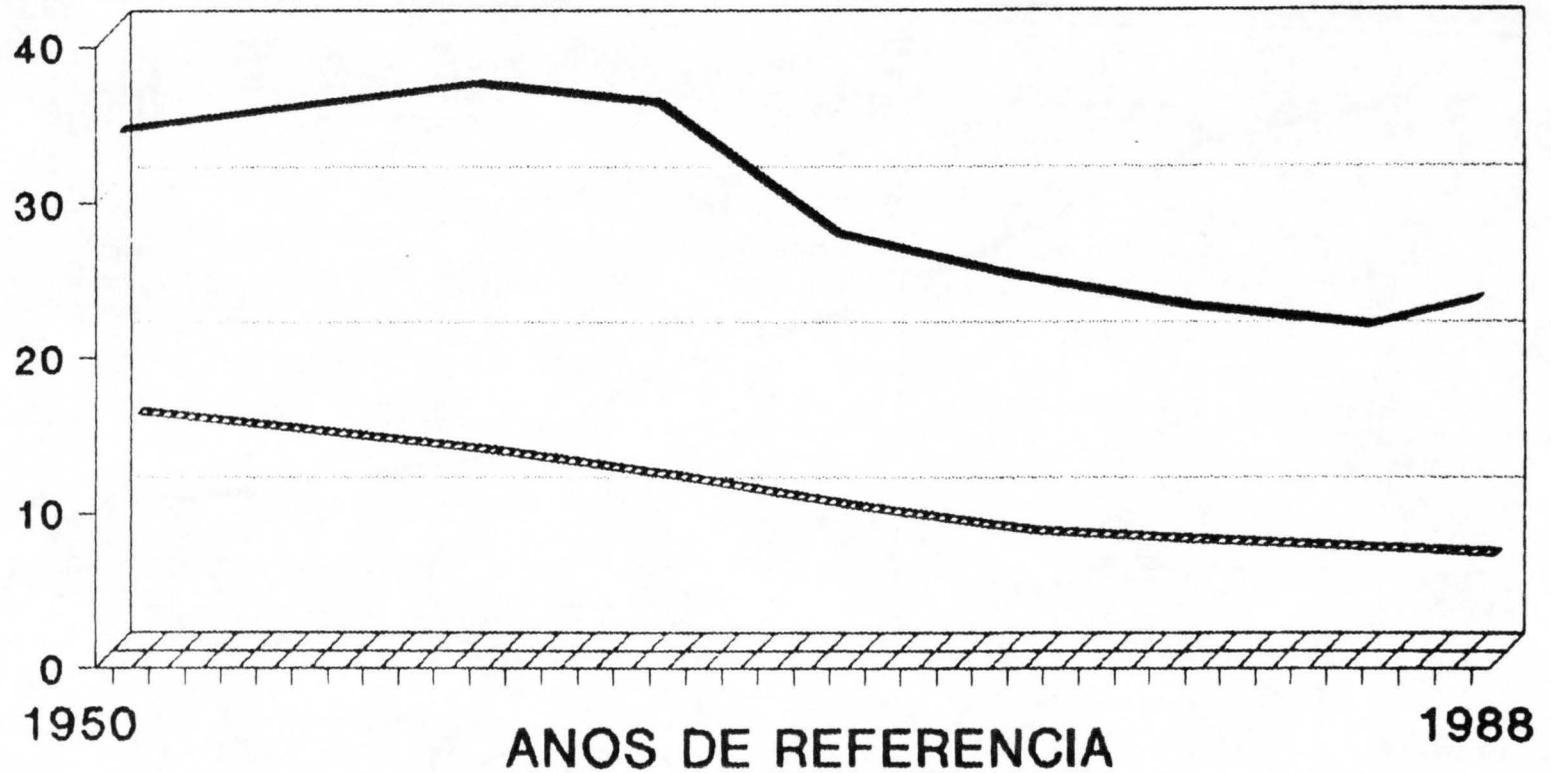
Vale ressaltar, no entanto, que o ritmo de declínio nas taxas de mortalidade infantil tem sido mais elevado após a reforma do sistema de saúde. Com efeito, antes da reforma, entre 1950 e 1980, as taxas de mortalidade infantil reduziram-se a um ritmo médio de 4,5% ao ano, enquanto que no período 1980-1988 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

18 - CHILE: 1950-1988

TAXAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE GERAL

TAXAS POR MIL HABITANTES

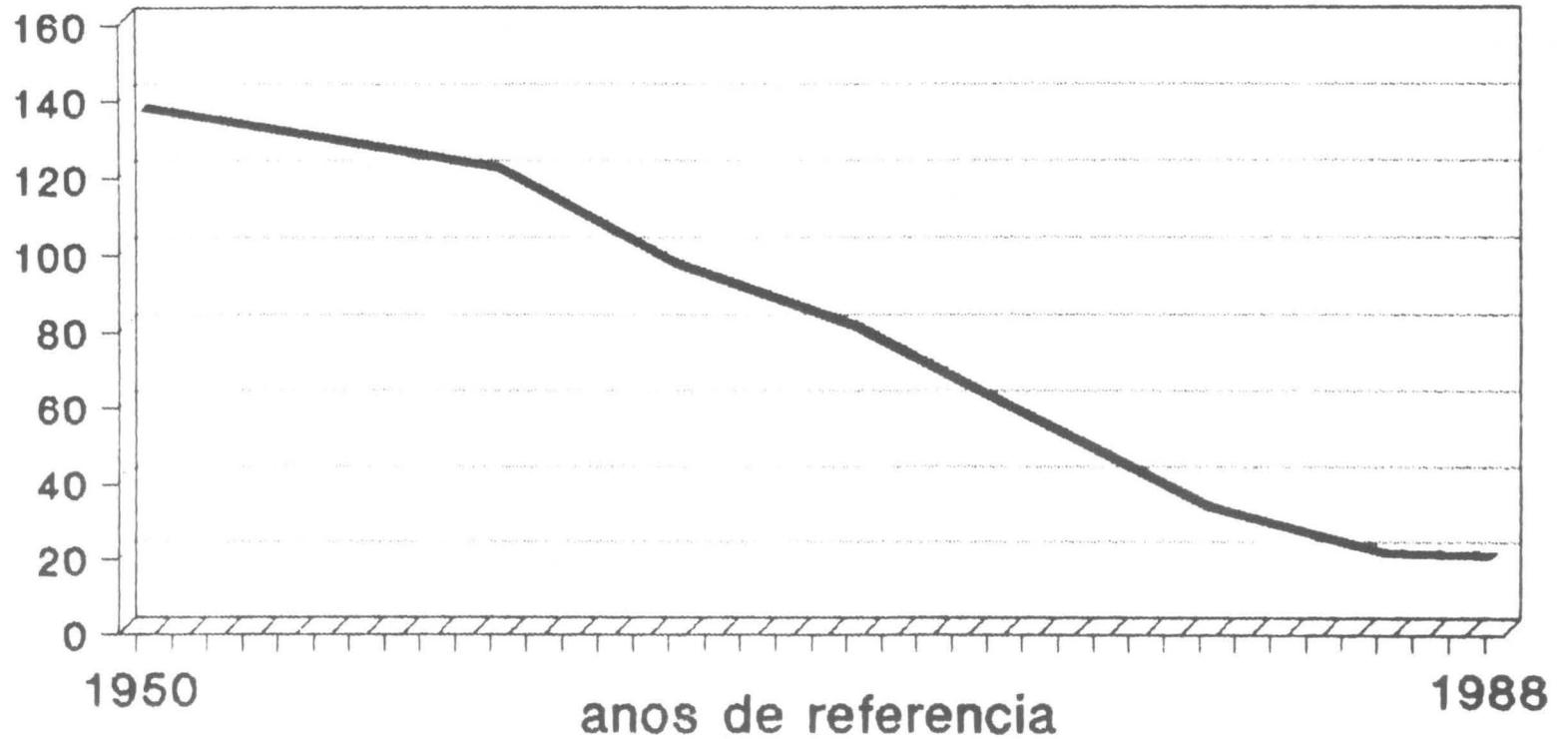


■ TAXAS DE NATALIDADE ▨ TAXAS DE MORTALIDADE

19 - CHILE: 1950-1988

TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

taxas por mil nascidos vivos

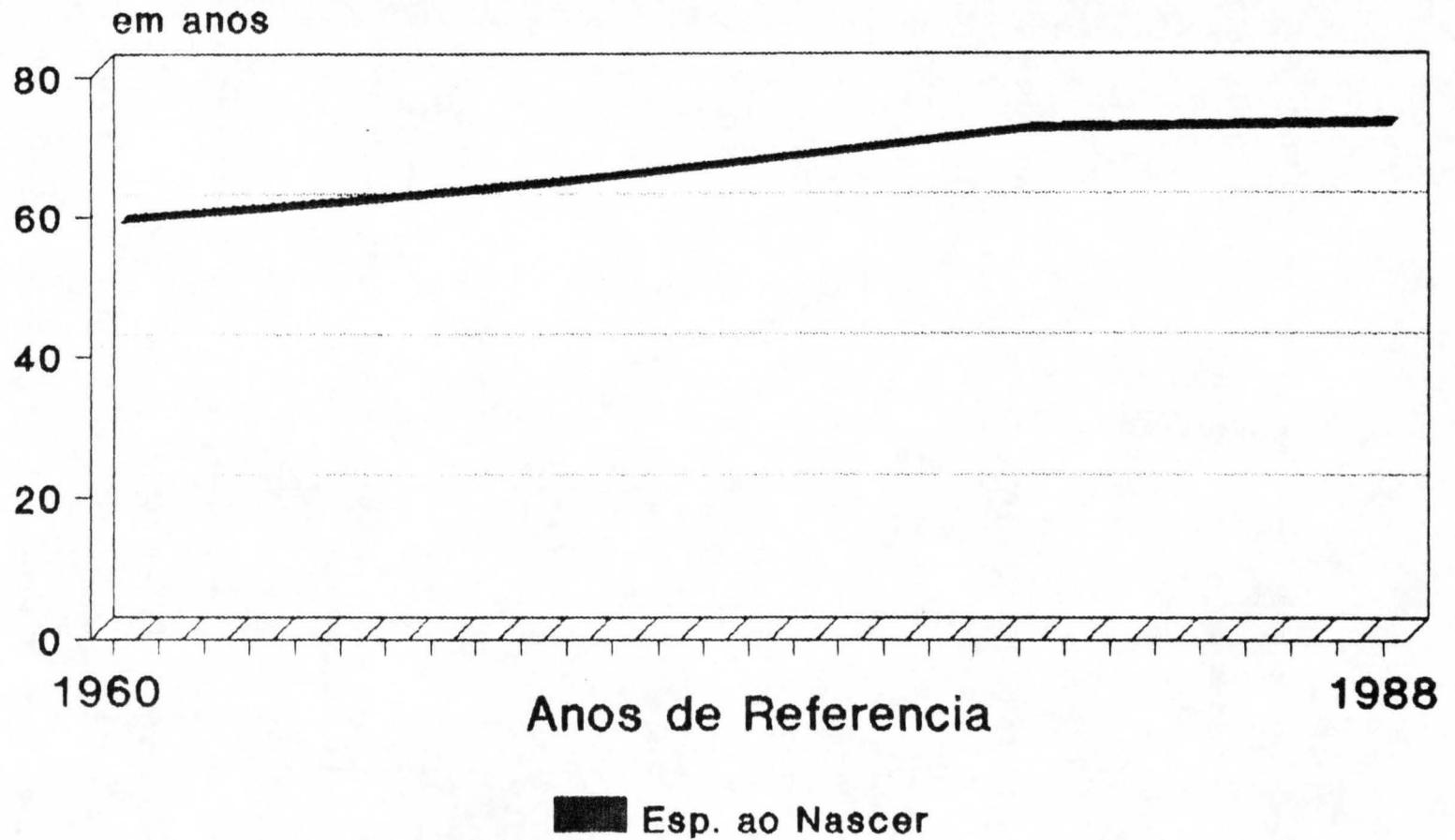


■ Taxas de Mort. Inf.

8-101-B

20 - CHILE: 1960-1988

ESPERANCA DE VIDA AO NASCER



condições de acesso aos serviços de saúde e da cobertura do sistema em todos os níveis de atenção médio-hospitalar. A tabela 28 mostra esses dados.

TABELA 28
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECIFICAS POR IDADE
CHILE: 1965-1985
(POR MIL HABITANTES)

FAIXAS ETARIAS (EM ANOS)	ANOS DE REFERENCIA		
	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

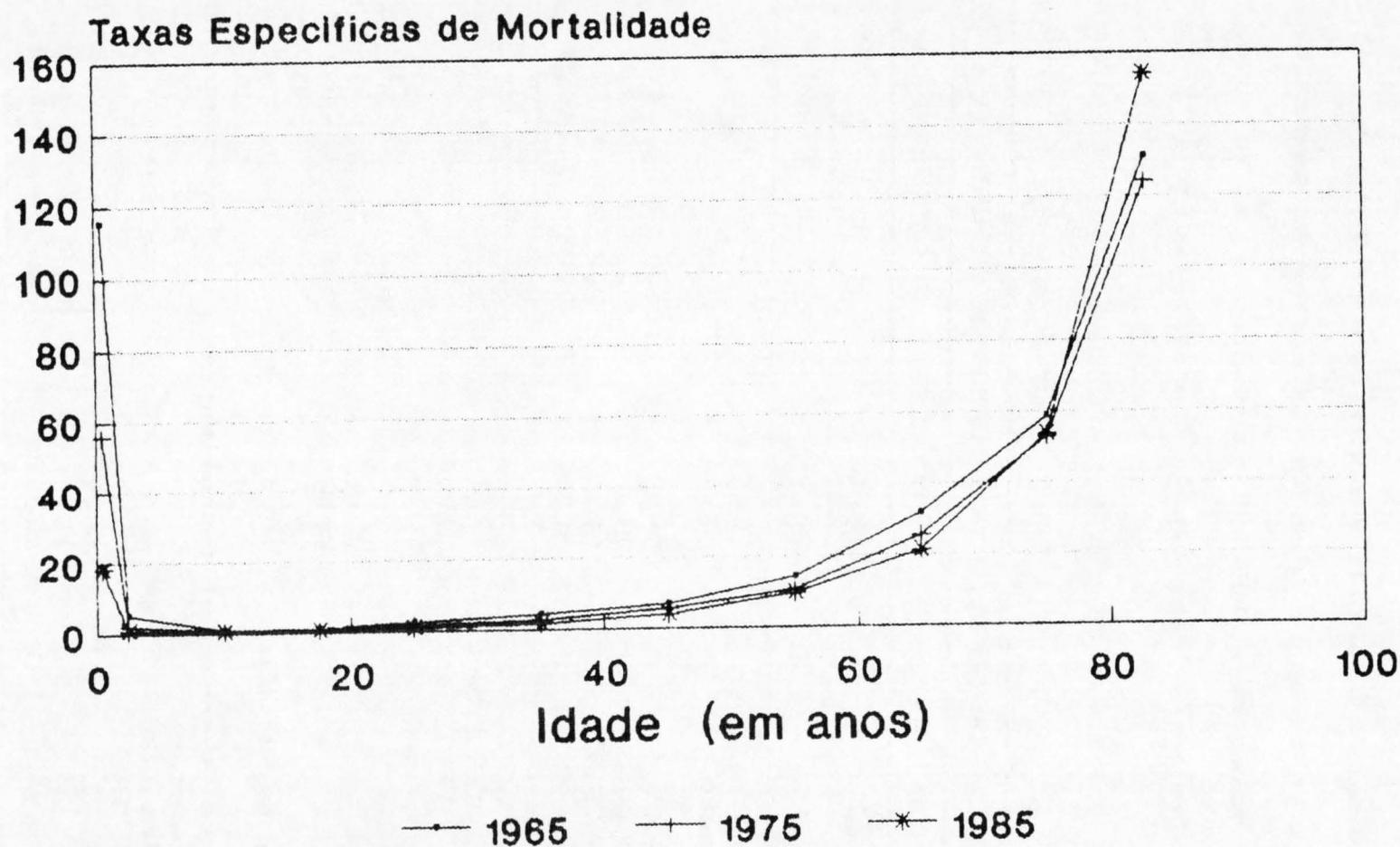
FONTE: LOIS, E.M. "Indicadores en Salud" in ROMERO, M.I. (org), "Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile", Ed. CPU, Santiago, 1990.

O 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.

O grande declínio da mortalidade, até os anos setenta, associa-se a redução dos fatores de risco ligados a doenças transmissíveis, como o Sarampo, Tifo e Infecções Intestinais. Segundo a Organização Panamericana da Saúde, o Chile apresentava, ao final dos anos oitenta, o mais baixo índice de

21 - CHILE: 1965-1985

TAXAS ESPECIFICAS DE MORTALIDADE P/IDADE



mortalidade infantil específico por Infecções Intestinais da América Latina. A tabela 29 mostra as taxas de morbidade e mortalidade por 100.000 habitantes, derivadas de enfermidades preveníveis por vacinação e transmissíveis.

TABELA 29
TAXAS DE MORTALIDADE E MORBIDADE POR 100.000 HABITANTES
POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS: CHILE, 1965-1985

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 Di- gestiva				
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.

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

Como corolário, aumenta o peso das enfermidades crônicas na estrutura de mortalidade, como os acidentes cardíovasculares, 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.

TABELA 30
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE
CHILE: 1950-1988

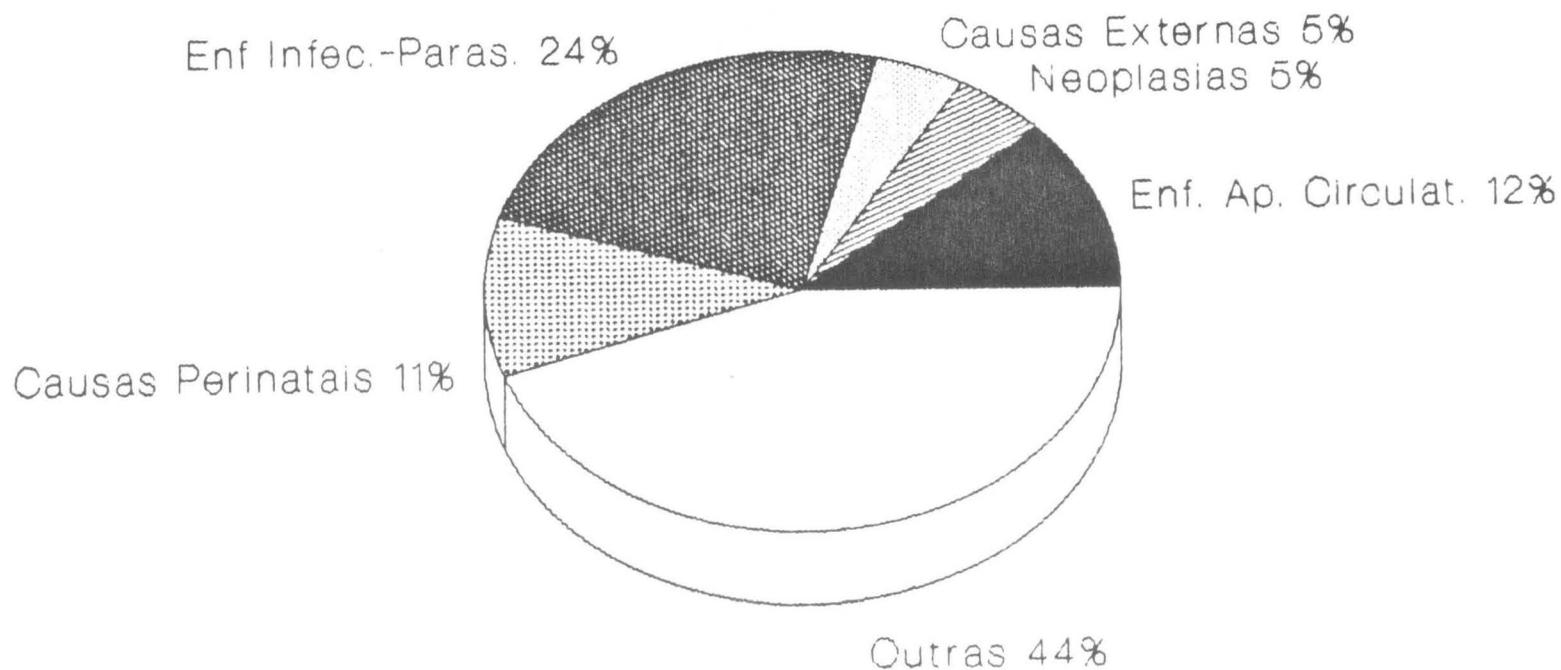
TIPOS AGREGADOS DE CAUSAS	1950	1960	1970	1980	1988
1) Enferm. do Aparelho Circul.	11,9	12,4	21,9	26,6	27,9
2) Neoplasias	4,9	9,9	11,8	15,4	18,0
3) Causas Externas	4,7	10,4	9,7	11,9	12,1
4) Enferm. do Aparelho Respir.	22,9	13,7	18,3	9,5	12,0
5) Enferm. do Aparelho Digest.	3,5	13,2	6,5	8,1	6,5
6) Enferm. Infec. e Parasitar.	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.

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

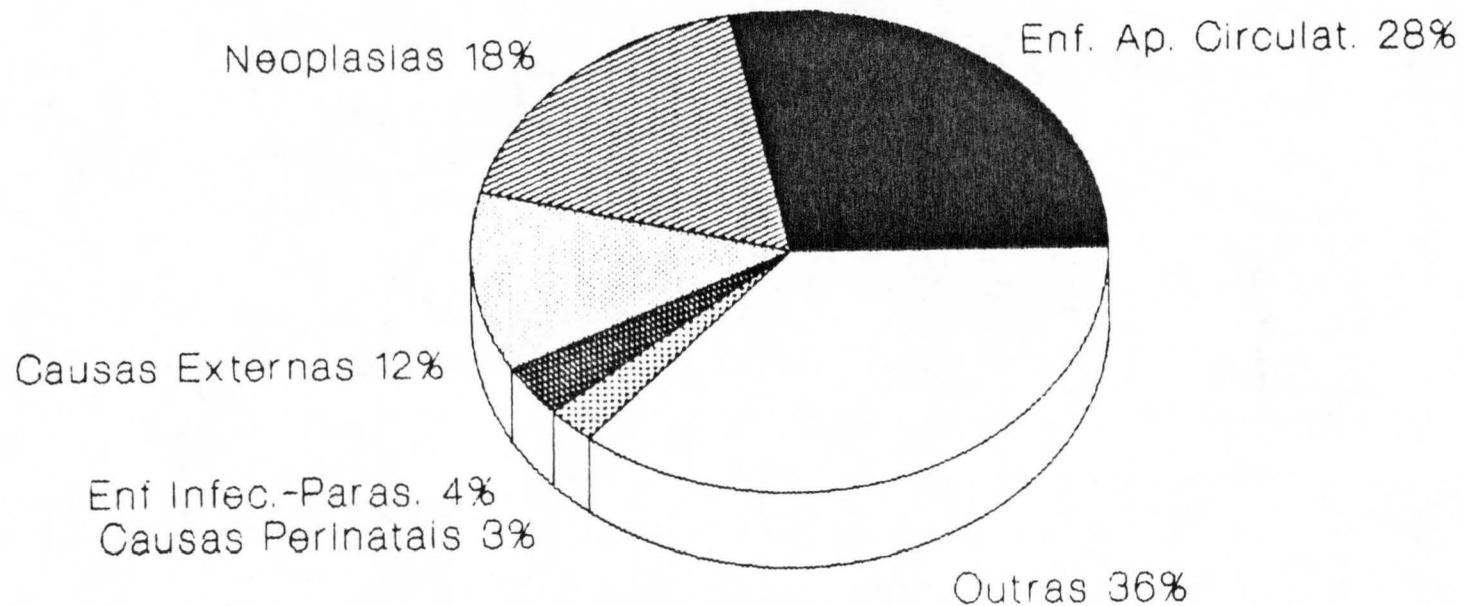
22 - CHILE: 1950

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE



23 - CHILE: 1988

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE



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, tuberculosas, 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.

Os programas de atenção materno infantil também tem alcançado resultados bastante satisfatórios. A taxa de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos passou de 29 para 5 entre 1965 e 1985 e a taxa de mortalidade por abortos declinou de 12 para 1,3 mortes de mulheres para cada 10.000 nascidos vivos, no mesmo período.

Os programas no campo da nutrição e suplementação alimentar também tem tido impactos positivos na redução das taxas de prevalência a desnutrição no Chile. Entre 1980 e 1986 a percentagem de crianças desnutridas com até 5 anos de idade,

conforme demonstra a tabela 31, caiu de 11,5% para 8,5%. Nos grupos de maior risco (0 a 5 meses de idade) esta taxa caiu de 5,0% 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%.

TABELA 31
TAXAS DE PREVALENCIA DE DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS
COM ATÉ 5 ANOS DE IDADE: CHILE, 1980-1986
(EM %)

ANOS DE REFER.	PERCENTAGEM DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS				
	0 A 5 MESES	6 A 12 MESES	12 A 24 MESES	2 A 5 ANOS	TOTAL
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.

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

A melhoria das condições de saúde no Chile, deriva, ainda da correção de alguns riscos ambientais, que vem sendo observados satisfatoriamente no Chile. 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, que vem acarretando incrementos na incidência de doenças do aparelho respiratório, particularmente na periferia.

5.2 - A Evolução da Capacidade Instalada

Nos últimos vinte anos, a capacidade instalada do setor hospitalar no Chile tem passado por um processo de crescimento de leitos no setor privado, associado a 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.

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 ISAPRES.

TABELA 32
LEITOS HOSPITALARES E TAXAS DE OCUPAÇÃO
CHILE: 1970-1988

ANOS	NUMERO DE LEITOS E TAXAS DE OCUPAÇÃO					LEITOS POR 1000 HAB.
	TOTAL	PUBLICOS		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

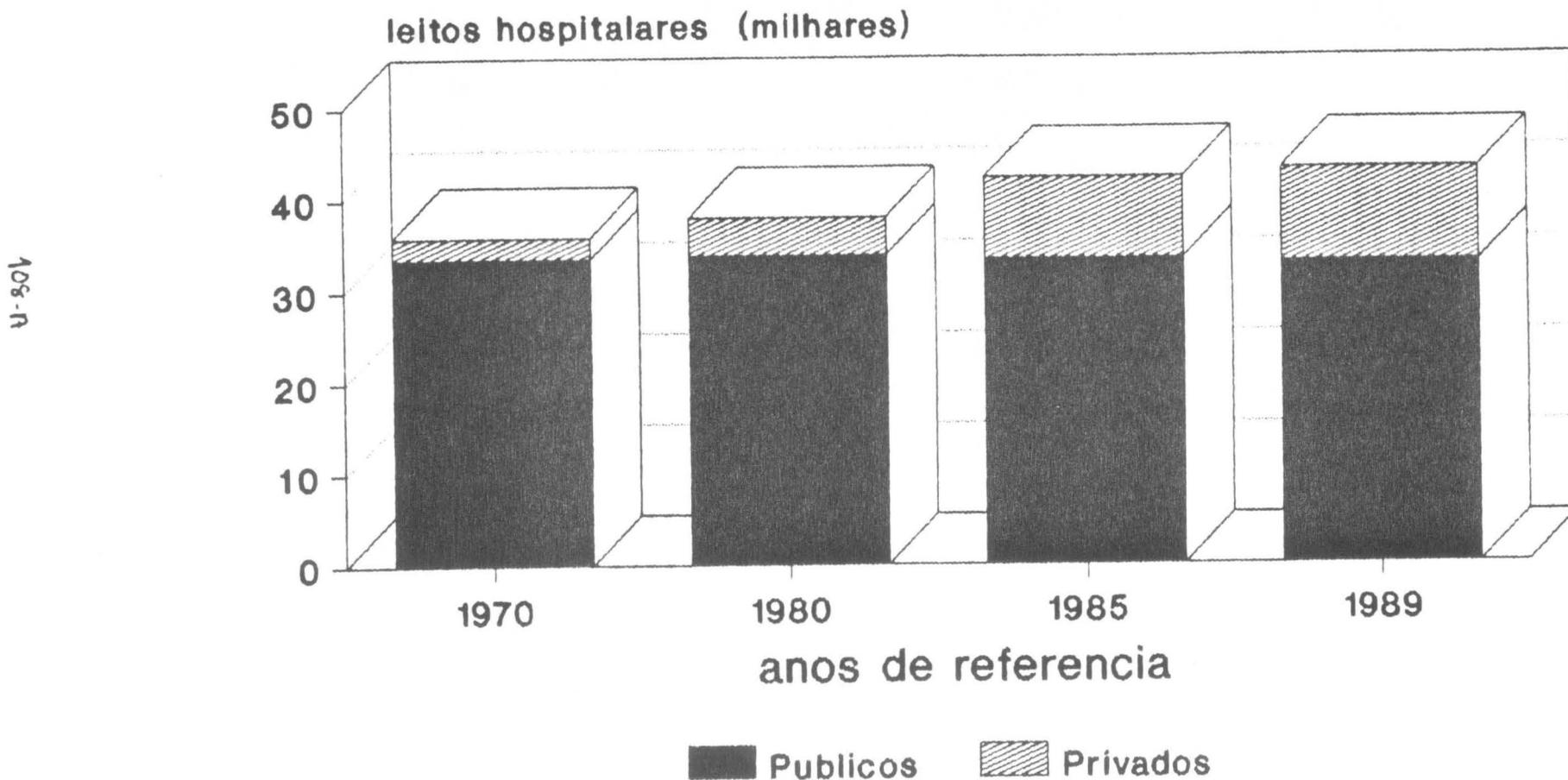
FONTE: CHILE, Ministerio de Salud

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 1000 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 1000 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 1000 habitantes entre 1981 e 1986.

24 - CHILE: 1970-1989

EVOLUCAO DO NUMERO DE LEITOS



Vale dizer que não existem no Chile grandes discrepâncias regionais na razão leitos por 1000 habitantes, enquanto no Brasil existem regiões totalmente desprovidas de leitos hospitalares.

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.

TABELA 33
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES
CHILE: 1970-1989

ANOS	TOTAL	PUBLICOS	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 CRESC. GEOMETR. ANUAL (70-89)	0,62	-0,08	5,24

FONTE: CHILE, Ministerio de Salud.

TABELA 34
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
1950-1988

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.

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.

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 realizada 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 1 ano foi a mais alta da América Latina (com exceção de Cuba, cujos dados não foram encontrados) no que diz respeito as vacinas tríplice (89%), de sarampo (91%) e de tuberculose (90%).

Os parâmetros relacionados a cobertura e consumo per-capita de alguns serviços de saúde podem ser observados na tabela 35.

TABELA 35
DEMANDA POR ATENÇÃO A 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.

- (1) - Sistema Nacional de Serviços de Saúde - Sistema Público, Universal e Descentralizado;
- (2) - Sistema Público de Livre-Escolha - Restrito a trabalhadores de maior renda;
- (3) - Sistema Privado de Livre-Escolha - Restrito a trabalhadores de maior renda;
- (4) - Em milhões de pessoas de 1988.

Observa-se que em 1988, 68,3% da população estava coberta pelos sistemas públicos universais e descentralizados. O restante 31,7% tinha 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 ISAPRES) 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 a natureza dos procedimentos adotados. Tomando-se como exemplo os partos, verifica-se que a proporção de cesareanas realizadas no SNSS é de 34%, enquanto que entre os beneficiários do FONASA livre escolha e das ISAPRES, esses percentuais são de 66% e 55%.

Com relação aos exames realizados, 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% (ISAPRES).

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 1965-1986 (tabela 36).

TABELA 36
CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE/ANO
CHILE: 1965-1985

ANOS	CONSULTAS MEDICAS			
	TOTAL	ADULTOS	CRIANCAS	MAES
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.

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.

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 ISAPRES, que já chegavam a quase 1% do PIB em 1988.

TABELA 37
GASTO EM SAÚDE COMO PERCENTAGEM DO PIB
CHILE: 1981-1988

ANOS	GASTO PÚBLICO	COTIZ. ISAPRES	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

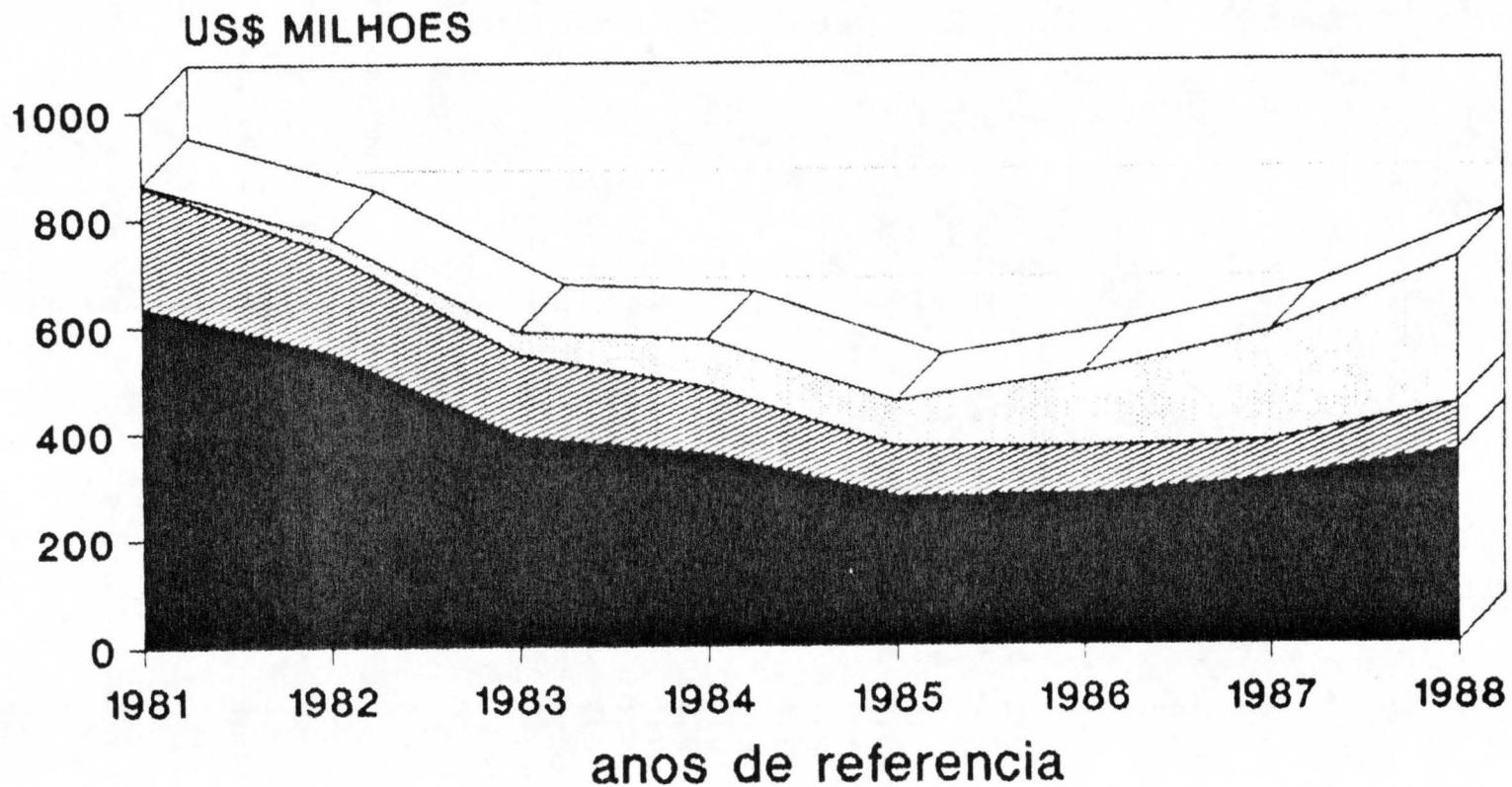
TABELA 38
ESTIMATIVA DOS GASTOS EM SAÚDE
(ESTATAL E ISAPRES) - CHILE: 1981-1988
(Em US\$ milhões correntes)

ANOS	SNSS	FONASA LIVRE ESCOLHA	ISAPRES	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

25 - CHILE: 1981-1988

GASTO EM SAUDE POR FONTE



■ SNSS

▨ FONASA (Livre Esc.)

□ ISAPRES

(EM US\$ MILHOES CORRENTES)

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

TABELA 39
ESTIMATIVA DOS GASTOS EM SAÚDE
(ESTATAL E ISAPRES) - CHILE: 1981-1989
(PARTICIP. PERCENTUAL)

ANOS	SNSS	FONASA LIVRE ESCOLHA	ISAPRES	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

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 ISAPRES já chegavam a 38% do total das despesas com saúde no Chile, ao lado de uma redução da participação relativa dos outros dois sub-sistemas.

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 concentrar 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 oitenta quando os fatores conjunturais associados a crise do Governo eram somados às pressões dos grupos de interesse 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 o chefe de família tem um registro único no sistema, denominado "Rol Unico 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 adotar a focalização dos programas como filosofia para alcançar a equidade social. Sendo assim, foram importantes pré-condições 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 sintiram 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 as consequências 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 setenta e oitenta 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 a produtividade e a 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 a qualidade e a 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 (ISAPRES), 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 setenta e oitenta, 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 a 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 sobre-cargas adicionais ao SNSS.

Outros associam a explosão de custos à própria criação do sistema ISAPRES, na medida em que esse sistema rompeu o poder monopsonico do setor público em controlar os preços dos serviços de saúde. A criação do sistema ISAPRES, nesta visão, trouxe uma modificação estrutural no sistema, pois a concorrência entre as ISAPRES 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 ISAPRES vis a vis a estagnação dos gastos do sistema público (S.N.S.S.).

Pode-se dizer que a elevação dos custos tem feito com que o sistema ISAPRES 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 ISAPRES caiu de 4 para 3. 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 a 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 da Universidad de Chile", Dr. Ernesto Medina Lois, está baseada na convicção de que as ISAPRES 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 ?" in Revista Administración en Salud, Ed. Programa Interfacultades en Administración de Salud, Universidad de Chile, Año V, 1991.
- ASOCIACION DE ISAPRES A.G., "Informe 1989", Santiago, 1989.
- _____, "Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile" Ed. Asociación de ISAPRES A.G., Santiago de Chile, abril de 1990.
- _____, "Informe 1990", Santiago, 1990.
- _____, "Informe 1991", Santiago, 1991.
- BANCO CENTRAL DE CHILE, "Boletín Mensual", Santiago, No. 761, julio 1991.
- CASTANEDA, T., "Para Combatir la Pobreza: Política Social y Descentralización en 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 Diario", Santiago, 10 de septiembre de 1991.
- FONDO NACIONAL DE SALUD - FONASA "Información 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 en Chile", Ed. CPU, Santiago, 1990.

- GODWINS CONSULTORES LTDA., "El Sistema de Salud Previsional en Chile", Santiago, junio, 1990, mimeo.
- JIMENEZ, J. e GILI, M., "Municipalización de la Atención Primaria en Salud" in ROMERO, M.I., op.cit.
- JIMENEZ, J., "Subsistema Mutuales de Seguridad" in ROMERO, M.I., op.cit.
- LOIS, E.M., "Consensos y Controversias sobre Salud Pública y Privada" in "El Diario", 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., BELTRAO, K.I. e CAPPELA, L.C.A., "Relatório sobre a Programação Realizada na Visita ao Sistema de Seguridade Social do Chile", Rio de Janeiro, setembro de 1991.
- MIRANDA, E., "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno" in "Estudios Públicos", Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago, No. 39, Invierno 1990.
- MOYA, C.A.G., "Nuevo Regimen de Salud: FONASA e ISAPRES", Ed. Publibey.
- REPUBLICA DE CHILE, "Codigo 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, "Boletin Estadistico", Santiago, No. 104, mayo 1991.

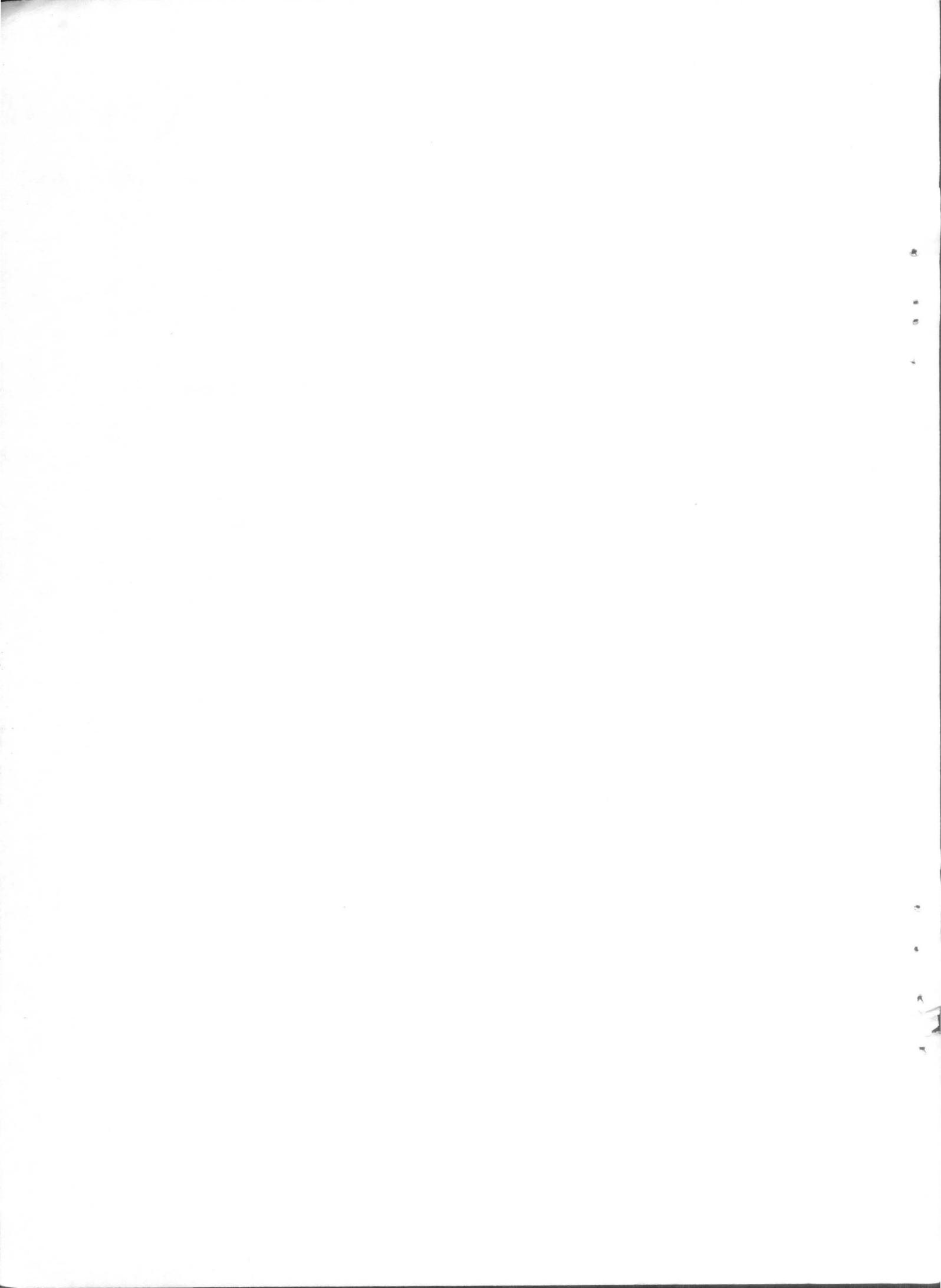
_____, SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL, "Boletin Estadistico Trimestral del Sistema ISAPRE", Santiago, 1o. trimestre 1991.

RODRIGUEZ, H.S., "Análisis Subsistema ISAPRES - Período 1981-1989", in ROMERO, M.I., op.cit.

ROMERO, M.I., "Medición de Calidad de Atención Médica a través 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.



RELATÓRIOS TÉCNICOS

NÚMEROS PUBLICADOS

- 01/88 - CRÍTICA DE RAZÕES NO CENSO ECONÔMICO
RENATO MARTINS ASSUNÇÃO
ROSANA DE FREITAS CASTRO
JOSÉ CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
- 02/88 - USO DE AMOSTRAGEM EM SIMULAÇÃO DE LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA
JOSÉ CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
MANUEL MARTINS FILHO
- 03/88 - FORECASTING THE NUMBER OF AIDS CASES IN BRAZIL
DANI GANEMAN
HELIO DOS SANTOS MIGNON
- 04/88 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE REDUÇÃO DA FRACÇÃO DE AMOSTRAGEM
NO CENSO DEMOGRÁFICO
JOSÉ CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
JOSÉ MATIAS DE LIMA
- 01/89 - MIGRAÇÕES ANUAIS RURAL - URBANO-RURAL
PERÍODO 70/80
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
HELIO DOS SANTOS MIGNON
- 02/89 - CURVA DE LORENZ & ÍNDICE DE GINI PARA DISTRIBUIÇÕES
DE RENDA
JOSÉ PAULO O. CARNEIRO
JORGE LUIZ RANGEL COSTA
- 03/89 - METODOLOGIA DA CRÍTICA DE EQUAÇÕES DE FECHAMENTO NOS
CENSOS ECONÔMICOS DE 1985
JOSÉ CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
RENATO M. ASSUNÇÃO
- 04/89 - UMA PROPOSTA DE DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA DO CENSO
DEMOGRÁFICO DE 1990
JOSÉ CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
JOSÉ MATIAS DE LIMA
- 05/89 - UMA REVISÃO DO BATS - BAYESIAN ANALYSIS OF TIMES SERIES
HELIO DOS SANTOS MIGNON
E. SUYAMA
- 01/90 - PERFIL DE VISITANTES DE MUSEUS
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
ANGELA CARUSO PEREIRA
CRISTINE GUIMARÃES THOMAZ PEREIRA
MARIA JUSTINA NUNES CAROLLO
ANDRÉ NUNES VIEGAS
ELIANE PSZCZOL
MARCIA SARAIVA LEON
ROSANE MARIA DA ROCHA
- 02/90 - O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:
DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO
ANDRÉ CEZAR MÊDICI

- 03/90 - THE PLANAR CLOSING LEMMA FOR CHAIN RECURRENCE
 MARIA LUCIA ALVARENGA PEIXOTO
 CHARLES CHAPMAN PUGH
- 04/90 - MEDIDAS DE MORTALIDADE: UM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DAS
 MUDANÇAS DE ESCOLARIDADE DA MÃE E DA ESTRUTURA DE
 FECUNDIDADE EM QUATRO ÁREAS BRASILEIRAS
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
 DIANA OYA SAWYER
- 05/90 - A MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL
 ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 06/90 - COMPARAÇÃO DE ALGUNS MÉTODOS PARA ESTIMAÇÃO DE NASCIDOS
 VIVOS
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
 MILENA PIRACCINI DUCHIADE
 PAULO PIMENTEL WULHYNEK
- 07/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO
 ANA AMÉLIA CAMARANO
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 08/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA POR NÍVEL DE RENDA
 ANA AMÉLIA CAMARANO
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 09/90 - PROGRAMA PARA ANÁLISE DE EXPERIMENTOS PLANEJADOS
 SEGUNDO O ENFOQUE DE HELDER
 DENISE CUNHA OTTERO
- 10/90 - SISTEMA ESTATÍSTICO, PLANEJAMENTO E SOCIEDADE NO BRASIL
 (NOTAS PARA UMA DISCUSSÃO)
 ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 11/90 - PREVIDÊNCIA SOCIAL - VELHOS PROBLEMAS, NOVOS DESAFIOS
 PEDRO LUIZ BARROS SILVA
 ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 01/91 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL
 ANDRÉ CEZAR MEDICI
 FRANCISCO DE OLIVEIRA
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 02/91 - INCENTIVOS GOVERNAMENTAIS AO SETOR PRIVADO
 EM SAÚDE NO BRASIL
 ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 03/91 - CÁLCULO DAS TAXAS LIQUIDAS DE MIGRAÇÃO RURAL-URBANA
 KAIZO IWAKAMI BELTRÃO

04/91 - PERSPECTIVAS DO FINANCIAMENTO À SAÚDE NO GOVERNO
COLLOR DE MELLO

André Cezar Médici

05/91 - DESCENTRALIZAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

André Cezar Médici

06/91 - SEM RÉGUA E COMPASSO
POPULAÇÃO, EMPREGO E POBREZA NO BRASIL DOS ANOS OITENTA

André Cezar Médici

01/92 - CUSTOS DA ATENÇÃO MÉDICA A AIDS NO BRASIL
ALGUNS DADOS PRELIMINARES

André Cezar Médici
Kaizô Iwakami Beltrão

02/92 - OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DAS EMPRESAS:
EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS RECENTES

André Cezar Médici

03/92 - FONTES DE FINANCIAMENTO DO GASTO SOCIAL FEDERAL NO BRASIL:
UMA RETROSPECTIVA DOS ANOS OITENTA

André Cezar Médici

04/92 - DIMENSÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

André Cezar Médici
Francisco E.B. de Oliveira

05/92 - AN OPTIMAL C(=) TEST OF AVERAGE PRECIPITATION
IN RANDOMIZED CLOUD-SEEDING EXPERIMENTS

BY

Barry R. James - UNIV. OF MINNESOTA, DULUTH
Kang Ling James - UNIV. OF MINNESOTA, DULUTH
Djalma G.C.Pessoa - ENCE/IBGE

LIVRO DE

LIVRO

LIVRO