

Chile

*Patricio Fabián Oliva Mella
Carmen Gloria Narváez Carrasco*

Introdução

O Chile, como todos os países que atravessam um marcado processo de industrialização, está sujeito a processos próprios da modernidade que influenciam tanto as grandes instituições como os elementos microculturais representados pelos indivíduos na vida cotidiana, na qual se combinam as particularidades compartilhadas e em que cada um de seus fatores constitutivos se articula para gerar o que há de singular, analisável, identitário. Do ponto de vista histórico, pode-se observar que o País tem elementos em comum com muitos países latino-americanos colonizados pelo império espanhol. Nesses elementos, misturam-se diferentes códigos culturais e eventos históricos próprios da região, tais como as guerras de independência, as numerosas guerras civis, as políticas de redução sistemática dos povos indígenas, as migrações provenientes de diferentes partes do mundo, a marcante influência católica e a adoção de políticas que têm favorecido a globalização ao longo das últimas décadas, resultando na construção do País atual. O aspecto cultural corre paralelamente, mas, nesse caso, estabelece nuances que outorgam ao povo chileno particularidades que o diferenciam do restante do continente em termos semânticos, com relação aos valores

e às projeções para o futuro e, acima de tudo, na conquista de um presente que se expressa em cada uma das ações cotidianas com as quais essa demarcada realidade social nacional se organiza.

No caso do Chile atual, podemos analisá-lo a partir de diferentes aspectos, cada um deles com características próprias, que nos permitem ter uma visão total do País. Um dos principais aspectos é o econômico, especialmente porque nas últimas três décadas foi possível observar que a ação do modelo econômico-político imperante (neoliberal) centrou-se sistematicamente em cada um dos aspectos socioculturais da nação, expressando-se fielmente nos sistemas educacional, político, cultural, religioso e, principalmente, no setor da saúde. O fator socioeconômico determina a forma de compreender a realidade socio sanitária do País e põe em evidência a maneira por meio da qual o indivíduo consegue estabelecer as distinções necessárias para encontrar a resposta adequada à sua demanda de saúde. Também se transforma em um elemento fundamental entre os numerosos determinantes sociais da saúde, fornecendo o substrato para o desenvolvimento de condições que podem resultar em uma doença, ou promovendo recursos para evitar um fator de risco.

Um exemplo que se desprende do exposto acima é a mudança nos costumes de vida dos chilenos, caracterizada por condições pessoais e de trabalho, que propiciam um estilo de vida sedentário e uma alimentação inadequada. Isso resulta no rápido aparecimento de vários fatores de risco, como as doenças crônicas, que constituem um dos principais problemas de saúde do País, sendo possível observar, do ponto de vista sociocultural, a integração dos elementos puramente sanitários com a globalização cultural vigente.

Diante do exposto e segundo a Encuesta Nacional de Salud de 2016-2017, a saúde da população chilena mostra indicadores negativos, condicionados principalmente por determinantes da saúde próprios da modernidade, uma vez que 33,3% da população é fumante ativa; 15,2%,

passiva; e 11,7% fazem consumo de álcool de risco. Ademais, 86,7% têm um estilo de vida sedentário, do que resulta que 39,8% das pessoas apresentam sobrepeso, 31,2% são obesas; e 3,2%, obesas mórbidas. Essas problemáticas, entre muitos outros fatores, pressionam um sistema de saúde que tem dificuldade em gerar as instâncias necessárias para que a população tenha um acesso adequado à saúde e igualdade no que se refere aos diferentes tratamentos médicos.

A desigualdade gerada pela implantação do modelo socioeconômico nacional, embora não seja um fenômeno apenas chileno, tem um forte impacto no sistema de saúde. Este conta, por um lado, com um setor privado altamente diversificado que dispõe de alta tecnologia para atender às diferentes patologias, mas com um alto custo para o usuário, e no qual as coberturas de saúde dependem da capacidade de pagamento dos diferentes seguros específicos, portanto, não é acessível a toda a população. Por outro, há o setor da saúde pública que tem uma alta demanda social e concentra o maior número de funcionários da saúde, mas ainda carece de muitos elementos para poder responder satisfatoriamente às reais demandas de saúde da população, apesar dos constantes investimentos em infraestrutura e da cobertura que oferece. A diferença entre ambos os sistemas de saúde (o público e o privado) envolve essencialmente conotações sociais, uma vez que a distribuição das classes sociais se manifesta no tipo de cobertura de saúde à qual as pessoas têm acesso. Isso gera um forte e evidente desequilíbrio sociocultural uma vez que os setores sociais que têm uma maior possibilidade de acesso utilizam o sistema privado de saúde, e os setores médios e baixos utilizam os serviços do sistema público. Esta situação tem gerado constantes discussões sobre acesso e equidade.

Em contrapartida, o sistema de saúde chileno é pouco solidário, devido à mencionada segmentação dos indivíduos com base em sua possibilidade de pagamento, e nele as pessoas saudáveis, trabalhado-

ras e que possuem maiores recursos estão filiadas ao setor privado, enquanto as pessoas doentes, com menor participação no mercado de trabalho e com menores recursos, são atendidas pelo seguro público¹. Essas diferenças são fruto, principalmente, da falta de regulamentações estatais apropriadas que, com frequência, tornam-se evidentes quando o sistema de saúde começa a experimentar tensões que se manifestam, em maior ou menor medida, no descontentamento da população.

O conflito que existe, entre o modelo econômico atual, as demandas da população e as necessidades na área da saúde, é motivo de constantes discussões midiáticas, acadêmicas, mas acima de tudo políticas, embora ainda não seja possível enxergar um horizonte no qual se estruturam soluções adequadas para as problemáticas, tanto manifestas como latentes, e especialmente as futuras.

I. Contexto geossociopolítico e econômico

Do ponto de vista social, o Chile tem se configurado como uma sociedade moderna e complexa, claramente influenciada pela globalização econômica e cultural. Esse panorama, promovido pelos governos democráticos dos últimos 30 anos, determinou uma combinação singular que incorpora elementos socioculturais característicos da cultura anglo-saxônica, bem com os tipicamente nacionais, sendo esse um fenômeno transversal a todas as classes sociais do País e contra o qual apenas as comunidades indígenas altamente proteladas têm oferecido resistência. Configurou-se assim um modelo clássico de modernização urbana tecnologicizada que está em constante comunicação por intermédio de diferentes meios, especialmente das redes sociais.

Apesar disso, observam-se contradições ao analisar a distribuição da riqueza, o acesso à educação, o tipo de consumo cultural existente entre as diferentes classes sociais e o acesso e a cobertura de saúde, sendo estas

as áreas nas quais a universalidade globalizante pode ser questionada se ela for observada a partir de uma realidade em que a falta de recursos econômicos é óbvia e cotidiana. É por isso que o sujeito tenta apropriar-se de realidades mais benéficas, para ele ou para seu entorno, mesmo que durante o processo, deva se endividar para poder fazê-lo.

No que diz respeito especificamente à identidade nacional, observa-se que esta transita por uma reconfiguração constante de seus códigos culturais, gerando um dinamismo particular que se expressa nas diversas manifestações que constroem conjuntamente a realidade do País. A busca constante de uma definição correta da identidade nacional tem contribuído para um tipo de comunicação específica, que diferencia dicotomicamente o Chile das demais nações da América do Sul, conseguindo caracterizar as qualidades identitárias dos outros países, mas sem alcançar uma definição satisfatória do que seria o tipicamente chileno.

Distribuição geopolítica e economia

De uma perspectiva político-administrativa, o Chile, de acordo com a Constituição Política de 1980, é um país unitário cujo território está dividido em 15 regiões (mas existem projetos para criar regiões dividindo as já existentes). Cada uma delas é dividida em províncias, de responsabilidade de um intendente regional, designado pelo Presidente da República e que exerce uma função política. Atualmente existem 50 províncias que são chefiadas por um governador designado pelo Presidente da República cuja função também é política, embora tenha menos atribuições do que o intendente regional. Cada província é dividida em municípios. No momento atual, há 341 municípios chefiados por um prefeito, eleito popularmente, e responsável pela gestão política de uma cidade, e que também administra a educação e a saúde públicas municipais. O prefeito é apoiado pelos vereadores que são eleitos democraticamente a cada quatro anos e compõem o Conselho Municipal, exercendo uma função administrativa e fiscalizadora.

O sistema político do Chile é uma democracia republicana, o qual apresenta a clássica divisão dos três poderes do Estado (Executivo, Legislativo, Judiciário). O tipo de governo é uma República Presidencial, o que significa que o Presidente da República é também o Chefe de Estado e o Chefe de Governo. O Presidente é eleito por sufrágio popular e direto pelos cidadãos chilenos maiores de 18 anos, por um período de quatro anos, sem direito à reeleição. A política chilena, apesar de ser presidencialista, é altamente burocrática, o que resulta em uma complexa institucionalização dos diferentes ministérios, dificultando o controle dos recursos econômicos e a eficiência na aplicação de políticas públicas. Isso faz com que as instituições de regulamentação e fiscalização sejam primordiais dentro desse modelo. Para superar a falta de dinamismo e administrar os recursos financeiros das diversas obras públicas, foram incorporados agentes privados por meio de concessões, especialmente para o desenvolvimento de infraestrutura e de alguns serviços específicos, embora o sucesso obtido tenha sido relativo e muitas vezes questionável.

No que diz respeito à política chilena, existem três grandes blocos: um de direita, um de centro-esquerda e um terceiro de esquerda. Deste último, fazem parte principalmente os partidos novos e movimentos sociais que alcançaram algum tipo de representação política, especialmente devido à forte desigualdade existente entre as classes sociais que estabeleceu uma iniquidade significativa em questões críticas, gerando inicialmente movimentos políticos extrapartidários que deram visibilidade aos problemas a partir de uma perspectiva muito mais realista e concreta, afastada das grandes ideologias político-partidárias dos anos 1960 e 1970. Essa problemática expressou-se em manifestações multitudinárias motivadas por assuntos específicos, como o sistema de pensões, a precariedade da saúde, os problemas na educação, os direitos civis etc. Tudo isso levou ao surgimento do terceiro bloco político,

cuja estruturação futura ainda não foi definida devido à sua falta de estabilidade política interna.

A política, em termos gerais, não é polarizada; e realizam-se acordos referentes a diferentes projetos de lei, nos quais predomina a visão de longo prazo do Estado, em vez de uma tentativa de refundações ou revoluções no contexto nacional. Com relação à macropolítica, a visão continua sendo unitária, afastada da política de caudilhos e respeitando a separação de cada um dos poderes do Estado, o que estabelece um senso de ordem relativa no País.

Economicamente, o Chile tem um dos sistemas mais dinâmicos e estáveis da América Latina, pertence à categoria de países de alta renda, de acordo com o Banco Mundial, e tem a classificação mais favorável de dívida externa do continente. Trata-se de um modelo liberal, embora o estado ainda mantenha o controle da política monetária e de algumas das principais indústrias do País, como a Codelco (Corporación Nacional del Cobre, Chile) O principal setor econômico é o de serviços, com 63,9% do Produto Interno Bruto (PIB), seguido pela mineração, que, em 2012, gerou 14,2% do PIB e 57% das exportações².

Entretanto, apesar dos índices macroeconômicos, observa-se que:

- a) A distribuição assimétrica da renda contribui para que a diferença entre as classes sociais seja muito marcada;
- b) As grandes corporações detêm os principais recursos financeiros;
- c) As microempresas são as que oferecem o maior número de empregos;
- d) Existe um alto endividamento familiar devido à necessidade de pagar por serviços essenciais como a educação e a saúde.

Essas questões têm promovido debates políticos constantes cujos assuntos giram em torno, por um lado, da criação de políticas que

limitem a participação do Estado e, por outro, da necessidade de empreender ações que permitam que este controle os recursos de maneira mais eficiente. Atualmente, o País mantém a tradição democrática das últimas décadas que privilegia o diálogo entre as diferentes coalizões políticas, propiciando, dessa forma, uma estabilidade política que favorece o investimento privado em relação ao estatal.

Os diferentes setores sociais nacionais coexistem nessa realidade particular, articulando tanto seus elementos cognitivos quanto suas ações com as possíveis realidades que o contexto chileno apresenta. Entre estes setores, destacam-se o trabalhista, o educacional e, sobretudo, o sanitário, que é permanentemente avaliado pelas autoridades e pela opinião pública, especialmente devido à importância que tem em si mesmo e para outros setores que não funcionariam sem a saúde.

II. O sistema de saúde

A saúde no Chile sempre foi uma questão sensível devido à importância que tem para a população. Trata-se de um assunto político fundamental na hora de implantar programas de intervenção que incorporem melhoras de cobertura e de infraestrutura paulatinamente, em cada período de governo, embora a demanda pela qualidade do serviço e pelo atendimento oportuno seja constante, gerando tensões e conflitos que vêm à tona com certa periodicidade e resultam na renúncia de ministros ou na reconfiguração de políticas.

O Chile, contudo, destaca-se por ter um sistema de saúde que conseguiu ser bastante complexo e moderno, em concordância com o progressivo desenvolvimento socioeconômico do País. Por mais de três décadas, o sistema de saúde tem-se diversificado e estruturado de forma global e consistente. O resultado é um sistema assistencial de saúde misto constituído por diversas e heterogêneas entidades públicas

e privadas que estão interligadas e abertas ao potencial atendimento de toda a população, independentemente do tipo de seguro de cada pessoa.

Ao longo de sua história, o Chile experimentou diversos modelos sanitários, tanto em relação à gestão, ao acesso, quanto à própria organização, mas cada um deles foi apenas o reflexo de seu tempo, sendo a modernização constante o que tem impulsionado as modificações correspondentes nessa área, seja por iniciativa da administração central, seja dos próprios usuários que solicitam um atendimento de saúde adequado.

No momento presente, o setor da saúde vivencia novas tensões decorrentes do envelhecimento da população (a expectativa de vida é de 80 anos), da migração constante (que aumenta a tensão do sistema público de saúde) e da incorporação de novas patologias infecciosas ao contexto epidemiológico nacional, muitas das quais tinham sido erradicadas do País há décadas. Esses fatores compõem o panorama sanitário que, por ser dinâmico e multidimensional, torna difícil estimar com precisão quais serão os próximos problemas que surgirão ou avaliar as consequências em longo prazo das medidas sanitárias, especialmente porque esse sistema diz respeito a apenas um dos setores sociais, entre outros, que exige atenção política constante e conta com recursos financeiros limitados.

a) O acesso à saúde no Chile

Dentro do contexto político nacional, a saúde é considerada um direito, e o Estado é quem gera as instâncias apropriadas para que o acesso à saúde seja o mais oportuno possível. No entanto, a saúde, por fazer parte de um setor social altamente complexo, evidencia periodicamente novas necessidades, o que a transforma em um foco constante de preocupações políticas e sociais. O acesso à saúde está organizado por meio de instituições e canais definidos, cujas classificações dependem de vários fatores associados a eles,

tais como: acesso público ou privado, tipo de instituição que presta os serviços, ou simplesmente de quais tipos de cobertura as pessoas afetadas dispõem para as diversas patologias.

Para entender realmente o acesso à saúde, é necessário conhecer, em primeiro lugar, as organizações envolvidas, bem como os programas de saúde correspondentes. Estes são:

1. O Sistema Nacional de Salud que inclui todas as pessoas e entidades estatais, públicas ou privadas, que desempenham funções relacionadas com a estrutura, financiamento, seguros e funcionamento do sistema em sua totalidade³.
2. O Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), entidade pública com um marco regulatório claro,

cuja finalidade é a prestação de serviços de saúde à população, e para o qual conta, de forma descentralizada, com serviços de saúde no âmbito regional ou sub-regional que dispõem de uma rede de atendimento. Também fazem parte do SNSS as instituições designadas através de convênios, com destaque para os municípios e os serviços delegados³.

De uma perspectiva puramente constitucional, desde 1980, o acesso à saúde é garantido a todas as pessoas⁴, sendo que o Estado tem uma posição administrativa, especialmente no exercício da função de:

1. Coordenar e controlar as atividades relacionadas com a saúde e assumir a plena autoridade sobre esta, mas incluindo os atores privados para o desempenho dessa tarefa.
2. Garantir a execução das ações de saúde, assegurando a existência de diversos meios ou mecanismos que proporcionem atenção à saúde para a população.

O sistema de saúde nacional compreende dois subsistemas de

cobertura, um público e outro privado. O sistema público é organizado por meio do Fonasa (Fondo Nacional de Salud) cuja missão é “ser o seguro público solidário e único que garante o acesso universal à saúde de qualidade, oportuna e com proteção financeira para toda a população segurada”⁵. Em 2017, chegou a oferecer cobertura para 77% da população nacional e configurou-se como o principal subsistema de prestação de serviços médicos do País, sendo, além disso, o que demanda mais recursos e apresenta mais conflitos, por esse mesmo motivo⁶.

Por outro lado, o subsistema de saúde privada, administrado pelas Instituciones de Salud Previsional (Isapre), atende pessoas de renda mais alta e oferece atendimento oportuno e exames médicos com tecnologia avançada, no entanto, tem demonstrado muitos aspectos negativos, como o alto custo das prestações, que a grande maioria da população não consegue pagar⁷. Em ambos os casos, público e privado, o aporte de cada trabalhador ao sistema de saúde corresponde a 7% de seu rendimento tributável. No entanto, para os trabalhadores que dependem do sistema privado, esse valor pode chegar, em média, a 10%, dado que a cobertura fornecida pelo sistema privado ultrapassa essa contribuição de 7%⁸.

As Isapre não conseguem cumprir com os objetivos básicos de equidade e solidariedade, próprios da seguridade social, e têm objetivos organizacionais diferentes daqueles do sistema público, o que faz com que elas não ofereçam um seguro universal, equitativo e solidário, que, por sua vez, contribua ao acesso universal ao sistema de saúde.

Um acontecimento-chave no acesso à saúde foi a instituição de programas específicos, em 2004, por meio da Ley de la República nº 19.966⁹, que estabeleceu o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), com um plano de saúde obrigatório para ambos os subsistemas que “garante o acesso, a qualidade, oportunidade e proteção financeira, com as quais devem ser concedidos os benefícios associados aos problemas de saúde incluídos nas garantias”⁴. As prestações de serviços de saúde compre-

endidas são tanto preventivas como de reabilitação ou paliativas. Nesse contexto, existem várias modalidades de transferência de recursos:

- a) A modalidade ‘livre escolha’ que permite aos usuários do subsistema público ter acesso aos prestadores do subsistema privado¹⁰.
- b) Convênios de fornecimento de prestações médicas que envolvem compras feitas por prestadores públicos a prestadores privados¹⁰.
- c) Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud). Por meio deste sistema, é garantido o direito à saúde para toda a população, sem discriminação de qualquer natureza, bem como a diminuição das desigualdades de acesso à saúde resultantes da condição econômica dos pacientes. Mediante esse procedimento, trata-se de evitar

o agravamento do estado de saúde das pessoas em decorrência da falta de cumprimento dos prazos estabelecidos para a concessão de prestações para patologias cobertas pelo plano de Garantias Explícitas em Saúde (GES), e, com tal fim, designa um segundo prestador, que permite ao segurado do Fonasa ter acesso ao serviço solicitado em outro estabelecimento assistencial (público ou privado), após a apresentação da reclamação em alguma agência ou através do ‘call center’ do Fonasa¹⁰.

O Fonasa

verifica o não cumprimento da garantia e, se este for comprovado, designa um segundo prestador, dentro da rede pública; se esta não tiver as condições de realizar o atendimento, o paciente é encaminhado ao setor privado para a solução de seu problema de saúde¹¹.

Entre estes dois subsistemas estão as, Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden e outros seguros. As primeiras respondem a um sistema de seguro que depende do Ministério de Defesa e das Forças Armadas ou Capredena (Caja de Previsión de Defensa Nacional) e a Dipreca (Dirección de Previsión de Carabineros de Chile). Ambas dispõem de uma rede de prestadores privados e podem ter acesso aos serviços da rede de saúde, privada ou municipal, de acordo com os convênios. As Associações de Socorro Mútuo como Codelco e Teletón, embora recebam financiamento estatal, têm autonomia administrativa e gerencial com relação às regras e diretrizes do Ministério da Saúde, uma vez que não fazem parte do SNSS.

Quadro I. Descrição do financiamento, serviço e cobertura dos subsistemas de saúde no Chile

Subsistema	Fontes de financiamento	Modalidade de entrega do serviço	Características gerais do subsistema
Serviço Nacional de Saúde – Fondo Nacional de Salud (Fonasa)	Estado: Aporte fiscal Aporte municipal Contribuição 7% Copagamento	Serviços de Saúde Serviços Municipais Livre escolha Convênios c/privados	Solidário Cobertura: 70% da população
Instituciones de Salud Previsional (Isapre)	Estado: Subsídios Indivíduo: Contribuição 7% Pré-pago e Copagamento	Serviços próprios Livre escolha Convênios c/privados	Não solidário Cobertura: 25% da população
Sistemas de Saúde das Forças Armadas	Estado: Aporte fiscal Indivíduo: Contribuição 7% Copagamento	Serviços próprios Convênio c/privados	Solidário Intra-sistema Cobertura: 2-3%
Associações de Socorro Mútuo (Doenças Profissionais e Acidentes de Trabalho)	Empregador: Contribuição específica (Estado como empregador)	Serviços próprios Associações de Socorro Mútuo e administração delegada, convênio c/privados e públicos.	Solidário Intra-sistema Cobertura: 100% Trabalhadores assalariados
Sistema de Saúde da Corporación Nacional del Cobre (Codelco)	Estado: Como empregador Indivíduos: 7% contribuição	Serviços próprios Convênios com públicos e privados	Solidário intra-sistema Cobertura: 100% dos empregados
Sistema de Saúde Teletón	Indivíduos: Beneficência Copago	Serviços próprios	Solidário Cobertura 100% crianças com deficiência física

Fonte: Chile: El derecho a la salud. Coordinación Alames – Chile¹².

Entretanto, como é organizado o financiamento com os prestadores de serviços para a provisão de atenção à saúde? Em primeiro lugar, temos aqueles que contribuem com 7% do seu salário, seja ao Fonasa ou

às Isapres. As pessoas do sistema público são atendidas em clínicas e hospitais do SNSS, embora eventualmente também possam ser tratadas em clínicas privadas ou em centros médicos privados. Os contribuintes das Isapres são atendidos principalmente em clínicas e centros médicos privados, mas também em hospitais públicos. Os contribuintes das Forças Armadas são atendidos em seus próprios hospitais, embora também possam utilizar os hospitais públicos e clínicas.

Os diferentes subsistemas de saúde citados utilizam os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde dependentes do Minsal (Ministerio de Salud), sendo um elo fundamental no contexto do acesso à saúde. São classificados segundo três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário, de acordo com os seguintes critérios de complexidade e cobertura, conforme mostrado no *quadro 2* a seguir:

Quadro 2. Complexidade e cobertura de saúde, dependendo do nível de saúde

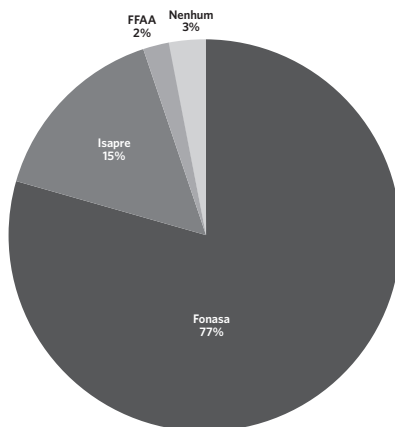
Nível de cuidados de saúde	Complexidade	Cobertura Populacional
Nível Primário	Mínima	Ampla Atenção ambulatorial em Postos de Saúde Rurais e em Consultórios Gerais, Urbanos e Rurais.
Nível Secundário	Intermediária	Média Este nível atua por referência. Suas ações envolvem o atendimento ambulatorial ou internações em estabelecimentos de apoio.
Nível Terciário	Alta	Reduzida Destina-se a resolver aqueles problemas que vão além da capacidade resolutive dos níveis precedentes. O direcionamento pode ser regional, suprarregional ou nacional.

Fonte: Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral, Sindical e Institucional¹³.

A distribuição de pessoas entre os diferentes sistemas de cobertura de saúde está relacionada com o tipo de acesso à saúde que possuem, o que, de acordo com as evidências, não é homogêneo. O sistema público tem uma demanda maior (77% da população), especialmente quando comparado com o sistema privado, que atende apenas 15% da população total (*gráfico 1*), embora, segundo

outras fontes, esse número aumenta, chegando a 17%¹⁴ por tanto, as tensões e as demandas de acesso são assimétricas.

Gráfico 1. Distribuição segundo provisão em saúde



Fonte: Financiamiento de la salud en Chile: Elementos para la discusión de una reforma necesaria¹.

O ACESSO NA SAÚDE MUNICIPAL

Um fator importante, em termos do acesso aos serviços de saúde, é a saúde municipal devido ao contato com a realidade cotidiana, tanto no referente à infraestrutura quanto ao relacionamento entre os prestadores de serviços de saúde e os pacientes. Em 1980, a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) foi transferida às prefeituras dos municípios e passou a ser representada por centros de atenção primária, com financiamento do Estado¹⁵. Muitas vezes, a gestão é delegada a departamentos, agências ou corporações municipais, que são os que administram a APS¹⁶.

A gestão de cerca de 90% dos centros de atendimento do SNSS é de responsabilidade das prefeituras municipais, sendo que as realidades dos diversos centros e comunas (menor subdivisão administrativa do Chile) são muito diferentes, tanto individualmente quanto no relacionado com a integração das redes assistenciais dos Serviços de Saúde¹⁷.

As prefeituras municipais não são apenas encarregadas da gestão do setor da saúde, mas também da educação e de outras múltiplas funções, com destaque para o trabalho intersetorial de desenvolvimento das comunas e o realizado com a participação da comunidade.

As vantagens são:

- (i) A descentralização da saúde para os governos locais tem sido eficaz e positiva em relação à centralização;
- (ii) A gestão local de recursos e o desempenho são adequados em termos de qualidade e resultados;
- (iii) O pessoal adquire experiência em APS e conhece a população local;
- (iv) A assistência local à saúde responde plenamente às necessidades da população;
- (v) A gestão financeira do município é eficiente;
- (vi) A gestão local do pessoal é eficiente;
- (vii) Há uma participação comunitária adequada e efetiva na saúde;
- (viii) A promoção e a prevenção da saúde local são ativas e suficientes;
- (ix) Há maior integração intersetorial no setor da saúde e do desenvolvimento.

As desvantagens são:

- (i) A alocação e a distribuição dos recursos recebidos (especialmente os financeiros) geralmente são insuficientes e inequitativas, não respondendo às demandas de atendimento local;
- (ii) Há fragmentação e iniquidade assistencial entre os centros e as comunas;

- (iii) Ocorre uma grande rotatividade do pessoal do governo local (prefeito e equipes dirigentes municipais) e do pessoal qualificado (especialmente médicos); além disso, os recursos podem ser insuficientes para satisfazer à demanda;
- (iv) Pouca integração com a rede assistencial;
- (v) Pode haver uma limitação do dinamismo quanto à gestão financeira e à negociação com os serviços (especialmente quando faltam recursos essenciais);
- (vi) Os municípios pobres permanecem em desvantagem (a iniquidade é mantida);
- (vii) Os recursos e a cultura não permitem uma participação comunitária efetiva;
- (viii) Os recursos fazem com que se priorizem as ações curativas e emergências;
- (ix) A necessária integração intersetorial local (saúde e desenvolvimento) não é plenamente alcançada;
- (x) Não tem sido possível encontrar uma solução adequada para o nível crítico de recursos, especialmente os financeiros e de pessoal, que permita que a assistência à saúde local possa responder a todas as necessidades e programas de saúde em cada comuna específica.

No entanto, de acordo com Goic⁷, no sistema público, o acesso da população ao atendimento médico, a consultórios periféricos, costuma ser extremamente difícil, burocratizado e deficitário, o que gera listas de espera, tanto para conseguir um número para atendimento quanto para o próprio atendimento. Entre outras deficiências, em áreas distantes dos centros urbanos ou em áreas remotas do País, pode-se observar que o “acesso aos especialistas é bastante limitado”⁷.

Em síntese, no contexto nacional, o acesso à saúde é condicionado pelas organizações de saúde dentro do País, bem como pelos diferentes programas sanitários focados nos eventos mais habituais. Isso permite uma melhor distribuição dos recursos e aumenta o número de pessoas que podem ser incorporadas à atenção à saúde. O acesso também é fortemente condicionado pelos recursos que o Estado põe à disposição do sistema sanitário, os quais são distribuídos entre infraestrutura, medicamentos e treinamento adequado do pessoal.

b) O financiamento da saúde no Chile

O sistema atual de financiamento da saúde é fruto da evolução econômica do País nas últimas décadas. De fato, a expectativa econômica decorrente da reforma da saúde, dos anos 1980, baseou-se na premissa de que, com o crescimento econômico do País, a maioria da população teria renda suficiente para ter acesso a coberturas de seguros e atendimento privado de saúde¹⁵. Com relação a essa expectativa, o sistema de seguros de saúde e a assistência à saúde pública seriam utilizados apenas para prover cobertura para as pessoas de baixa renda e para os pobres, os quais estão impossibilitados de ter acesso ao sistema do mercado privado. No entanto, contrariamente a tais previsões, o SNSS continua sendo o principal provedor de serviços de assistência médica no Chile¹⁵.

A partir da implementação da reforma original da década de 1980, os diversos governos (embora de filiações político-partidárias diferentes) deram continuidade ao mesmo modelo vigente; e, como era previsível, o SNSS acumulou dívidas históricas (é de destacar que foi bastante deixado de lado entre 1973 e 1990, durante o incentivo ao crescimento privado). Além disso, o SNSS não pode se autofinanciar com base na cobrança dos serviços assistenciais prestados às pessoas¹⁵. Enquanto uma parcela significativa dos recursos do SNSS é cedida pelo governo (impostos gerais),

outra parte provém do Fonasa (principalmente das contribuições), entidade que estima unilateralmente os custos da provisão de serviços e de outros mecanismos. No entanto, esses recursos não são suficientes para cobrir os custos dos centros de assistência à saúde.

Na década de 1980, inclusive, iniciaram-se ações diretamente relacionadas com o financiamento atual da saúde, como a ‘prefeiturização’ dos Consultórios de Atenção Primária, com o intuito de que estes tivessem autonomia de gestão e funcionamento. Posteriormente, em 1981, foram criadas as Isapre, entidades seguradoras privadas que, por meio de sistemas de livre escolha, permitiriam aperfeiçoar a oferta da provisão de serviços e benefícios para seus filiados, os quais, na prática, pertenciam principalmente (e até o momento atual ainda pertencem) ao segmento da população de renda média e alta. Nove anos depois, em 1990, surgiu a proposta de desenvolver uma reforma da saúde cuja principal preocupação fosse recuperar a infraestrutura hospitalar e aperfeiçoar os mecanismos de direção e regulamentação da saúde. Se alguns dos eventos que determinaram a situação da saúde atual fossem resgatados, eles seriam:

1. A fiscalização do financiamento e da prestação dos serviços privados por intermédio da Superintendência das Isapre.
2. O incremento de mecanismos de controle direcionados à fiscalização do funcionamento do sistema de saúde em todos os níveis.
3. A criação de instituições específicas para enfrentar questões emergentes:
 - » a. Conasida (Comisión Nacional del VIH-Sida).
 - » b. Conace (Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes).
 - » c. Fonadis (Fondo Nacional para la Discapacidad).

Em 2002, estabeleceram-se os primeiros Objetivos Nacionais de

Saúde referentes aos aspectos prioritários que o Estado deveria levar em conta para melhorar as condições e a iniquidade do sistema de saúde. Segundo Hevia¹⁶, estes se basearam em:

1. Manter as conquistas alcançadas (especialmente, a importante melhora dos indicadores que, como o da mortalidade infantil, foi fruto de todos os esforços realizados até esse momento).
2. Enfrentar o envelhecimento progressivo da população (com sua crescente carga de patologias crônicas não transmissíveis que envolvem altos custos de atendimento).
3. Resolver as desigualdades (referentes às brechas existentes entre os grupos populacionais de diferentes níveis socioeconômicos) e responder adequadamente às expectativas da população (esta é uma questão apontada continuamente como insatisfatória pela sociedade chilena).

As diversas reformas parciais da última década (como a Ley de Autoridad Sanitaria e o Programa Auge) junto com o aumento dos recursos destinados ao SNSS têm contribuído para resolver aspectos críticos parciais desta instituição. No entanto, existem falhas cruciais não resolvidas¹⁷. Nesse contexto, persistem no SNSS aspectos críticos que eram previsíveis e podiam ser corrigidos, nos anos 1990, que tendem a ser semelhantes aos problemas prioritários encontrados nos sistemas públicos de outros países que desenvolveram reformas na saúde, em concordância com o modelo capitalista do Banco Mundial¹⁷.

As limitações financeiras de longa data (dívida histórica de falta de investimentos e de recursos necessários) tiveram repercussão na limitação dos salários, no escasso número de pessoal, na falta de pessoal qualificado (que emigra para o setor privado), na cobertura e no atendimento hospitalar (especialmente naquele no qual há longas listas de espera) e na tecnologia e capacidade assistencial. Contudo, o financiamento da saúde e suas ex-

tensões sociopolíticas devem incluir a descrição das despesas com a saúde, do financiamento público, dos cuidados de longa duração, bem como um relato sobre o sistema fiscal e sobre como este funciona no relacionado com as doenças catastróficas, que é o tema que veremos a seguir.

COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE NO CHILE NA ÚLTIMA DÉCADA

Estima-se que o orçamento total da Lei Orçamentária de 2018 corresponda a US\$ 48.420.832. O orçamento do Minsal chega a US\$ 8.174.284, o que representa 16,9% do orçamento total da nação, ao qual são adicionados US\$ 105.937 milhões para o Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (FDTAC) que estão incluídos nas rubricas orçamentárias do Erário Público. Somando esses recursos, o orçamento desse Ministério chega a 17,1% do total¹⁸.

Dentro do contexto mundial, nos países industrializados, esse gasto tem aumentado em decorrência do crescimento econômico, dos avanços tecnológicos e de fatores demográficos, entre outros. No Chile, as fontes de financiamento podem ser diretas ou indiretas (*quadro 3*) de acordo com os dois subsistemas de saúde descritos anteriormente. Essas fontes incluem aportes governamentais, municipais, dos contribuintes, transferências e outros.

Em relação à Ley de Presupuesto de 2017, o orçamento de 2018 cresceu 6,9%. Ao compararmos as duas Leis, vemos que esse aumento é maior que o incremento do orçamento total da nação, que cresceu 3,9% entre 2017 e 2018. Também é maior, quando comparado com os aumentos dos últimos dois anos (5% em 2017 e 6% em 2016), embora não seja tão significativo como o registrado em 2015 e 2011, quando o orçamento do Minsal cresceu 11,8% e 12,5% respectivamente¹⁸. Nesse cenário, os aportes do governo central concentram o maior percentual, seguido pelo aporte indireto da contribuição de 7% dos trabalhadores.

Quadro 3. Fontes de financiamento do sistema de saúde no Chile

Setor saúde	Fonte de financiamento	Contribuições recebidas
Saúde Pública	Tipo de financiamento direto	Aporte do Governo Central Aporte Municipal
	Tipo de financiamento indireto	Trabalhadores (7%) Empresas (0.95%) Forças Armadas e da Ordem Transferências ordinárias
Saúde Privada	Fonte Indireta: Gasto do próprio bolso.	Copagamento de prestações Copagamento de medicamentos
	Fonte Indireta: Contribuições voluntárias	Pagamentos particulares Adicional das Isapre Prêmios de seguros

Fonte: Financiamiento del sistema de salud chileno¹⁹.

FINANCIAMENTO NO SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O financiamento no subsistema público varia de acordo com os tipos de atendimento prestados. A APS está dividida em APS Municipal, cuja gestão recai nas entidades municipais gestoras da saúde e em sua rede de estabelecimentos, e a atenção primária dependente dos próprios serviços de saúde, cuja gestão está em mãos do serviço de saúde correspondente.

Os recursos alocados em 2017, no caso da atenção primária, representam 21% do orçamento do Minsal. Este aporte fiscal é regulamentado pela Ley de Presupuestos del Fondo Nacional de Salud. Do valor total, 87% destinam-se à saúde primária municipal; e 13%, à APS dependente dos Serviços de Saúde²⁰. Por sua vez, os recursos outorgados à APS Municipal estão subdivididos em diferentes mecanismos de pagamento e glosas específicas:

1. 68% são transferidos via mecanismo per capita.
2. 23,0% em Programas de Reforço e Iniciativas Extraordinárias de Treinamento e Aperfeiçoamento.
3. 7% são destinados ao financiamento dos gastos originados pela implementação das Leis n^o 19.813, 20.157 e n^o 20.250²⁰.

Na APS Municipal, existe um marco regulatório que serve de base para os aportes estatais à saúde gerenciados pelos municípios²¹, que são repassados por meio de duas formas de pagamentos: do tipo per capita e o pagamento prospectivo por prestação do serviço. O pagamento per capita é um mecanismo de financiamento implantado de acordo com a população beneficiária, por um valor estipulado pelo Minsal, baseado em uma cesta de prestações denominada Plan de Salud Familiar.

Entre 2015 e 2016, os gastos totais com o setor da saúde aumentaram em uma taxa superior à do PIB desses dois anos. Apesar da desaceleração do crescimento do PIB, o gasto público com a saúde mostra um comportamento contracíclico, porque se mantém²². Estima-se que, em 2015, o gasto médio total com saúde de um beneficiário do Fonasa foi de US\$ 411.720 e, o de um beneficiário das Isapre, de US\$ 1.146.336. Isto é, o gasto de um beneficiário das Isapres foi 64% maior do que o de um beneficiário do Fonasa. Essa estimativa não inclui os gastos do próprio bolso, dentro do gasto privado, e considera o gasto público dividido pelo número de beneficiários do Fonasa e o gasto privado dividido pelo número de beneficiários das Isapre²². O Fonasa recebe aportes fiscais e aportes dos contribuintes. Esses recursos são transferidos para os serviços de saúde e para os serviços privados que fazem parte dos sistemas de livre escolha. Por sua vez, os serviços de saúde transferem os recursos para: hospitais privados, Centros de Atenção Primária e por meio de vários subsídios.

Entre os anos 2003 e 2012, aproximadamente, o Fonasa começou a aumentar a transferência de recursos mediante o pagamento associado à produção, que inclui o GES e os Programas especiais, diminuindo a porcentagem de pagamento por intermédio do orçamento histórico. No entanto, posteriormente, ocorreu uma quebra na tendência; e o pagamento começou a aumentar novamente por meio do PPI (Programa de Prestaciones Institucionales), sendo este um programa de

níveis secundário e terciário que cobre gastos históricos. Essa tendência continua presente no orçamento atual, uma vez que, enquanto o PPV (Programa de Prestaciones Valoradasⁱ) aumentou 6% em relação a 2017, chegando a US\$ 1.756 milhão, os recursos transferidos por meio do PPI alcançaram os US\$ 2.366 milhões, ou seja, um aumento de 11% em relação ao ano passado¹⁸.

O Programa de Atenção Primária gerido pelo Fonasa, e do qual provém a maior parte dos fundos destinados a este nível de atenção, teve um aumento de 5,6%, o menor observado desde 2012. No período de 2012 a 2017, a taxa média de crescimento foi de 8,7%, aumento que é discrepante se compararmos os recursos destinados à APS Municipal e os destinados à APS dependente dos serviços de saúde. Enquanto os da APS Municipal aumentaram 6,4%, os da APS dependente dos Serviços de Saúde aumentaram apenas 1%, em relação ao orçamento de 2017¹⁸. Em ambos os casos, a taxa de crescimento médio entre 2012 e 2017 fora de 9,2% e 5,7% respectivamente. O valor de base do per capita aumentou cerca de US\$ 400,00, atingindo US\$ 5.910,00, o que representa um aumento de 7% comparado com 2017. Esse aumento está alinhado com a taxa média de crescimento de 7% ao ano, observada entre 2012 e 2017¹⁸.

O atual sistema de saúde do Chile baseia-se na ideia de um estado subsidiário. Nesse contexto, as Isapre oferecem melhores planos para aquelas pessoas com maiores possibilidades de pagamento, que são diferenciados de acordo com a idade, sexo e condições preexistentes (doenças crônicas, entre outras), sendo mais alto o valor dos planos de saúde das pessoas que têm maior risco de contrair doenças. O cálculo

ⁱ N. do T.: O PPV é um mecanismo de pagamento por ato, que inclui grande parte dos serviços realizados em hospitais, os quais devem ser previamente programados de acordo com o Fonasa. É um mecanismo que tem um teto orçamentário, ou seja, se o hospital prestar mais serviços do que os acordados com o seguro público, a instituição não receberá os valores para cobri-los.

é realizado com base nas denominadas tabelas de sinistralidade que foram declaradas inconstitucionais pelo Tribunal Constitucional em 2010.

As críticas ao sistema das Isapre são:

- (i) Restrições para entrar no sistema (doenças preexistentes);
- (ii) Diferenciação por idade e sexo;
- (iii) Pouca cobertura para idosos;
- (iv) Alto custo dos programas, procedimentos e internações;
- (v) Copagamentos altos;
- (vi) Falta de programas de prevenção de impacto coletivo;
- (vii) Integração vertical das Isapres e das clínicas privadas;
- (viii) Lucros anuais excessivos;
- (ix) Aumento discricionário da contribuição.

CUIDADOS DE LONGO PRAZO

O envelhecimento da população, a mudança do perfil epidemiológico e a carga de doenças no mundo são as principais preocupações dos sistemas de saúde na atualidade, não só devido à necessidade de modificação da forma de enfrentar o desafio que representa manter e melhorar a saúde da população, mas também no referente ao aumento dos custos envolvidos. Apesar da importância crescente dessa questão, observa-se uma alta heterogeneidade nos gastos com os cuidados de longo prazo, inclusive entre os países membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). O gasto é um reflexo da prioridade dada a essa questão dentro do sistema; infelizmente, no caso do Chile, não há estatísticas a respeito, fato que reflete a pouca relevância outorgada aos cuidados de longo prazo dentro do sistema de saúde chileno. Embora seja reconhecida a importância do

envelhecimento da população e dos desafios que implica, estes estão relacionados, segundo a visão do Minsal, com o aumento da carga de doenças: incremento de doenças crônicas, doenças mentais e deficiências²³. Por sua parte, o Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) tem, sobre o assunto, um olhar mais voltado para a vulnerabilidade socioeconômica.

O Minsal canaliza os programas para idosos, principalmente por meio das garantias GES: acesso ao Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor (Empam), atendimento baseado nos resultados, detecção de problemas de refração e entrega de óculos (avaliação da necessidade, ajuda técnica e instruções com relação a sua utilização), hipoacusia bilateral, pneumonia de tratamento ambulatorial, prótese total do quadril para artrose e limitação funcional grave. Adicionalmente, o Ministério inclui outras iniciativas, como programas de vacinação, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (Pacam) e a entrega óculos, de aparelhos auditivos, bengalas e cadeiras de rodas²⁴.

DESCRIÇÃO DO REGIME TRIBUTÁRIO

O total dos gastos com a saúde no Chile (7,5% do PIB ou US\$ 1.568 PPP em 2011) é bem inferior à média dos gastos dos países-membros da OCDE²⁵. Ao comparar o gasto total do Minsal com a tendência do PIB, para 2018, estimada pelo Departamento de Orçamento (Dirección de Presupuesto), o gasto público com a saúde (contabilizando o orçamento do Minsal que também inclui o do Fonasa) chega a cerca de 5%, sendo menor que em 2011¹⁸. Em termos da composição do financiamento, a parcela pública é consideravelmente inferior à média dos países da OCDE, enquanto os gastos do próprio bolso são a principal fonte de financiamento.

Existem altos valores de copagamentos que devem ser quitados pelos beneficiários, bem como outros pagamentos diretos do próprio bolso referentes aos medicamentos ambulatoriais que não estão incluídos

no seguro. Além disso, existem valores máximos que as seguradoras pagam pelos serviços prestados. Se tivermos em conta que muitas doenças são eventos de risco, existe a possibilidade de que para muitas pessoas isso seja um caso biomédico catastrófico e tenha uma conotação negativa em termos da estabilidade financeira das famílias. De fato, 3,6% das famílias estariam em tal situação²⁶.

Do ponto de vista da cobertura, uma parte importante das despesas com a saúde é paga diretamente pelas famílias, em comparação com menos de 20%, em média, entre os países da OCDE. Concretamente, o 'gasto do próprio bolso' com saúde é de 4,6% (a média dos países pertencentes à OCDE é de 2,86%), o que não está em concordância com um sistema socialmente equitativo. Por exemplo, a família chilena, para financiar os gastos com a saúde, deve pagar de próprio bolso cinco vezes mais do que uma família francesa e o triplo do que uma família canadense⁷.

DESCRIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE DECORRENTES DE DOENÇAS CATASTRÓFICAS

A Lei n° 20.850, de 2015²⁷, criou um Sistema de Proteção Financeira para Diagnósticos e Tratamentos de Alto Custo que provê cobertura financeira universal para medicamentos muito dispendiosos, alimentos, procedimentos e insumos para uso médico, de comprovada eficácia, segundo o estabelecido nos protocolos respectivos, e garante que o acesso a eles seja feito com qualidade e eficiência. Essa lei, da mesma forma que as GES, estabelece garantias referentes ao acesso, qualidade, oportunidade e proteção financeira para algumas prestações de serviços de saúde. No entanto, diferentemente das GES, permite financiar tratamentos de alto custo associados a patologias raras, tratamentos de segunda linha, ou de outras doenças que afetam um número menor de pessoas, mas cujo prejuízo financeiro é catastrófico para os pacientes. Essa lei estabeleceu, pela primeira vez, um fundo mancomunado de recursos denominado

Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, por meio do qual são financiadas as prestações garantidas pelo sistema, marcando uma diferença com relação ao financiamento regular de benefícios de saúde no Chile e permitindo fornecer cobertura para qualquer pessoa que a solicitar, independentemente do sistema de saúde ao qual esteja filiada. Em termos de orçamento, somam-se US\$ 31.553 milhões às GES, estipulados pelo decreto modificativo que atualiza cestas de prestações para 10 problemas de saúde (Doença renal crônica, atrofia espinhal, HIV, Acidente Vascular Cerebral, depressão, hemorragia subaracnóidea, hipoacusia neurosensorial do prematuro, Parkinson, hepatite C e hipoacusia moderada em menores de quatro anos)¹⁸.

O sistema de financiamento dificulta o gerenciamento em rede, entrava a gestão de recursos e limita a tomada de decisões estratégicas. Teoricamente, cada serviço de saúde deve coordenar a rede de hospitais e consultórios sob sua responsabilidade, no entanto eles não compram os serviços requeridos – um elemento-chave para executar essa missão –, e sim o Fonasa, que desempenha o papel de comprador administrador. Esse cenário não incentiva os hospitais a se responsabilizarem pelas consequências de sua gestão porque 65% do seu financiamento correspondem ao pagamento por prestações institucionais, o que não guarda relação com os serviços prestados. Além disso, o financiamento outorgado aos consultórios não oferece incentivos para que estes reduzam o número de pacientes encaminhados para os hospitais, pois o custo associado a eles não tem impacto sobre seu orçamento. Os hospitais enfrentam limitações significativas na gestão de seus recursos físicos e humanos. Em termos de gastos hospitalares, o orçamento está composto por 55% do PPI e 45% do PPV¹⁸.

Por sua vez, o caráter unipessoal da cadeia de comando da rede pública impõe uma grande responsabilidade aos diretores dos hospitais,

o que pode desencorajá-los a tomar decisões importantes, especialmente quando estas envolvem interesses corporativos do setor e possam resultar em um rápido aumento dos conflitos⁷.

c) Centralismo e saúde

O centralismo é definido como um fenômeno político-social cuja principal característica reside no fato de que os serviços, administração, indústria, educação e outras instituições funcionam na capital, Santiago, cidade localizada na Região Metropolitana.

O centralismo pode ser tanto governamental como privado. O primeiro está relacionado com o fato de que as principais instituições governamentais estão sediadas na capital do País, onde as autoridades moram e trabalham. O segundo opera sob a mesma lógica, mas no campo empresarial e financeiro. O centralismo, em questões de saúde, é ainda mais complexo e pode ser observado nos seguintes pontos:

- a. A infraestrutura hospitalar é desenvolvida principalmente nas capitais regionais do País, especialmente a que presta um atendimento mais complexo e concentra um maior número de especialistas e profissionais da saúde, gerando uma assistência à saúde mais diversificada. O restante das comunas tem hospitais (que não contam com o número suficiente de especialistas ou equipamentos, nem têm a complexidade necessária para atender todas as necessidades da população) e centros de saúde da família, nas quais são atendidas emergências de baixa complexidade e principalmente doenças crônicas e agudas de alta prevalência. No entanto, nem todas as comunas do País contam com um centro de saúde. Os hospitais públicos de alta complexidade estão localizados, em sua maior parte, em Santiago e depois em Concepción (a segunda cidade mais importante do País em termos geo-

- políticos) e em algumas outras capitais regionais. No setor privado, essa situação se repete, uma vez que é na capital do País onde estão os melhores centros de atendimento privado que contam com a tecnologia adequada para tratar patologias e eventos complexos.
- b. Especialistas: A maior parte dos profissionais de saúde, especializados em diversas áreas, trabalham em hospitais públicos e privados e em clínicas privadas principalmente na capital do Chile, e em cada uma das capitais regionais, com exceção das regiões remotas do País que, por períodos, carecem de alguns especialistas, o que obriga os pacientes a se deslocarem para as capitais regionais, ou para a capital do País, para receber o atendimento adequado para sua doença.
 - c. Criação de políticas de saúde: O centralismo faz com que a elaboração destas seja feita com base em uma visão urbano-metropolitana, que não tem em conta as singularidades culturais das diferentes regiões do País, nem os aspectos étnicos. Portanto, estas políticas que são adequadas para a realidade sanitária da capital do País, assim como para algumas capitais regionais, na verdade apresentam sérios problemas de implantação em setores rurais afastados das capitais, e especialmente nas áreas de assentamento dos diferentes grupos étnicos distribuídos pelo País.

O centralismo, no Chile tem seus antecedentes nos tempos da colônia e só, em contadas ocasiões, foram realizados verdadeiros esforços de descentralização, como ocorreu entre os anos 1565 e 1575, quando foi criada a Real Audiencia, principal órgão de justiça, com sede na cidade de Concepción, ou por ocasião da malsucedida criação do sistema federal no País.

O centralismo é considerado um problema real que afeta a vida cotidiana dos chilenos, fazendo com que estes migrem gradativamente para a capital, cuja capacidade, no que diz respeito a todos os aspectos populacionais, está seriamente comprometida. De outro ponto de vista, o centralismo está sedimentado na cultura nacional, podendo ser observado na cobertura das informações, nas atividades culturais e nos eventos esportivos, entre outros. Esse enraizamento na idiosincrasia nacional se manifesta de duas formas: por um lado, o centralismo que se origina na capital do País, cujas características já foram descritas; por outro, o proveniente das capitais regionais, as quais tendem a concentrar o poder político, administrativo e financeiro de cada região, em detrimento do restante das comunas. Consequentemente, surgiram diversos movimentos autônomos regionalistas que defendem a divisão de algumas regiões, com o objetivo de criar capitais regionais e, assim, aproximar esses polos político-administrativos do restante das comunas. Dessa forma, nos últimos anos, nasceram novas regiões, de menor tamanho, que reproduzem fidedignamente o regime centralista nacional.

No setor da saúde, a descentralização é afetada por elementos estruturais próprios do modelo centralista adotado pelo País, sendo os principais:

- a) A implementação de políticas nacionais por parte do Minsal que enfrenta duas situações complexas. A primeira está relacionada com o fato de que os recursos para o desenvolvimento das políticas são definidos centralmente. A segunda refere-se ao fato de que embora a execução das políticas em todo o território nacional, que tem evidentes singularidades territoriais e culturais, esteja em mãos das autoridades locais, estas devem reportar-se ao governo central, que é quem avalia a efetividade do planejamento realizado.

- b) A ampliação do modelo sanitário centralista nacional, muitas vezes, é realizada a partir de diretrizes externas, tais como as políticas da Organização Mundial da Saúde ou outras similares, cuja adaptação às diferentes realidades existentes no território é praticamente nula, e faz com que a eficácia real dos resultados sanitários propostos seja seriamente questionada pela população local.

No contexto nacional, não há uma política de saúde que vise à descentralização, e essa questão não está presente no discurso das pessoas, já que o centralismo é considerado como algo cotidiano, o que impede, de fato, qualquer iniciativa regionalista com relação a ele. A única possibilidade de empreender ações de saúde dentro do contexto local (com certas medidas e restrições financeiras) é por meio da saúde municipal que, por sua lógica, pode realizar ações que impactem a vida cotidiana dos habitantes das comunas, permitindo atender a necessidades exclusivamente locais, sempre considerando as reais possibilidades de manobra dos municípios, que devem também gerenciar eficientemente outros setores sociais, como a educação, e dar uma resposta a necessidades permanentes, como a segurança.

d) Institucionalidade e autoridades sanitárias

O Minsal é composto por duas subsecretárias: Subsecretaria de Redes Assistenciais e Subsecretária de Saúde Pública. É de responsabilidade de esta última garantir a saúde de todas as pessoas, exercendo principalmente funções reguladoras, normativas e fiscalizadoras e contribuindo de forma participativa para o acesso a políticas socioambientais que melhorem constantemente a saúde da população, particularmente a dos setores mais vulneráveis, cumprindo assim os objetivos sanitários propostos.

A estrutura do Minsal segue o modelo centralista, que prevalece em todo o sistema político-administrativo do Chile, e sua principal

autoridade é o Ministro da Saúde, nomeado pelo presidente da República, e quadro de sua confiança. Sua função é desenvolver e articular as diversas políticas de saúde, em concordância com a orientação política do grupo governante, bem como gerenciar tais atividades com o poder legislativo, mas sempre dentro do período de governo de cada presidente, o que implica que uma política sanitária dificilmente poderá se estender por mais de quatro anos. O Ministro da Saúde tem amplo conhecimento em matéria sanitária, tanto no âmbito nacional como internacional, e sua trajetória e filiação políticas o tornam merecedor de participar do governo ao qual pertence.

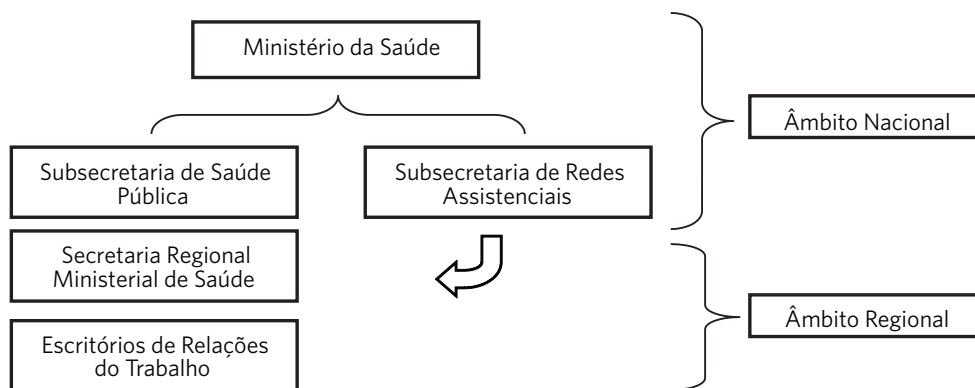
Sua função é definitivamente política e está encarregado de negociar com os diversos sistemas que fazem parte do governo. Os aspectos técnicos são elaborados por uma equipe de assessores, que constantemente lhe entrega informação sistematizada a fim de apoiar a correta tomada de decisões.

Uma das principais subdivisões ministeriais é a Subsecretaria de Saúde Pública, liderada pelo Subsecretário de Saúde Pública, chefe de maior escalão dessa Subsecretaria, encarregado da gestão do serviço interno do Ministério e dos assuntos relacionados com a promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças que afetam as populações ou grupos de pessoas; colaborador imediato do ministro e seu substituto direto²². Por outro lado, em 2005, foi criada a Subsecretaria de Redes Assistenciais, cuja missão consiste em regulamentar o funcionamento das redes de saúde, por meio da formulação de políticas e normas, e o desenvolvimento de programas de coordenação e articulação dos estabelecimentos de saúde. Chefiada pelo Subsecretário de Redes Assistenciais, seu principal objetivo é atender às necessidades de saúde da população usuária. Além disso, realiza a gestão de 194 hospitais, sendo 62 de alta complexidade, 26 de média complexidade e 100 de baixa complexidade, os quais contam, ao todo, com 26.189 leitos²².

A representação do poder do Ministro da Saúde da região é estabelecida pela Secretaria Regional Ministerial de Saúde, uma instituição política e administrativa cuja função é implementar as políticas nacionais e, em menor medida, as políticas sanitárias locais, com a aprovação prévia do ministério central (em Santiago). O Secretário Regional Ministerial de Saúde, assim como o Ministro da Saúde, é um representante político com vasta trajetória na área da saúde, mas com uma clara adesão política ao governante. O secretário não é necessariamente um profissional médico, uma vez que não é exigida nenhuma profissão específica para exercer esse cargo, no entanto, ele deve ter uma forte característica político-gerencial, visto que deve negociar e gerenciar as políticas criadas pelo Minsal para o âmbito regional. Conta, para seu assessoramento, com uma equipe técnica local.

A missão das Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde é garantir que todas as pessoas tenham direito à proteção da saúde, para o qual exercem funções reguladoras, normativas e fiscalizadoras próprias do Estado chileno, contribuindo assim para a qualidade de acesso às políticas sanitárias e ambientais. Esses serviços funcionam, em cada região, com a participação cidadã, por intermédio do Conselho Consultivo Regional de Saúde, composto por atores relevantes da área da saúde. Esse Conselho foi criado pela Lei nº 19.977, de 2004. De modo geral, essa articulação pode ser descrita da seguinte forma:

Figura I. Divisão do Ministério da Saúde



Fonte: Baseado no organograma do Ministério da Saúde. Chile²⁸.

III. Caracterização conceitual da participação social nos sistemas de saúde

A participação social no Chile está intimamente ligada ao conceito de Promoção da Saúde, no qual as próprias pessoas se tornam atores ativos que podem, até certo ponto, controlar seus determinantes sanitários, com resultados positivos. Esse processo, que visa acima de tudo o empoderamento, tem o objetivo de modificar as condições sociais, ambientais e econômicas em que as pessoas e as comunidades vivem, e é complementado pelo fortalecimento das habilidades e capacidades delas. Portanto, existe uma dimensão coletiva e outra individual na tarefa de alcançar o bem-estar²⁹.

O Minsal, em 1998, lançou o Primer Plan Nacional de Promoción de la Salud, segundo o perfil epidemiológico do País, e em consonância com o incentivo internacional para a promoção da saúde e com a estratégia da APS. Nesse cenário, foi criado o Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, composto por 28 instituições públicas e privadas de todo o País. Sua função consiste em assessorar os

ministérios na formulação de políticas de saúde e coordenar o plano de ação estratégico intersetorial.

Os Conselhos comunais de Vida Chile contam com uma rede de Conselhos locais de natureza participativa, integrada por representantes de organizações sociais e comunitárias, autoridades municipais, serviços públicos locais e entidades privadas. Sua principal finalidade é colaborar com o diagnóstico participativo da saúde e da qualidade de vida, além de participar da formulação, implementação e avaliação do Plano Comunal de Promoção da Saúde³⁰. Um dos desafios políticos enfrentados foi desenvolver uma política de Estado, para a promoção da saúde intersetorial e participativa, com o objetivo de promover estilos de vida e ambientes saudáveis e, ao mesmo tempo, motivar o compromisso ativo da sociedade chilena com sua saúde e qualidade de vida. Isto é, gerar um modelo de política pública que beneficie todos os cidadãos sem distinção, com legislação e financiamento que transcendam os governos, e com base em metas consensuais na busca do bem comum.

A Agenda Pro Participación Ciudadana, 2006-2010, desenvolveu um conjunto de diretrizes que expressam os lineamentos das políticas públicas para promover a participação, o exercício dos direitos dos cidadãos, o associacionismo e o respeito à diversidade. Baseia-se em quatro eixos definidos, que abrangem os componentes participativos das políticas públicas:

- a. Direito do cidadão à informação pública;
- b. Gestão pública participativa;
- c. Fortalecimento da sociedade civil;
- d. Não discriminação e respeito à diversidade.

Esses eixos programáticos orientam a ação em favor de uma demo-

cracia participativa, sendo sua operacionalização de responsabilidade de cada ministério, serviço público, governo municipal, provincial e regional³¹.

A participação, no Chile, foi institucionalizada por diversos meios, tais como a Lei da Autoridade Sanitária, Conselhos de Integração da Rede Assistencial, Conselhos Consultivos das Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde, Conselhos Consultivos dos Hospitais Autogestionados e dos mecanismos de integração e articulação da rede assistencial, nos quais se expressam, em certa medida, as tomadas de decisão em matéria de saúde pública e prestação de serviços.

IV. Políticas de proteção para grupos vulneráveis

No Chile, os grupos que vivem em condições de extrema pobreza não são os únicos expostos a altos níveis de vulnerabilidade social. Esta atinge diversos grupos sociais, etários e de gênero, o que torna complexo, para o Estado, o direcionamento adequado de recursos e a elaboração de políticas públicas. Também fazem parte desses grupos pessoas em situação de rua, grupos LGBT, idosos que vivem na pobreza e famílias com adultos privados de liberdade. O Estado também identifica outros grupos com maior probabilidade de exposição a condições de vulnerabilidade, que possam afetar seu bem-estar, por exemplo, pessoas com deficiências e pessoas pertencentes a povos indígenas, as quais costumam apresentar taxas mais altas de pobreza e menor grau de inclusão do que outras populações do País⁶. Os grupos vulneráveis pertencem, em sua maioria, ao primeiro quintil (em 2013, este correspondia a pessoas cuja renda mensal per capita era igual ou inferior a US\$ 53.184). Embora esses grupos não precisem pagar pela assistência médica, no sistema público, em verdade, são os que apresentam os maiores percentuais de problemas associados com o acesso à assistência à saúde e com as possibilidades de atendimento.

Etnias e vulnerabilidade: principais características

Os principais problemas no contexto da saúde residem na dificuldade para incrementar, tanto políticas sanitárias corretas como os diversos programas específicos dentro das comunidades étnicas do País, devido às diferenças de organização existentes entre o sistema de saúde alopático imperante e a compreensão da saúde do ponto de vista étnico. Especificamente, é possível observar que o contexto cultural étnico não responde necessariamente à cultura sanitária ocidental, uma vez que existem patologias e fatores de risco que não estão presentes nesta última, assim como, de forma inversa, existe, do ponto de vista étnico, uma compreensão completamente diferente da saúde e dos tratamentos associados.

O contexto rural e o acesso aos serviços de saúde são outro elemento que dificulta a incorporação dessas comunidades ao sistema nacional de saúde, apesar das constantes melhorias realizadas em diferentes políticas que facilitam a aproximação dos serviços de saúde a este tipo de população. Os problemas de integração das comunidades étnicas ao contexto sociopolítico nacional resultam em conflitos de comunicação que levam a ações violentas por parte de algumas organizações étnicas, bem como por parte do Estado.

Dentro da lógica da saúde, as diferentes comunidades étnicas são submetidas aos objetivos de saúde nacionais, independentemente de sua localização geográfica, ruralidade, ou dos subsistemas de crenças e culturas de cada uma delas. Por esse motivo, observa-se uma disparidade de respostas com relação ao cumprimento de objetivos entre as comunidades urbanas, rurais e rurais étnicas, sendo estas últimas as que suscitam os maiores problemas no momento de ampliar as diversas políticas de saúde formuladas centralmente (no Minsal de Santiago). O não cumprimento dos objetivos de saúde traz como consequência a redução dos recursos econômicos destinados aos diversos estabeleci-

mentos de saúde dessas comunidades, de modo que cada uma delas deve fazer um esforço adicional de integração e biomédico para incorporar as políticas de saúde alopáticas ao contexto étnico particular de cada comunidade³².

PROGRAMAS ÉTNICOS EM SAÚDE

Atualmente, já está em vigor em todo o território nacional o Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Pespi), cujo objetivo é incorporar a participação ativa dos povos indígenas à formulação e avaliação dos diferentes planos de saúde interculturais da rede sanitária de serviços de saúde, por meio de mesas de saúde intercultural local³³.

Esse programa visa promover ações que contribuam para o acesso e a qualidade da saúde, bem como para a resolução de questões de atenção à saúde, por meio de estratégias de facilitadores e assessores interculturais e da capacitação de profissionais da saúde, a partir de uma perspectiva intercultural.

As diferentes mesas de saúde intercultural, promovidas pelo governo, são compostas por um assessor e facilitadores interculturais, referências técnicas da diretoria de saúde encarregadas da participação e promoção de cada centro de APS. Esse programa tem como base três eixos principais da participação social indígena e apresenta entre seus objetivos:

1. Desenvolver um trabalho colaborativo contínuo e de interação, mediante o planejamento conjunto, do qual participam os representantes dos povos indígenas, bem como pessoas que constituem referências teóricas da saúde local e hospitalar, como monitoramento central constante.
2. Contribuir para a acessibilidade à saúde, por meio da incorporação de uma abordagem intercultural em diferentes

fases, gerando a sensibilização intercultural dos funcionários mediante sua participação direta em cursos de capacitação, cerimônias indígenas e medicina étnica.

3. Promover a interculturalidade. Permite estabelecer um enfoque transversal nos programas de saúde, apoiando os processos orientados ao reconhecimento e fortalecimento das diferentes estratégias sanitárias que podem ser aplicadas entre os povos indígenas.

Segundo o Minsal, as maiores desigualdades existentes, em termos de assistência à saúde, estão concentradas nos territórios em que residem os povos originários, onde os reais problemas de acesso geram sérios atrasos em termos sanitários.

Imigração: caracterização dos principais grupos e problemas de saúde

Segundo o censo de 2002, no Chile, residem 184.664 estrangeiros, o que corresponde a 1,2% da população total³⁴. Entre 2004 e 2010, a imigração legal dos países vizinhos aumentou em torno de 50%, chegando a 365.459 pessoas. A maior parte provém principalmente do Peru, Argentina, Bolívia, Equador e Colômbia. Com relação à emigração, 4,5% dos chilenos residiam fora do Chile, em 2005, em sua maioria, na Argentina; e os demais nos Estados Unidos, Suécia, Canadá e Austrália³⁴.

O Chile teve oportunidades históricas ao acolher imigrantes de diversas nacionalidades, inclusive, tem a maior população de palestinos fora de seu território, e recebeu, entre outras, a imigração alemã do final do século XIX. Devido ao contexto migratório do País, essa é uma problemática que ocupa as equipes governamentais e a sociedade chilena na atualidade. De fato, a imigração apresenta um crescimento contínuo dentro do marco da modernização das políticas públicas de âmbito nacional. Nesse cenário, são relevantes os contextos locais nos

quais, diante de lacunas em termos de políticas públicas, começaram a se desenvolver algumas instâncias voltadas para um relacionamento mais adequado com os imigrantes.

De modo geral, e com base no estudo realizado em 2012 pela Fundación para la Superación de la Pobreza y Escuela de Periodismo de la Universidad Diego Portales³⁵, observa-se que, no Chile, a maior parte da população imigrante provém de países vizinhos e está constituída principalmente por peruanos, bolivianos, equatorianos, colombianos e haitianos. Grande parte desses grupos conseguiu se estabelecer de acordo com expectativas médias e altas, em termos econômicos, familiares e de trabalho; e embora seus benefícios sociais sejam semelhantes aos dos cidadãos chilenos, existem regulamentações específicas, como as Instruções Presidenciais (Instructivos Presidencialesⁱⁱ) n° 9, de 2008, e n° 5, de 2015, relacionadas com a Política Nacional de Migração, que visam definir os princípios que devem orientar a ação do Estado em sua relação com os imigrantes³³. No entanto, a entrada, saída e permanência de estrangeiros, no Chile, são regidas pelo Decreto-Lei n° 1.094, aprovado há mais de 40, durante a ditadura.

A imigração tem aumentado de forma constante nos últimos 30 anos, no Chile, tornando-se necessário considerar diversos aspectos em matéria de políticas migratórias. Ainda não estão à disposição os dados específicos sobre a população imigrante do último Censo (2017), mas estima-se que o número de vistos de residência permanente, outorgados em 2016, aumentou 9,8% em relação aos outorgados em 2015, e 25% se comparados com 2014³⁶. A maior parte foi concedida à população proveniente do Peru, embora a presença de cidadãos haitianos, venezuelanos e colombianos foi a mais alta dos últimos dois anos (o

ⁱⁱ N. do T.: Instructivos Presidenciales: Tipo de documento assinado pelo presidente da República, cujo objetivo é definir a política de gestão de um assunto específico, além das regras que regem o tema em questão.

número de vistos outorgados a venezuelanos e haitianos aumentou em 144% e 192% respectivamente). Em 2014, havia 763 haitianos com visto de permanência definitiva, e 3.647 em 2016 (377% a mais em dois anos). Em 2014, havia 685 venezuelanos, número que aumentou para 1.737 em 2016 (um aumento de 153%). A população de colombianos com permanência definitiva aumentou de 5.842, em 2014, para 12.193 em 2016, o que representa um incremento de 108%³⁶.

O Chile garante tratamento humanitário e inclui o direito à saúde e à educação para os imigrantes, assim como para qualquer chileno em situação de vulnerabilidade social e/ou econômica, oferecendo acesso a diversos benefícios, tais como subsídios para alimentação, material escolar e transporte³⁷. Nos aspectos relacionados com a saúde, a população imigrante é contemplada nos seguintes decretos e programas:

1. Decreto Supremo nº 67 e Carta Circular A15 nº 4. O decreto incorpora, como quarta circunstância de comprovação da condição de carência de recursos, para poder qualificar como beneficiário do Fonasa, 'Tramo A'³⁸ os imigrantes sem documentos ou sem visto de permanência; e a Carta Circular nº 4 indica as vias de acesso ao sistema de saúde para essas pessoas.
2. Programa de Acesso ao Atendimento à Saúde para Imigrantes, Resolução Isenta (Resolución Exentaⁱⁱⁱ) nº 1266, de 12 de dezembro de 2014, cujo objetivo é o desenvolvimento de estratégias dentro do modelo assistencial, que permitam superar as barreiras no acesso ao atendimento, e a promoção e prevenção da saúde que afetam os imigrantes, especialmente aqueles com documentação irregular. Também inclui a divulgação

ⁱⁱⁱ N. do T.: As 'Resoluções' podem ser isentas e não isentas. As isentas não precisam ser endossadas pela Controladoria Geral da República. As não isentas são aquelas que necessariamente devem passar pela revisão da Controladoria.

dos direitos e deveres dos imigrantes, mediadores interculturais, facilitadores linguísticos, instâncias de participação e desenvolvimento de protocolos de atendimento³⁶. Durante 2016, o trabalho centrou-se na divulgação do Decreto nº 67 e na sua implementação.

O Minsal criou, em 2014, a Equipe Assessora Setorial da Saúde de Imigrantes (Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes), com representação na Subsecretaria de Saúde Pública, Subsecretaria de Redes de Assistência, Fonasa e na Superintendência de Saúde (14 representantes). O objetivo dessa equipe é desenvolver a Política de Saúde de Imigrantes.

Como fenômeno sociológico, a imigração no Chile envolve diversas questões relacionadas com a percepção do racismo, que está profundamente enraizado na sociedade chilena, como já foi descrito por ocasião das primeiras imigrações de peruanos ao País. No entanto, as seguintes levas de imigrantes atenuaram, em certa medida, essa percepção; e pode-se observar que geralmente os imigrantes manifestam uma alta satisfação com o acesso aos serviços sociais e as oportunidades de emprego disponibilizadas pela sociedade chilena, com destaque para a satisfação com as oportunidades de trabalho (71,1%), o acesso à saúde (56,3%) e, em menor medida, com os benefícios municipais (45,6%). Essa satisfação aumenta com o maior número de anos de residência³⁵. Dentro da mesma linha, também foi feita uma enquete entre os imigrantes sobre o sentimento de discriminação que sentiram desde que moram no Chile. Os resultados foram os seguintes: 52,7% da população masculina diz não ter se sentido discriminada, e 47,3%, sim; enquanto 63,2% da população feminina não se sentiu discriminada, e 36,7%, sim. Por sua vez, 41,1% referem ter sofrido algum tipo de discriminação, embora, em termos gerais, não tenham sentido discriminação no Chile³⁵.

Gênero e sexualidade

Os grupos LGBT, somente nestes últimos cinco anos, conseguiram ter maior visibilidade e concretizar algumas reivindicações do ponto de vista social e cultural. Recebem apoio principalmente do Movimiento por la Integración y Liberación Homossexual (Movilh) e da Fundación Iguales, que defendem os direitos civis desses grupos. Estes obtiveram uma grande visibilidade nos meios de comunicação, possibilitando a convocação de manifestações massivas sobre os assuntos que lhes concernem. Durante esse período, a sensibilização da opinião pública alcançada contribui para uma maior aceitação desses grupos por parte da sociedade, em que foram observados avanços muito mais significativos do que nas décadas anteriores.

O apoio dos meios de comunicação tem sido essencial para a divulgação dos conceitos fundamentais que esses grupos desejam comunicar, bem como para pôr em evidencia o drama humano e a exclusão que sofrem essas comunidades. Atos de violência pontuais contra travestis e homossexuais têm sido amplamente divulgados na televisão e nos meios digitais, levando à formulação de várias políticas públicas, voltadas para a defesa de sua segurança e de seus direitos civis, bem como à elaboração de leis que sancionam a discriminação e a exclusão, baseadas na condição sexual, em diferentes contextos sociais.

Em alternativa, os grupos LGBT têm centrado sua luta na necessidade de conquistar os direitos de propriedade inerentes à instituição do casamento, razão pela qual iniciaram uma forte campanha em prol da legalização do casamento igualitário. No entanto, só foi possível conquistar a promulgação de uma lei que cria o Acordo de União Civil (AUC), que consiste no reconhecimento legal de casais homossexuais e de casais heterossexuais que não optarem pelo casamento³⁹.

O projeto sobre uniões civis começou a ser articulado em 2003, por meio de negociações entre os parlamentares e a organização Movilh.

A Lei foi aprovada em 2015.

Outras normas civis criadas nesse âmbito:

1. A Lei que reforma a Lei do Conselho Nacional de Televisão e incorpora categorias protegidas da discriminação com base na orientação sexual e na identidade de gênero.
2. A Lei nº 20.968, que tipifica os Crimes de Tortura e Tratamento Cruel, Desumano e Degradante, foi aprovada em 2016 e inclui, como categorias protegidas, a orientação sexual e a identidade de gênero³⁹.
3. Projeto do Acordo contra os Crimes de Homofobia e Transfobia, aprovado pela Câmara dos Deputados em 2005. Esse foi o primeiro pronunciamento do poder legislativo em que é reconhecida a discriminação contra as minorias sexuais e são estabelecidas medidas para impedi-la e enfrentá-la.

No referente ao gênero e à saúde, existem normas que incorporam as mulheres ao sistema de saúde público, de forma efetiva. No entanto, mesmo assim, existem estudos que mostram indicadores de desigualdade de gênero.

A luta desses grupos, centrada principalmente nas reivindicações acima mencionadas, não incluiu de forma eficaz as questões relacionadas com a saúde. De fato, há dificuldade em compreender a problemática de saúde desses grupos e, sobretudo, em estabelecer medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, as quais retornaram com uma prevalência bastante alta entre esses grupos de jovens. Do ponto de vista técnico-legal, não houve ainda uma grande reforma da saúde nesse âmbito específico. Foram feitas apenas algumas pequenas modificações nos protocolos já existentes que não incluíram a inovação necessária para enfrentar as mudanças culturais que a sociedade tem experimentado.

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

Os movimentos e as organizações LGBT não têm focado suas reivindicações em aspectos relativos à saúde, haja vista que essa é uma área descuidada para esse setor da população. De outro modo, o Minsal, cujo sério problema orçamentário repercute na falta de médicos especialistas e no tempo que os pacientes têm de esperar por atendimento e cirurgias, não tem priorizado a inclusão dessa população em programas de saúde pública que levem em consideração suas características e necessidades.

Atualmente não há políticas de saúde pública que atendam às necessidades dessa população de forma consistente e estruturada; e os movimentos sociais também não têm dedicado esforços a essa área, concentrando suas energias em conseguir o casamento igualitário. A falta de campanhas que promovam o uso de preservativos e a educação sexual responsável fez com que o Chile se tornasse novamente um dos países com a maior incidência de Aids da América Latina, doença que afeta principalmente a população heterossexual adulta jovem e a população homossexual.

Dentro dessa mesma temática e como resultado da imigração, também tem havido um aumento de doenças que já haviam desaparecido no País, como a sífilis e a gonorreia, para as quais o Minsal ainda não deu uma resposta adequada. No entanto, já foram registradas ações sanitárias centradas em fatores específicos, especialmente em Santiago e no Norte do País. Essa situação gerou uma crise em termos de saúde que não afeta somente a população homossexual, mas também a população heterossexual.

Embora o Chile tenha gerado instâncias para melhorar seus sistemas de saúde, os usuários, nos últimos 10 anos, sentem que estão desprotegidos e têm um crescente medo de adoecer. Essa situação, somada às altas taxas de transtornos psiquiátricos (algumas regiões têm indicadores mais altos do que outras), revela que a sociedade não

foi levada em consideração na elaboração das políticas de saúde ou foi pouco compreendida em sua cotidianidade. Os sistemas de saúde que trabalham com uma lógica de efeito, em termos de instalações e serviços oferecidos, têm negligenciado o fato de que a saúde é uma complexa rede de conexões sociais, culturais, biológicas, psicológicas, antropológicas etc. A desproteção à qual se sentem expostos os chilenos pode estar associada à falta de segurança ou desconfiança nas instituições de saúde, e ao fato de que a lacuna entre as expectativas e as necessidades não diminui, apesar do gasto realizado. Isso indicaria que, embora o investimento de recursos tenha aumentado, não parece ter sido adequadamente distribuído.

O ABORTO NO CHILE

A interrupção da gravidez é permitida apenas em três casos específicos: risco de vida da mulher, inviabilidade fetal e gravidez resultante de estupro.

O aborto foi considerado ilícito pelo código penal de 1874. No entanto, o Código Sanitário de 1931 estabeleceu algumas exceções com fins terapêuticos. Essa norma permaneceu em vigor durante décadas, até 1989, quando o regime militar criminalizou novamente qualquer tipo de interrupção da gravidez, a não ser o aborto indireto, isto é, aquele decorrente de algum procedimento médico destinado a salvar a vida da mãe. O Chile passou então a ter uma regulamentação protetora do nonato, uma vez que não permitia o aborto em casos de estupro ou incesto, tornando-se um dos poucos países (laicos) do mundo a ter esse tipo de legislação.

Após o advento da democracia, surgiram inúmeras tentativas de rever a questão do aborto e de elaborar uma legislação a respeito. No entanto, só em 2015, durante o governo de Michelle Bachelet, foi apresentado um projeto de lei que descriminalizava parcialmente o aborto nos três casos mencionados anteriormente. O projeto foi aprovado pelo Congresso Nacional, em 3 de agosto de 2017; posteriormente, setores

conservadores dessa casa o encaminharam ao Tribunal Constitucional para que fosse analisado exclusivamente do ponto de vista constitucional, para, assim, avaliar a possibilidade de rejeitar sua implantação. O Tribunal Constitucional recebeu representantes de 135 organizações e aproximadamente 200 relatórios a favor e contra a constitucionalidade do projeto. A lei foi definitivamente promulgada em 14 de setembro de 2017.

Atualmente, o aborto é regulado pelo código penal, arts. 342 a 345, e pelo código sanitário, arts. 119, 119 bis.

No referente às modificações, estas estabelecem que a mulher deve manifestar de forma expressa, previamente e por escrito, sua vontade de interromper a gravidez, e no caso de ela sofrer deficiência cognitiva, é requerido um representante legal. No caso de meninas de 14 anos, ocorre da mesma forma, mas se não for possível obter a autorização de um representante legal, um membro da equipe de saúde poderá solicitar a intervenção de um juiz. No caso de interrupção da gravidez de adolescentes entre 14 e 18 anos, o procedimento é informado a seus representantes legais. Por outro lado, também fica estabelecido o direito de acesso da mulher a um programa de acompanhamento nas diferentes etapas: a partir do processo de discernimento, após a tomada de decisão e durante um período posterior à interrupção da gravidez. Esse acompanhamento inclui ações de atendimento e apoio biopsicossocial perante a confirmação de qualquer diagnóstico que requeira um aborto.

A primeira aplicação da nova regulamentação ocorreu em 5 de outubro de 2017, no hospital San José, na comuna de Santiago, quando foi interrompida a gravidez de uma menina de 12 anos que fora estuprada.

O DEBATE SOBRE O ABORTO

As iniciativas para promover o debate sobre o aborto terapêutico, embora tenham sido constantes na agenda política das últimas décadas, estiveram limitadas a determinadas ações de alguns atores políticos. No

entanto, o governo de Michelle Bachelet, cuja política estava focada nos direitos das minorias, anunciou a promoção de um projeto de lei para descriminalização do aborto terapêutico, por intermédio da reforma do código sanitário e do código penal.

O aborto, no Chile, é realizado de forma clandestina. Estima-se que o número de abortos por ano seja em torno de 10 mil, embora este seja um dado pouco preciso, porque não há registros oficiais a esse respeito. O principal procedimento praticado para interromper a gravidez baseia-se na utilização de fármacos obtidos no mercado negro ou por meio das redes sociais. As principais razões de interrupção da gravidez são: violência doméstica, estupro, ocultação da gravidez por medo à reação dos pais ou devido a problemas psicológicos.

O debate gerou duas posições divergentes. Uma delas baseada no progressismo nacional, de fortes raízes acadêmicas, tem capacidade de mobilização social para convocar manifestações em diversas cidades do País mediante a utilização eficaz dos meios de comunicação e das redes sociais, e conta com diversos fóruns de discussão sobre o assunto. A outra posição, oposta à primeira, era sustentada pelo lado conservador da sociedade e tinha um forte viés de cunho religioso que gerava tensos debates na mídia. A polarização dos dois setores permitiu o debate usando elementos éticos, morais, religiosos e, acima de tudo, científicos. O debate e a tensão decorrente concluíram com a aprovação da reforma e sua posterior aplicação nos centros de saúde.

Os movimentos feministas posteriores, que defendiam o aborto livre, não tiveram eco na sociedade, nem em setores políticos específicos, o que impediu que a questão fosse discutida no parlamento. Ademais, por não se tratar de um assunto prioritário para a coalizão governante, não foi mantido na agenda política. Por esse motivo, estima-se que não será possível abrir uma nova discussão sobre a questão antes de cinco anos.

Reflexões finais

O cenário da saúde nacional caracteriza-se por seu dinamismo e complexidade, atributos que também podem ser observados no contexto da saúde mundial. No entanto, as singularidades do País promovem a discussão sobre realidades particulares e manifestações específicas da cotidianidade.

A saúde sempre foi um assunto importante para todas as sociedades do mundo; e o Chile não é uma exceção. Cada um dos elementos que compõem seu sistema de saúde já foi discutido ou está atualmente em discussão nos âmbitos: cotidiano, político e acadêmico, com a finalidade de avaliar os aspectos fundamentais que são necessários para melhorar o acesso, equidade, qualidade, infraestrutura etc., tanto no sistema público quanto no privado. Não é possível, portanto, falar de uma agenda de saúde temporária, uma vez que essa é uma questão sempre presente na política nacional e aparece com bastante frequência nos meios de comunicação, tanto em seus aspectos positivos quanto negativos.

O Chile, no referente à saúde, não está mais desprotegido do que outros países da região, especialmente devido aos importantes investimentos públicos e privados, realizados após a retomada da democracia, que propiciaram avanços em âmbitos sanitários específicos. Isso permitiu também a colaboração da academia, facilitando a incorporação de inovações, tanto de gestão quanto tecnológicas que, em última instância, melhoraram o atendimento oferecido aos usuários. No entanto, o sistema de saúde ainda tem falhas evidentes, como a falta de especialistas no setor público e a demora no atendimento, uma vez que existem listas de espera que podem ser intermináveis, tanto para o atendimento como para as cirurgias; e, que em alguns casos, podem ser fatais para os usuários. Em contrapartida, há também uma demanda constante por melhoras na infraestrutura hospitalar ou pela construção de hospitais novos, especialmente nas regiões e municípios onde estes não existem.

O equilíbrio no setor da saúde pública é delicado e, como já foi mencionado anteriormente, está submetido a tensões constantes que devem ser abordadas permanentemente pelas diversas autoridades da saúde e pelos governos em exercício. O setor privado, embora conte com uma melhor infraestrutura e um maior número de especialistas, também registra sérios problemas decorrentes do tipo de sistema de saúde e dos seguros associados, que impedem que o acesso seja igualitário para homens e mulheres ou para jovens e idosos, por exemplo, além de estabelecer um alto custo de permanência que dificulta o acesso da classe média e média baixa a esse tipo de serviço.

Como analisado anteriormente, a assistência à saúde não se limita ao acesso e à infraestrutura, mas envolve também outros aspectos importantes que acabam sendo omitidos devido à imperiosidade das causas mencionadas. Nesse sentido, temos o caso da saúde mental que nunca foi abordada de forma sistemática e progressiva, o que põe em evidência o claro desajuste entre as necessidades da população e o que o sistema de saúde pode oferecer, especialmente tendo em conta que o Chile é um dos países que registram a maior taxa de depressão na região. Também existem outros aspectos pendentes relacionados com os grupos LGBT, visto que os avanços realizados em termos de igualdade têm se concentrado principalmente nos aspectos jurídicos, políticos e sociais, e não na saúde, o que constitui uma preocupação para as autoridades sanitárias e para as organizações que cuidam dos direitos desses grupos.

Sob outra perspectiva, é necessário ter em conta que a globalização do Chile ocorreu muito rapidamente, incorporando estilos de vida pouco saudáveis que levaram ao aumento da obesidade, da obesidade mórbida e de outras patologias similares provenientes dos países de primeiro mundo, para as quais o sistema de saúde chileno não estava preparado. As doenças crônicas tornaram-se um problema

real e representam um alto custo para o Estado, que teve de intervir por intermédio de políticas de vida saudável ou aumentando os impostos sobre a *junk food*, ou também proibindo a venda desse tipo de comida nas proximidades das escolas.

Embora o isolamento geográfico do Chile tenha impedido, durante décadas, a entrada de várias doenças tropicais ou de outros tipos em seu território, a significativa imigração proveniente de países centro-americanos, somada ao auge da mineração da última década (que gerou um importante deslocamento de chilenos e de estrangeiros), propiciou o ressurgimento de doenças que há muito tempo haviam sido controladas ou que eram desconhecidas no País, as quais encontraram uma população imunologicamente desprotegida contra patologias que têm um alto impacto socio-sanitário. Nesse sentido, a falta de políticas adequadas, que enfrentem ou atenuem essas patologias emergentes, tem levado a um aumento dos surtos de sífilis e gonorreia, além de outras condições semelhantes. Por conseguinte, com relação às patologias crônicas ou infecciosas, o País requer a urgente atualização da área de saúde em concordância com os novos cenários que estão em constante transformação e que demandam um tipo de assistência que pode ser difícil de prestar.

Destarte, o desafio sanitário no Chile já não consiste em estabelecer objetivos fixos e permanentes para várias décadas, mas em programar estratégias e políticas sanitárias de curto e médio prazo, alinhadas com as constantes variações do cenário epidemiológico nacional e internacional; e dentro desse panorama, que os recursos possam ser realocados de uma forma mais eficiente que atenda às necessidades da população. A tentativa de conseguir uma visão e políticas do Estado, em matéria de saúde, tem sido uma conquista dos últimos governos, no entanto, a realidade cotidiana exige um esforço ainda maior no referente ao planejamento e à alocação de recursos.

Referências

1. Estay R, Libuy M. Financiamiento de la salud en Chile: Elementos para la discusión de una reforma necesaria. Cuaderno Médicos Sociales. 2018 [acesso em 2018 set 16]. Disponível em: <http://cms.colegiomedico.cl/2018/04/25/financiamiento-de-la-salud-en-chile-elementos-para-la-discusion-de-una-reforma-necesaria/>.
2. Indicadores de Comercio Exterior [internet]. Si3.bcentral.cl. 2017 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://si3.bcentral.cl/estadisticas/Principal1/Informes/SE/COMEX/Indicadores.html>.
3. 3. Biblioteca Del Congreso Nacional. Indicadores de Salud. 2004 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: https://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Taltal#Indicadores_de_salud.
4. Chile. Ministerio Secretaría General De La Presidencia. Ley Chile. 2005 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>.
5. Fondo Nacional de Saúde. Planificación Estratégica. [acesso em 2016 ago 14]. Disponível em: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios>.
6. Casen. Salud, síntesis de resultados. 2014 [acesso em 2019 jan 11]. Disponível em: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Salud.pdf.
7. Goic GA. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chile. 2015 [acesso em 2019 maio 30]; 143(6):774-786. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>.
8. Goyenechea M. Análise orçamentária em saúde no contexto da desigualdade no Chile. Medwave. 2011; 11(12):1-5.
9. Chile. Ley nº 19.966 publicada el 03 de septiembre de 2004. Régimen de Garantías Explícitas en Salud: [internet]. Regulación. Superintendencia

- de Salud, Gobierno de Chile. 2004 [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-554.html>.
10. Guía de Programas Sociales del Estado de Chile [internet]. Programassociales.cl. 2016 [acceso em 25 maio 2019]. Disponível em: <http://www.programassociales.cl/programas/1901/2015/3>.
 11. Cid C, Ibern P. Regulación del financiamiento a Hospitales: “yardstick competition” aplicada a los hospitales públicos en Chile. Medwave; 2008. [acceso em 2019 jan 25]. Disponível em: http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/ArticuloCid_Ibern_vf.pdf.
 12. Chile: El derecho a la salud. Coordinación Alames. [internet]. Docplayer.es. 2019 [acceso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://docplayer.es/2478714-Chile-el-derecho-a-la-salud-coordinacion-alames-chile.html>.
 13. Narbona K, Durán G. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: enfoque laboral, sindical e institucional. Santiago: Fundación Sol; 2010 [acceso em 2019 maio 30]. Disponível em: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>.
 14. Instituciones de Salud – Previsión. Isapre 1981-2016: 35 Años de Desarrollo del Sistema de Salud Privado en Chile. 2017 [acceso em 2017 ago 14]. Disponível em: http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_espanol.pdf.
 15. Cruz-Coke, R. Historia de la medicina chilena. Santiago: Andrés Bello; 1995.
 16. Hevia P. La salud materno infantil y el bienestar familiar en la década del 70. In: La Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en Chile (1902-2002): 100 años de Colaboración. Santiago; OPAS; 2002. p. 81.
 17. Labra M. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4):1041-1052.
 18. Silva N. Análisis Presupuesto de Salud para el año 2018. 2017. [acceso em 2018 set 16]. Disponível em: <http://www.colegiomedico.cl>.

19. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*. 2006; 48(6):512-521.
20. Eje Gestión Recursos Financieros en Atención Primaria [internet]. 2017. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/ANEXO-7-GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-EN-ATENCION-PRIMARIA.pdf>.
21. Biblioteca Del Congreso Nacional. Ley nº 19378 publicada em 13 abril de 1995 [internet]. 1995. [acceso em 2019 maio 31]. Disponível em: <http://bcn.cl/1uuvc>.
22. Alarcón G. Enfrentamiento de tiempo de espera no GES. [internet] Minsal. cl. 2019. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/chile.pdf>.
23. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Minsal; 2010.
24. Chile. Ministerio de Salud. Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Santiago: Minsal; 2014.
25. Cid C. Informe Final: Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Segunda edición. Santiago: Comisión Presidencial de Isapres; 2015.
26. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31(4):310-316.
27. Biblioteca Del Congreso Nacional. Ley nº 20.850 publicada en junio de 2015. 2015. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://bcn.cl/1v7lo>.

28. Chile. Organigrama [internet]. Ministerio de Salud: Gobierno de Chile. 2016. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/organigrama-2/>.
29. Gil E. Enrique Gil López Coordinador. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: World Health Organization; 1998.
30. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, et al. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21(2-3):136-144.
31. Chile. Ministerio de Salud. Aportes a la gestión pública participativa en salud. Santiago: Minsal; 2009.
32. Oliva P, Narváez C. Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. Revista Chilena de Salud Pública. 2010; 13(2).
33. Chile. Ministerio de Salud Pública. Plan para Pueblos Indígenas. Santiago: Minsal; 2017.
34. Instituto Nacional de Estadística. Censo de vivienda y población. Santiago: INE; 2012.
35. Fundação Superação da Pobreza. Encuesta de opinión: Ser migrante en el Chile de hoy. Santiago: Programa Comunicación y Pobreza. Santiago: Universidad Diego Portales; 2012. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://www.comunicacionypobreza.cl/wp-content/uploads/SER-MIGRANTE-EN-EL-CHILE-DE-HOY.pdf>.
36. Leyes Migratorias [internet]. Departamento de Extranjería y Migración | Gobierno de Chile. 2019. [acceso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.extranjeria.gob.cl/leyes-migratorias/>.
37. UDP. Centro de Derechos Humanos y Humanos, Comisión Interamericana de Derechos. Santiago; 2013.

38. Instituto de Seguridad Laboral. Decreto Supremo nº 67 [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.isl.gob.cl/inicio/cotizaciones/decreto-supremo-n67/>.
39. Biblioteca Del Congreso Nacional.Ley Fácil [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/acuerdo-de-union-civil>.