

Políticas de saúde no Chile (2000-2018): trajetória e condicionantes

Health policies in Chile (2000-2018): trajectory
and conditioning factors

Políticas de salud en Chile (2000-2018):
trayectoria y condicionantes

Suelen Carlos de Oliveira ^{1,2}

Cristiani Vieira Machado ¹

Alex Alarcón Hein ³

Patty Fidelis de Almeida ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00002120

Resumo

Nos anos 1980, durante a ditadura militar, o Chile foi o precursor na América Latina na realização de uma reforma radical do sistema de saúde, que expandiu a participação do setor privado no asseguramento e prestação de serviços, influenciando reformas em outros países da região. O artigo analisa as políticas de saúde no Chile de 2000 a 2018, no contexto de quatro governos democráticos, considerando continuidades e mudanças na trajetória das políticas e seus condicionantes. O referencial analítico baseou-se em contribuições da abordagem do institucionalismo histórico. Realizou-se análise bibliográfica, documental e entrevistas semiestruturadas com gestores envolvidos na política nacional no período estudado. A análise da trajetória das políticas de saúde no Chile no período democrático mostrou continuidades e mudanças nas agendas e estratégias adotadas por governos de diferentes orientações políticas. Reformas incrementais realizadas ao longo do período produziram avanços e melhorias no acesso e prestação dos serviços de saúde. Porém, propostas de reforma que alterariam o arranjo público-privado do sistema de saúde sofreram resistências, e manteve-se a estrutura dual e segmentada conformada na década de 1980, com forte participação privada. Condicionantes histórico-estruturais, institucionais e políticos das relações entre Estado e mercado e da configuração do sistema de saúde instituída no período ditatorial dificultaram mudanças abrangentes nas relações público-privadas em saúde, configurando um exemplo de dependência de trajetória e do poder dos interesses empresariais no setor saúde.

Reforma dos Serviços de Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde

Correspondência

S. C. Oliveira

Rua Professor José de Souza Herdy 1160, Duque de Caxias, RJ
25071-202, Brasil.

suelen.c.oliveira@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, Brasil.

³ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago de
Chile, Chile.

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense,
Niterói, Brasil.



Introdução

O Chile é um país de renda média-alta, precursor na adoção de reformas neoliberais na América Latina. Entre 1973 e 1990, período ditatorial, realizaram-se mudanças estruturais nos sistemas econômico, político e social que acentuaram as desigualdades no país, caracterizadas pela ênfase no setor privado para a prestação de serviços públicos, liberalização dos mercados e desregulação da economia ¹.

O período de 1920 a 1950 havia sido marcado pela constituição de um sistema de proteção de base ocupacional, no modelo de seguro social. A criação do Serviço Nacional de Saúde (*Servicio Nacional de Salud* – SNS), em 1952, inspirado no sistema inglês, possibilitou uma nova institucionalidade e resultou na ampliação das ações de saúde para populações mais vulneráveis ². Embora a universalização do SNS tenha sido interrompida pelo golpe militar de 1973, ações desenvolvidas até então permitiram a construção de um legado institucional público e de ampla rede de serviços de saúde estatais ^{3,4}. A ditadura militar reconfigurou o sistema sanitário chileno ao constituir um modelo dual que consolidou a segmentação e rompeu a solidariedade entre os sistemas público e privado ⁵.

Nas últimas três décadas, no contexto de democratização, foram implementadas reformas na saúde. Este artigo analisa as políticas nacionais de saúde no Chile de 2000 a 2018, orientado pelas seguintes questões: em que medida as reformas possibilitaram transformações na estrutura do sistema de saúde? Houve diferenças significativas entre as agendas e estratégias adotadas pelos sucessivos governos?

O propósito do estudo foi analisar as mudanças implementadas nos governos democráticos que objetivaram reformar a configuração do sistema de saúde construída durante a ditadura militar, bem como as continuidades e mudanças na trajetória das políticas e seus condicionantes.

Metodologia

Utilizou-se o referencial do institucionalismo histórico, que valoriza a dimensão temporal, a sequência das escolhas e acontecimentos e o seu legado institucional para a trajetória das políticas ⁶. Nessa perspectiva, mudanças radicais em conjunturas críticas geram uma “dependência de trajetória”, que reforça as escolhas anteriores e dificulta mudanças abrangentes em conjunturas posteriores. Além de reformas radicais realizadas em conjunturas críticas, Mahoney & Thelen ⁷ ressaltam que mudanças incrementais e graduais nas políticas podem, ao longo do tempo, resultar em transformações relevantes.

Neste estudo, a análise da trajetória das políticas de saúde de 2000 a 2018 considerou três eixos: (i) contexto político-institucional, que se refere ao cenário político, econômico e legislativo das políticas sociais; (ii) agenda dos governos, que constitui um conjunto de prioridades de saúde enunciadas pelos governantes, dirigentes e documentos oficiais e; (iii) estratégias adotadas, que concernem ao conjunto de medidas e ações da política de saúde implementadas.

O estudo enfocou o período dos mandatos presidenciais de: Ricardo Lagos (2000-2006); Michelle Bachelet (2006-2010); Sebastián Piñera (2010-2014) e Michelle Bachelet (2014-2018). Em função do referencial de análise valorizar a dimensão temporal, realizou-se uma breve contextualização da trajetória anterior das políticas de saúde no Chile, com base em revisão bibliográfica.

A pesquisa empírica envolveu diversas estratégias metodológicas com destaque à análise de documentos oficiais de 1999 a 2018, como: legislação, programas de governos, relatórios e resoluções oficiais. Adicionalmente, foram realizadas 14 entrevistas com pessoas que ocuparam cargos durante os quatro governos. Quatro desses entrevistados também participaram das Comissões Assessoras Presidenciais para a reforma do setor saúde nos governos Piñera (2010-2014) e/ou Bachelet (2014-2018). As entrevistas, realizadas em 2019, com duração aproximada de uma hora, foram gravadas e transcritas. Procedeu-se à análise de conteúdo temático dos documentos e das entrevistas com o apoio do software Nvivo Pro Student (<https://www.qsrinternational.com/nvivo/home>), considerando os eixos de análise do estudo.

Na apresentação dos resultados, para assegurar o anonimato dos entrevistados, a menção às entrevistas foi realizada com códigos entre parênteses, conforme classificação do Quadro 1.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética da instituição responsável (CAAE nº 79979317.3.0000.5240).

Quadro 1

Relação de entrevistados na pesquisa. Chile, 2019.

GOVERNO	ÓRGÃO	CÓDIGO
Ricardo Lagos (2000-2006)	Ministério da Saúde	E1
	Ministério da Saúde	E2 *
Michelle Bachelet (2006-2010)	Ministério da Saúde e Comissão Assessora Presidencial	E3 *
	Ministério da Saúde e Comissão Assessora Presidencial	E4 *
	Subsecretaria de Saúde Pública	E5 *
	Subsecretaria de Redes Assistenciais	E6 *
	Subsecretaria de Saúde Pública	E7 *
	Superintendência de Saúde	E8 *
Sebastián Piñera (2010-2014)	Subsecretaria de Saúde Pública	E9
	Superintendência de Saúde	E10
	Instituto de Saúde Pública	E11 *
Michelle Bachelet (2014-2018)	Ministério da Saúde	E12 *
	Superintendência de Saúde	E13 *
	Ministério da Saúde e Comissão Assessora Presidencial	E14 *

* O entrevistado exerceu distintas funções nos governos analisados. Considerou-se para essa organização a função de maior relevância para a pesquisa.

Trajetória das políticas de saúde**A ditadura militar e a reforma radical do setor saúde (1973-1989)**

O pioneirismo e a radicalidade do caso chileno na adoção de políticas liberais no período autoritário alteraram os rumos das políticas econômicas e sociais no país ^{1,3,8,9}. As reformas do regime militar a partir dos anos 1970 foram caracterizadas pelo ajuste fiscal, privatizações, abertura de mercados, contenção de gastos públicos, com caráter *sui generis* na América Latina ¹⁰.

Na saúde, reformas radicais visaram à descentralização do sistema público e fortalecimento do setor privado. Criou-se um sistema de saúde dual, em que os segmentos público e privado passaram a funcionar concomitantemente, com lógicas distintas de financiamento, asseguramento e prestação dos serviços. Enquanto o setor público representado pelo Fundo Nacional de Saúde (*Fondo Nacional de Salud* – Fonasa) fundava-se no modelo de seguro social ocupacional, com o compartilhamento das prestações e promoção da solidariedade com base na distribuição dos riscos entre os beneficiários, as Instituições de Saúde Previdenciária (*Instituciones de Salud Previsional* – Isapre) forneciam planos suplementares de saúde e copagamentos com base na discriminação de sexo, idade, riscos individuais e das condições de pagamento das pessoas ¹¹.

Em 1985, baseando-se em critérios socioeconômicos, foram estabelecidos no setor público quatro grupos (A, B, C e D) e duas modalidades de atenção. Na modalidade de atenção institucional (MAI), destinada à população sem condição financeira para realizar contribuições (grupo A), a assistência médica era realizada na rede de serviços públicos. Na modalidade de livre eleição (MLE), reservada para os outros grupos do Fonasa, permitia-se a escolha de profissional ou serviço do setor privado para a prestação de serviços ¹². A institucionalização do MLE ampliou o sistema de livre eleição criado em 1968, que atendia pequena parcela da população.

A transição democrática iniciou em 1990, após Patricio Aylwin, do Partido Demócrata Cristão, vencer as eleições presidenciais apoiado por ampla coalizão política.

Primeiros governos da Concertación: a saúde em segundo plano (1990-2000)

A Coalizão de Partidos pela Democracia (*Concertación de Partidos por la Democracia* – Concertación), coalizão que apoiou a candidatura de Aylwin, foi formada em 1988 pela junção de dezessete partidos políticos. Constituída para fazer frente ao candidato de direita apoiado por Pinochet, Büchi Buc, a coalizão era caracterizada pela diversidade política. Os principais objetivos do governo Aylwin eram a proteção macroeconômica, crescimento econômico e do emprego, investimento em capital humano e diminuição da pobreza ¹³. No campo político, estabilidade e fortalecimento da democracia foram prioridades.

O presidente eleito enfrentou entraves ao assumir o governo, especialmente pela presença de Pinochet, que manteve influência política, militar e institucional como comandante do Exército chileno até 1998 e, posteriormente, como senador vitalício ¹⁴.

No setor saúde, alguns entraves foram a deterioração da infraestrutura pública e a má qualidade dos serviços, resultantes da queda de investimento durante a ditadura militar ¹⁵. As estratégias de enfrentamento desses problemas pelos governos Aylwin e de seu sucessor Eduardo Frei Ruiz-Tagle visaram à recuperação do investimento público para os serviços de saúde e intensificação da descentralização, instituída na ditadura, para superação das desigualdades regionais.

Inovações foram introduzidas no sistema de saúde, como a criação do mecanismo de pagamento per capita para pessoas inscritas nos centros de atenção primária e implementação do *Estatuto da Atenção Primária*, apresentada na gestão Aylwin e regulamentada na gestão Frei, que normatizou a administração, financiamento e coordenação da atenção primária à saúde (APS) ¹⁵.

Ações de regulação do setor privado foram iniciadas no final da ditadura e ajustadas na redemocratização. A Superintendência de Isapre, criada em 1990 para a regulação do setor privado, foi modificada no governo Frei mediante normas para maior rigor no funcionamento e prestação de serviços de saúde oferecidos pela Isapre ^{16,17}.

Apesar da compreensão de que uma reforma na saúde era necessária, durante os dois primeiros governos da Concertación as prioridades voltaram-se para outros campos, como a estabilidade econômica e política ¹⁴.

Após quase trinta anos da eleição de Salvador Allende e dois governos do Partido Demócrata Cristão, o socialista Ricardo Lagos foi eleito Presidente do Chile em 1999.

Governo Ricardo Lagos: a reforma incremental das Garantias Explícitas da Saúde (2000-2006)

Lagos, candidato do Partido Socialista da Concertación, venceu a eleição presidencial de 1999 após disputa no segundo turno com Lavín Infante, da coalizão de direita Alianza por Chile.

O governo Lagos, terceiro da Concertación, se caracterizou pela preocupação com a estabilidade macroeconômica, disciplina fiscal e busca de crescimento, preservando as políticas econômicas do governo anterior ¹⁸. Durante o primeiro ano do mandato, buscou construir base política com os partidos de centro.

Os compromissos na área social destacavam as políticas sociais para a população pobre. A reforma da saúde entrou na agenda de prioridades no início do governo, apesar de não existir uma proposta específica para o setor (entrevistados E2; E4). Um dos propósitos do governo Lagos era realizar uma reforma que garantisse saúde como um direito protegido pelo Estado (E1).

Duas importantes ações foram iniciadas pelo Ministério da Saúde no ano 2000. A primeira estabelecia os objetivos sanitários para a década de 2000 a 2010 ¹⁹. Definiram-se quatro metas relativas à melhoria dos indicadores sanitários e serviços prestados, enfrentamento dos desafios relacionados ao envelhecimento da população e diminuição das desigualdades em saúde. A segunda ação foi a criação da comissão interministerial para elaborar uma proposta de reforma do setor saúde ²⁰.

Michelle Bachelet, do Partido Socialista, foi nomeada ministra da saúde e responsável por conduzir a reforma, com os ministros da Fazenda, do Trabalho e Previdência Social, e a Secretaria Geral da Presidência da República. Integravam a Comissão uma Secretaria Executiva, comandada pelo cirurgião Hernán Sandoval e uma equipe de especialistas ¹⁴. A discussão da reforma foi ampla e envolveu o Congresso e o Tribunal Constitucional. Debateram-se alternativas como o retorno do SNS e a criação de fundos para a garantia das prestações (E2).

A Comissão produziu dois relatórios técnicos traduzidos em projetos de lei. O primeiro, apresentado em 2001 por Bachelet, versava sobre os direitos e deveres dos usuários ²¹. O segundo era formado por quatro projetos de lei apresentados entre 2002 e 2003 e no Plano AUGE, posteriormente renomeado Regime de Garantias em Saúde (GES), que estabelecia um conjunto de enfermidades com base em levantamento epidemiológico (E2; E5). Para cada patologia definiu-se um protocolo de atendimento entre os níveis assistenciais, com garantia de acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade ²⁰.

O GES e os quatro projetos (Quadro 2) foram desenvolvidos por Sandoval e equipe e encaminhados por Osvaldo Artaza, substituto de Bachelet no Ministério da Saúde. Artaza foi sucedido em 2003 por Pedro García, que prosseguiu as negociações no Congresso (E1; E8). Ao elaborar a proposta de reforma, os especialistas inspiraram-se no Plano de Benefícios Garantidos de Saúde (*Plan Garantizado de Beneficios de Salud*) que postulava prestações garantidas pelo Estado, elaborado no governo Eduardo Frei pelo ministro da Saúde Carlos Massad ²⁰.

Apesar da resistência do Colégio Médico à proposta de articulação dos setores público e privado na reforma GES, a divisão em distintos projetos facilitou a aprovação no Congresso e diluiu os embates com a categoria médica ^{18,22}. Entretanto, desagradou parte da Concertación, que considerava a proposta insuficiente para atender as necessidades do sistema de saúde (E2; E8).

Quatro dos cinco projetos enviados ao Parlamento, descritos no Quadro 2 – relativos ao financiamento da reforma, reorganização das funções da autoridade sanitária e da gestão, regulação das Isapre e o Plano GES – foram aprovados antes do final do mandato de Lagos.

O projeto referente aos direitos e deveres dos pacientes, o primeiro apresentado pela então ministra da Saúde Bachelet, não foi aprovado até o final do governo, em março de 2006. Após debates com distintos atores e grupos sociais, o projeto viria a ser reformulado e reapresentado em julho de 2006 por Bachelet, como presidente da República.

Quadro 2

Legislação da reforma de saúde do governo Ricardo Lagos. Chile, 2000-2006.

LEGISLAÇÃO	CONTEÚDO	ENVIADO AO LEGISLATIVO	APROVADO
Lei do financiamento (nº 19.888)	Institui o aumento do valor do Imposto sobre Valor Agregado (IVA) para o financiamento da Reforma da Saúde.	Junho/2003	Julho/2003
Lei solvência das Isapre ou Lei curta das Isapre (nº 19.895)	Estabelece regras para a proteção dos beneficiários em caso de solvência das seguradoras e em caso do cancelamento das Isapre.	Junho/2003	Agosto/2003
Lei da Autoridade Sanitária e Gestão (nº 19.937)	Reorganiza as funções do Ministério da Saúde. Divide e estabelece as funções de regulação e de provisão.	Julho/2002	Janeiro/2004
Lei Regime de Garantias Explícitas em Saúde (GES) (nº 19.966)	Cria o regime geral de garantias de acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade para prestações de saúde determinadas.	Mai/2002	Agosto/2004
Lei das Isapre ou Lei larga das Isapre (nº 20.015)	Regula as Isapre com relação aos custos e benefícios em caso de fechamento; determinação do aumento dos preços e discriminação dos planos; e introduz o Fundo de Compensação Solidário entre Isapre.	Julho/2002	Mai/2005
Lei dos direitos e deveres dos pacientes (nº 20.584)	Regula os direitos e deveres das pessoas relativos às ações de atenção à saúde, nos prestadores públicos ou privados.	Junho/2001	Abril/2012

Isapre: Instituições de Saúde Previdenciária (*Instituciones de Salud Previsional*).

Fonte: elaboração própria com base nas informações do sítio da Biblioteca do Congresso Nacional do Chile (https://www.bcn.cl/index_html).

O GES foi negociado com o Congresso, possibilitando acordos políticos para uma reforma em longo prazo, que correspondesse às necessidades da população, no que se referia à garantia do direito à saúde (E1; E2). Com base em um piloto do Regime GES, em 2002, as garantias explícitas foram implementadas ao longo de três anos do governo Lagos. Nos governos posteriores foram incluídas outras patologias ao GES.

Além das reformas instituídas pelas leis mencionadas, o governo Lagos promoveu uma importante reforma no modelo de APS, prioritário na política de saúde. O Modelo de Atenção Integral de Saúde Familiar e Comunitária foi implantado em 2005 com orientação à abordagem de renovação da APS da *Declaração de Alma-Ata* ^{23,24}. O Chile foi um dos países pioneiros no redirecionamento da APS nos primeiros governos da Concertación, especialmente para os afiliados dos grupos A e B do Fonasa.

Em que pesem os avanços na regulação do setor privado, o governo Lagos não foi capaz de extinguir os efeitos da segmentação e da discriminação do setor privado. Algumas medidas ampliaram esses efeitos, como a liberdade das Isapre para a criação de aportes à contribuição obrigatória ²⁵.

Primeiro governo Bachelet: o fortalecimento do GES (2006-2010)

Michelle Bachelet, do Partido Socialista, primeira mulher eleita como presidente do Chile, deu prosseguimento às principais políticas econômicas e sociais do governo Lagos. Os dois governos articularam a ortodoxia macroeconômica com reformas sociais redistributivas, intensificando esforços na proteção social, especialmente na saúde, assistência, previdência social e educação ^{13,26,27}.

As ações sobre os determinantes sociais da saúde e a proteção social das famílias chilenas foram ampliadas, constituindo política de Estado (E12). Destaque-se o programa intersetorial Chile Cresce Contigo (*Chile Crece Contigo*), do Ministério do Desenvolvimento Social e Família, destinado à primeira infância.

No setor saúde, as políticas prioritárias expressaram a predominância de continuidades em relação à agenda do governo anterior (E3; E4). A Presidência e o Ministério da Saúde mantiveram a ênfase na APS como estruturante do modelo de atenção público (E2). Investiram-se recursos na construção dos Centros Comunitários de Saúde Familiar, que complementaríamos os Centros de Saúde Familiar ²⁸.

O sistema GES se destacou como estratégia prioritária de planejamento e execução das ações do setor público de saúde (E4; E6; E8), expresso na ampliação das patologias e procedimentos cobertos (E3) e nos investimentos na estrutura de centros de saúde e hospitais. Entre 2006 e 2007, a lista de patologias passou de 25 para 56 (Quadro 3) ²⁹.

As sucessivas ampliações do GES foram alvo de críticas, já que muitas prestações passaram a ser incorporadas por pressões de grupos organizados (E8). Especialistas do setor e o próprio Conselho Consultivo do GES, em 2009 recomendaram ao Ministério da Saúde não aumentar o número de patologias cobertas pelo GES, mas ampliar a cesta de prestações cobertas. A sugestão não foi acatada pelo Ministério da Saúde, que ampliou a cobertura de patologias para 69 em 2010 ³⁰.

Huber et al. ¹³ afirmam que o GES representou uma inflexão em relação às políticas focalizadas e pró-mercado institucionalizadas na ditadura, e um passo em direção a uma assistência médica mais acessível. No entanto, não foi capaz de corrigir as falhas na segmentação, ao não ajustar a alocação desigual de contribuições obrigatórias para o sistema de saúde.

O primeiro governo Bachelet foi marcado pela saída de políticos do Partido Socialista ³¹, sob críticas de enfraquecimento ideológico dos partidos da Concertación. Os rompimentos políticos enfraqueceram a candidatura do ex-presidente Frei e contribuíram para que, após vinte anos, a coalizão de partidos de centro-esquerda Concertación fosse derrotada por Sebastian Piñera, da aliança partidária de centro-direita Coalizão pela Mudança (*Coalición por el Cambio*).

Quadro 3

Relação de patologias do Regime de Garantias em Saúde (GES) nos diferentes governos, 2005 a 2013.

GOVERNO LAGOS (2000-2006)	GOVERNO BACHELET (2006-2010)	GOVERNO PIÑERA (2010-2014) *
Início do GES com 25 patologias (2005)	Inclusão de 15 patologias (2006); 16 patologias (2007); 13 patologias (2010)	Inclusão de 11 patologias (2013)
1. Insuficiência renal crônica terminal 2. Cardiopatias congênitas operáveis em menores de 15 anos 3. Câncer cervicouterino 4. Alívio da dor do câncer avançado e cuidados paliativos 5. Infarto agudo do miocárdio e manejo da dor torácica em unidades de emergência 6. Diabetes mellitus tipo I 7. Diabetes mellitus tipo II 8. Câncer de mama em pessoas com 15 anos ou mais 9. Diagnóstico e tratamento de disrafismo espinhal 10. Tratamento cirúrgico de escoliose em menores de 25 anos 11. Tratamento cirúrgico de catarata congênita e adquirida 12. Endo prótese total de quadris em pessoas com 65 anos ou mais 13. Fissura labiopalatal 14. Câncer em menores de 15 anos 15. Primeiro episódio de esquizofrenia 16. Câncer de testículo em pessoas com 15 anos ou mais 17. Linfoma em pessoas com 15 anos ou mais 18. Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids) 19. Infecção respiratória aguda baixa de manejo ambulatorial em menores de 5 anos 20. Pneumonia adquirida na comunidade de manejo ambulatorial em pessoas com 65 anos ou mais 21. Hipertensão arterial primária essencial em pessoas com 15 anos ou mais 22. Epilepsia não refratária em pessoas a partir de 1 anos e menores de 15 anos de idade 23. Saúde bucal integral em crianças de 6 anos de idade 24. Prematurez 25. Transtorno de geração do impulso cardíaco e condução em pessoas de 15 anos ou mais, que necessitam de marcapasso	26. Colecistectomia preventiva do câncer de vesícula em adultos de 35 a 49 anos sintomáticos 27. Câncer gástrico em pessoas com 40 anos ou mais 28. Câncer de próstata em pessoas com 15 anos ou mais 29. Vícios de refração em pessoas com 65 anos ou mais 30. Estrabismo em menores de 9 anos 31. Retinopatia diabética 32. Descolamento de retina regmatogênico 33. Hemofilia 34. Depressão em pessoas com 15 anos ou mais 35. Tratamento cirúrgico de hiperplasia benigna de próstata em pessoas sintomáticas 36. Órtese (assistência técnica) para pessoas de 65 anos ou mais 37. Acidente cerebrovascular isquêmico em pessoas com 15 anos ou mais 38. Doença pulmonar obstrutiva crônica de tratamento ambulatorial 39. Asma infantil moderada ou crônica em menores de 15 anos 40. Síndrome da dificuldade respiratória em recém-nascidos 41. Leucemia em pessoas com 15 anos ou mais 42. Trauma ocular grave 43. Fibrose cística 44. Queimaduras 45. Consumo prejudicial e dependência de álcool e drogas em pessoas menores de 20 anos 46. Anestesia do parto 47. Hipoacusia bilateral em pessoas de 65 anos ou mais que requerem uso de aparelho auditivo 48. Artrite reumatoide 49. Tratamento médico em pessoas com 55 anos ou mais com artrose de quadris e/ou joelho, leve ou moderada 50. Hemorragia subaracnoidea secundária com ruptura de aneurismas cerebrais 51. Tratamento cirúrgico de tumores primários do sistema nervoso central em pessoas com 15 anos ou mais 52. Tratamento cirúrgico de hérnia do núcleo pulposo lombar 53. Urgência odontológica ambulatorial 54. Saúde oral integral do idoso de 60 anos ou mais 55. Politraumatismo grave 56. Atenção de urgência de traumatismo crânio encefálico moderado ou grave 57. Retinopatia em prematuros 58. Displasia broncopulmonar em prematuros 59. Hipoacusia neurosensorial bilateral em prematuros 60. Epilepsia não refratária em pessoas com 15 anos ou mais 61. Asma bronquial em pessoas com 15 anos ou mais 62. Mal de Parkinson 63. Artrite idiopática juvenil 64. Prevenção secundária de doença renal crônica terminal 65. Displasia luxante de quadris 66. Saúde bucal integral na gravidez 67. Esclerose múltipla remitente recorrente 68. Hepatite crônica por vírus da hepatite B 69. Hepatite C	70. Câncer colorretal em pessoas com 15 anos ou mais 71. Câncer de ovário epitelial 72. Câncer de bexiga em pessoas com 15 anos ou mais 73. Osteosarcoma em pessoas com 15 anos ou mais 74. Tratamento cirúrgico de lesões crônicas da válvula aorta em pessoas com 15 anos ou mais 75. Transtorno bipolar em pessoas com 15 anos ou mais 76. Hipotireoidismo em pessoas com 15 anos ou mais 77. Tratamento de hipoacusia moderada em menores de 2 anos 78. Lúpus eritematoso sistêmico 79. Tratamento cirúrgico de lesões crônicas da válvula mitral e tricúspide em pessoas com 15 anos ou mais 80. Tratamento de erradicação do <i>Helicobacter pylori</i>

Fonte: elaboração própria com base nas informações do Ministério da Saúde do Chile.

* Em outubro de 2019, no segundo governo de Sebastián Piñera, foram incluídas mais 5 patologias no sistema GES: câncer de pulmão, tireoide, renal e mieloma múltiplo em pessoas com 15 anos ou mais e Mal de Alzheimer e outras demências.

Primeiro governo Sebastián Piñera: a nova proposta de reforma do setor saúde (2010-2014)

O primeiro mandato de Sebastián Piñera foi dedicado à estabilidade política e ao fortalecimento da democracia, como os governos da Concertación. Manteve-se a inflação controlada e o crescimento da produção e consumo ³².

No início da gestão, mobilizações sociais, especialmente ligadas à educação, contestavam as bases sociais nas quais estavam estruturadas a sociedade chilena e fizeram com que o governo modificasse a agenda das políticas sociais ³³. Entretanto, a principal estratégia de proteção social do governo Bachelet, Chile Cresce Contigo, sofreu descontinuidades e teve menor visibilidade pública durante o governo Piñera ³⁴.

Na saúde, o plano de governo de Piñera estabelecia cinco prioridades: melhoria da infraestrutura com base na construção de hospitais e consultórios, sob o sistema de concessões; modernização da gestão em saúde com a construção de hospitais autogestionados; estabelecimento de contratos com os prestadores de serviços de saúde com metas e modelos para avaliação; eliminação das listas de espera nas enfermidades GES; articulação entre os setores público e privado por meio do “Bono de Garantía AUGE”, com o objetivo de assegurar a pessoas vulneráveis atenção em instituições de saúde públicas ou privadas de sua eleição ³⁵.

O Bono de Garantía AUGE buscava incluir na modalidade de livre eleição aproximadamente 3,5 milhões de beneficiários do Fonasa A, inscritos na modalidade de atenção institucional e que acessavam somente estabelecimentos públicos de saúde. Essa proposta foi criticada pela oposição e não foi concretizada (E12). Outra medida que sofreu oposição e denúncia de fraude foi a divulgação de dados do governo sobre o fim das listas de espera GES e não-GES ³⁰. Uma análise da Controladoria Geral da República constatou o desaparecimento de registros de encaminhamento de pacientes a especialistas.

Por outro lado, houve limitações à regulação do setor privado, como a decisão de inconstitucionalidade do Tribunal Constitucional, em 2010, quanto à competência da Superintendência de Saúde de fixar as tabelas de fatores de risco por sexo e idade nos planos de saúde. O Tribunal definiu que essa prerrogativa contrariava o princípio da igualdade, o direito à saúde e à seguridade social ³⁶, e estabeleceu que essa questão exigiria legislação pelo parlamento.

Ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde foram implementadas nesse período, destacando-se o programa Escolha Uma Vida Saudável (*Elige Vivir Sano*). A lei antitabaco, um dos nove objetivos desse programa para 2011-2020, possibilitou restrições ao consumo, venda e publicidade (E9).

Ressalta-se a criação da Agência Nacional de Medicamentos (AnaMed) e a regulamentação da *Nova Lei de Medicamentos*, até então não abordada pelos governos da Concertación e considerada uma política exitosa do governo, ao favorecer a garantia de medicamentos de qualidade para a população chilena (E11; E8). Além disso, após 11 anos de tramitação, foi regulamentada a *Lei nº 20.584* de 2012, que estabelecia os direitos e deveres dos pacientes.

O primeiro governo de direita após o período ditatorial deu continuidade à implementação das GES. Manteve-se o elenco de enfermidades implantado por Bachelet em 2010, e foi ampliado o número de patologias de 69 para 80, em 2013, correspondendo à proteção de 60% da carga de enfermidades que mais atingiam os chilenos ³⁷, como destacado no Quadro 3. Contudo, a ampliação do GES produziu um subfinanciamento do sistema público, já que os recursos não foram reajustados nem ampliados na mesma proporção que a cobertura ³⁰.

No governo Piñera, a reforma do setor saúde esteve na agenda política, mas sua repercussão foi limitada. No primeiro ano do mandato foi constituída uma comissão presidencial com 13 especialistas em saúde pública, que apresentou duas proposições de reforma. A primeira, acordada pela maioria da comissão, propunha uma reforma estrutural baseada num sistema de multisseguros com um fundo de compensação de riscos entre os setores público e privado. A segunda, da minoria da comissão, só se referia ao setor privado e à introdução de portabilidade de subsídio público (E8). A primeira proposta foi rechaçada pelo Ministério da Saúde, que compôs nova comissão que, em 2011, apresentou ao Congresso um informe referente somente às Isapre (E8). Por não atender a interesses do Executivo, Congresso e demais grupos, o texto permaneceu no Parlamento à espera de um substitutivo (E10; E8), o que só ocorreu em 2019, no segundo mandato de Piñera.

Nas eleições de 2013, nove candidatos concorreram à Presidência da República. Ao final do processo eleitoral, Bachelet foi eleita para o segundo mandato.

Segundo governo Bachelet: a reforma de saúde obstruída (2014-2018)

Nas eleições de 2013, Michelle Bachelet concorreu apoiada pela coalizão político-partidária Nova Maioria (*Nueva Mayoría*), com a proposta de efetivar três mudanças estruturais: educacional, tributária e constitucional ³⁸. O programa de governo trazia importantes diferenças em relação ao do primeiro mandato. O caráter refundacional das bases da democracia, com a introdução de propostas progressistas, indicava uma mudança de orientação nas estruturas política, econômica e institucional herdadas do período ditatorial ³⁹.

Além da priorização das três reformas, o programa contemplava 50 medidas de distintos setores a serem cumpridas nos 100 primeiros dias de governo. Ao final do prazo, 91% das medidas haviam sido efetivadas, dentre as quais: a Criação da Comissão Assessora Presidencial para estudo e proposta de um novo regime jurídico para o sistema de saúde privado e a entrega do Plano Nacional de Investimentos de Saúde Pública 2014-2018 ³⁸.

Outros compromissos do governo estavam ligados à construção e habilitação de serviços de atenção primária de urgência; convênios com municípios para a entrega de medicamentos gratuitos para pacientes crônicos; construção de hospitais; e recursos para a contratação de especialistas ³⁹.

Mantiveram-se as prioridades dos governos anteriores, como o fortalecimento da APS, reestruturação da infraestrutura hospitalar, regulamentação da etiquetagem dos alimentos e diminuição das listas de espera, especialmente para especialistas (E6; E7; E12).

Uma das primeiras medidas do governo para o setor saúde foi a criação de uma Comissão Assessora para o estudo e proposta de um novo modelo e marco jurídico para o sistema privado de saúde ⁴⁰. A comissão, formada por 18 especialistas e comandada pelo economista Camilo Pedraza, elaborou, em 2014, uma proposta de reforma radical do setor saúde ⁴¹. Como medidas de curto prazo, seriam estabelecidos mecanismos para acabar com pagamentos associados a riscos individuais, incluindo o mesmo preço praticado a prêmios independentemente de sexo e idade. As medidas de longo prazo se referiram à criação de um Fundo Único como Seguro Nacional de Saúde e à preservação de seguros privados complementares voluntários ⁴⁰. O Quadro 4 compara as propostas de reforma das comissões presidenciais de 2010 e 2014, com ênfase nos aspectos relativos ao financiamento, prestação de serviços e regulação.

A proposta da Comissão Assessora Presidencial, considerada um projeto estrutural e radical, sofreu críticas de setores ligados às Isapre (E14). Além disso, o segundo governo Bachelet foi marcado pela introdução de reformas em distintas áreas, como a tributária e educacional, além da proposta de nova Constituição. A análise da conjuntura realizada pela presidente e pelo Ministério da Saúde considerou não haver condições políticas para mais uma reforma radical como a idealizada pela Comissão (E12; E13; E14). Ademais, denúncia de corrupção envolvendo o filho da presidente, no segundo ano do mandato, acentuou fragilidades políticas e acirrou conflitos que prejudicaram o encaminhamento das reformas, inclusive a da saúde (E12, E7).

No que se refere a mudanças incrementais, em 2015, após mobilização popular, foi aprovada a *Lei Ricarte Soto*, que concedeu cobertura de patologias de alto custo para afiliados dos sistemas público e privado. Até o final de 2019, eram cobertas 27 enfermidades de alto custo e, como no regime GES, havia pressão de diversos grupos para a incorporação de novas patologias.

No último ano do governo, priorizou-se outro tema controverso: a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez (E12). Apesar da resistência dos setores conservadores do parlamento e das críticas de instituições religiosas, em 2017 foi regulamentada lei sobre a descriminalização em três situações: risco de vida para a mãe; gravidez decorrente de estupro; e inviabilidade do feto por patologia. A aprovação da lei foi uma das últimas medidas importantes de saúde do governo (E12).

O Quadro 5 sintetiza as principais características do contexto político institucional, agenda e estratégias para o setor saúde nos governos analisados.

Quadro 4

Propostas de reformas do setor saúde das Comissões Presidenciais dos governos Piñera (em 2010) e Bachelet (em 2014), segundo características selecionadas.

	GOVERNO PIÑERA PROPOSTA DA COMISSÃO ASSESSORA PRESIDENCIAL (2010)	GOVERNO BACHELET PROPOSTA DA COMISSÃO ASSESSORA PRESIDENCIAL (2014)
Ministro(a) da saúde	Jaime Mañalich	Hélia Molina
Tramitação da proposta no parlamento	Proposta apresentada ao parlamento e até o final do mandato de Piñera estava tramitando no Senado *.	Não foi encaminhada para o parlamento.
Financiamento	Proposta da Maioria: Criação de um Plano Universal de Saúde e criação de um prêmio <i>per capita</i> sanitário universal; Seguro de Incapacidade Ocupacional (SIL), único, nacional; Possibilidade de escolher a entidade de seguridade social pública ou privada; Criação de subsídios estatais ajustados por níveis de renda e de risco das pessoas; Criação de um Fundo Compensatório por Riscos; Possibilidade de contratação de Seguros Adicionais Voluntários. Proposta da Minoria: Criação de um Plano de Seguro de Saúde Obrigatório (PSSO); Cotização solidária ajustada por risco do seu grupo familiar; Cotização de trabalhadores autônomos, rentistas e outros segundo a renda real ou presumida.	Estabelecimento de um Plano de Seguridade Social (PSS) único e universal com contribuição obrigatória e copagamentos; Criação de um prêmio comunitário adicional <i>per capita</i> ; Criação de um Fundo Mancomunado Universal entre Fonasa e Isapre; Criação de um Fundo Inter-Isapre ajustado por riscos de saúde; Criação de um Fundo Subsídio de Incapacidade Laboral com financiamento tripartite.
Prestação de serviços	Separação entre a prestação de serviços públicos e privados, inclusive com relação às ações preventivas e curativas.	Prestadores públicos e privados, sem exclusividade, podendo oferecer serviços a diversas seguradoras garantindo o direito de livre eleição do prestador.
Regulação	Estabelecimento de normas pela Superintendência de Saúde para regulação, gerenciamento e execução do processo de licitação de seguros.	Ampliação das funções da Superintendência de Saúde com relação à regulação das seguradoras, prestadores e seguros complementares.

Fonte: elaboração própria com base nas informações disponibilizadas nos Informes Finais das Comissões de 2010⁴³ e 2014⁴⁰.

* Substitutivo da proposta enviada ao Parlamento em abril de 2019 no segundo governo Piñera.

Condicionantes da configuração do sistema de saúde

A análise da trajetória das políticas de saúde no Chile evidencia três grupos de condicionantes das relações entre Estado e mercado e da configuração do sistema no período: estruturais, institucionais e políticos.

Os condicionantes estruturais se relacionam ao modelo capitalista, característico de economias periféricas que reforçam as desigualdades das sociedades, e ao caráter histórico dos sistemas de proteção social que reitera a segmentação por grupos sociais, como observado na maioria dos países da América Latina⁸.

Um condicionante estrutural concerne à reforma radical implementada pelo governo autoritário de Pinochet, que transformou as relações entre Estado e mercado na saúde. Configurou-se um sistema dual com forte participação privada, que adquiriu sólida institucionalidade e mobilizou interesses de diferentes organizações e atores políticos e econômicos². O sistema de livre eleição, ampliado no período militar, proporcionou a permanência da classe média no setor público, mas representou um elemento central para a predominância do setor privado na prestação de serviços^{36,42}. As contribuições compulsórias dos trabalhadores para o setor privado e a modalidade de livre eleição passaram a compor a institucionalidade do sistema de saúde. Tais fatores geraram obstáculos às propostas de transformações abrangentes e estruturais no sistema de saúde no período democrático.

Quadro 5

Contexto político econômico, agenda de prioridades dos governos e estratégias adotadas no âmbito das políticas de saúde no Chile, de 2000 a 2018.

GOVERNO	CONTEXTO POLÍTICO-ECONÔMICO	AGENDA DOS GOVERNOS	ESTRATÉGIAS ADOTADAS
Ricardo Lagos (2000-2006)	<p>Economia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das políticas econômicas liberais; • Assinatura de acordos de livre comércio com União Europeia, Estados Unidos, China e outros países; • Desenvolvimento de infraestrutura urbana por meio de parcerias público-privadas; • Governos da Concertación: maior crescimento anual per capita (4,2%) da América Latina de 1990 a 2005. <p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coalizão de centro-esquerda heterogênea e plural; • Primeiro presidente do Partido Socialista, depois de Salvador Allende; • Aproximação com os partidos de centro e acordos com os partidos de direita para aprovação das reformas; • Crise política – escândalo de corrupção envolvendo Ministério de Obras Públicas e a empresa Gestão Ambiental e Territorial; • Acordo no legislativo para implantação de ações para modernização do Estado, transparência e promoção do crescimento; • Constituição Federal de 1980 – implementação de 58 mudanças. 	<p>Políticas sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com a diminuição das desigualdades sociais; • Expansão de direitos trabalhistas; • Ações sobre os determinantes sociais da saúde mediante políticas redistributivas – Sistema Chile Solidário; • Criação do sistema de financiamento da educação superior com subsídios do Estado. <p>Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforma integral da Saúde; • Carta de Direitos e Deveres em Saúde; • Criação de um Fundo Solidário, com recursos do Estado e da população; • Fortalecimento da regulação e fiscalização dos prestadores privados e das Isapre; • Garantias em termos de acesso, oportunidade e qualidade em todos os níveis de atenção; • Ações de modernização do sistema público de saúde; • Eliminação das filas de espera nos consultórios públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Progressivo aumento das transferências fiscais para o setor público; • Estabelecimento dos Objetivos Sanitários 2000-2010; • Implantação do Modelo de Atenção Integral de Saúde Familiar e Comunitária na atenção primária à saúde; • Reforma incremental – Sistema AUGE/ GES (Atenção Universal com Garantias Explícitas); • Implementação de quatro leis para dar sustentação à política pública; • Criação de um Fundo de Compensação Solidário entre as Isapre abertas.

(continua)

Quadro 5 (continuação)

GOVERNO	CONTEXTO POLÍTICO-ECONÔMICO	AGENDA DOS GOVERNOS	ESTRATÉGIAS ADOTADAS
Michelle Bachelet (2006-2010)	<p>Economia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior intervencionismo e regulação estatal; • Manutenção dos bons índices econômicos e ajuste fiscal; • Políticas para o enfrentamento da crise internacional nos âmbitos fiscal, cambial e de comércio exterior; • Entrada na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). <p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coalizão consegue maioria em ambas as Câmaras do Parlamento chileno; • Enfraquecimento da coalizão política, saída de importantes nomes do Partido Socialista e fim da Concertación; • Reforma e modernização do Estado. 	<p>Políticas sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da rede de proteção social; • Reforma da Previdência Social – criação de pilar solidário financiado pelo Estado no sistema de Previdência Social e concessão de pensões solidárias para a velhice e invalidez, complementares ao sistema privado; • Estabelecimento de novo marco no âmbito educacional com mudanças com relação aos direitos e deveres da comunidade educacional; requisitos mínimos para níveis de educação; dentre outros; • Ações sobre os determinantes sociais da saúde mediante políticas redistributivas – Programa <i>Chile Cresce Contigo</i>. <p>Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetivação do cumprimento das garantias explícitas do Plano AUGE; • Prosseguimento às mudanças institucionais produzidas pela reforma de saúde; • Criação do regime de hospitais autogestionados; • Destinação de recursos para patologias não AUGE; • Reforço da atenção primária em saúde; • Introdução de mais competências no setor privado a partir da estandardização e simplificação dos planos; • Ampliação da gratuidade na atenção de saúde na modalidade institucional para idosos, e desenvolvimento de um programa de capacitação em geriatria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modernização do sistema público de saúde e construção de infraestrutura hospitalar e de centros de atenção primária; • Expansão do regime GES e inclusão de novas patologias; <ul style="list-style-type: none"> • Redução das listas de espera em hospitais e centros de atenção primária; • Melhoria na infraestrutura e qualidade da atenção dos serviços de urgência, com contratação de recursos humanos e serviços de ambulância em todo o país; <ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação da Lei de Doador Universal para pessoas maiores de 18 anos; • Proibição de condicionamento de atenção à saúde a pagamento no ato; • Regulamentação da legislação sobre informação, orientação e prestações em matéria de regulação da fertilidade.

(continua)

Quadro 5 (continuação)

GOVERNO	CONTEXTO POLÍTICO-ECONÔMICO	AGENDA DOS GOVERNOS	ESTRATÉGIAS ADOTADAS
Sebastián Piñera (2010-2014)	<p>Economia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para superação da crise financeira internacional e seus efeitos econômicos e sociais; • Manutenção de modelo de desenvolvimento gerador de concentração e desigualdades; • Final do período: inflação controlada, produção em crescimento, dinamismo no consumo interno e investimentos interno e externo. <p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coalizão de centro-direita (Coalizão pela Mundaça); • Mobilizações sociais e estudantis (2011/2012): reivindicação da reforma educacional ampla e questionamento dos pilares da sociedade chilena construídos durante a ditadura militar; • Diminuição da identificação partidária e adesão à democracia; • Adoção de medidas visando a impulsionar a democracia no país, como o voto facultativo e a inscrição eleitoral automática. 	<p>Políticas sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benefícios para a capacitação de jovens e mulheres – <i>Bono de Capacitación e Subsídio de Empleo de la Mujer</i>; • Extensão da licença maternidade de três para seis meses; • Criação do Ingresso Ético Familiar que define bônus e transferências condicionadas a famílias de pobreza extrema. <p>Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição das listas de espera para prestações de saúde e desigualdades; • Constituição de uma Comissão Assessora Presidencial para a reforma do setor privado – proposta enviada ao Parlamento; • Aumento dos investimentos e reforma da atenção primária à saúde; • Ampliação da modalidade de livre eleição para o grupo A do Fonasa; • Lei de etiquetagem dos alimentos; • Criação de um Fundo Nacional de Medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensão da contribuição obrigatória para os pensionistas que recebem os benefícios <i>Pensión Básica Solidaria</i> ou <i>Aporte Previsional Solidario</i>; • Diminuição de 7% para 5% da contribuição de pensionistas por idade, invalidez, acidentes de trabalho e doenças profissionais, dentre outros; • Criação da Agência Nacional de Medicamentos; • Investimento na infraestrutura hospitalar e de consultórios; • Criação de hospitais autogestionados; • Implantação do Programa de promoção e prevenção Escolha Uma Vida Saudável; • Regulamentação da Lei de Direitos e Deveres em Saúde (<i>Lei n° 20.584/2012</i>); • Implementação da Lei antitabaco (<i>Lei n° 20.660/2013</i>); • Tratamento de fertilização de baixa complexidade para casais atendidos no Fonasa; • Aumento da cobertura de patologias das GES de 56 para 80 durante os anos de 2010 a 2013.

(continua)

Quadro 5 (continuação)

GOVERNO	CONTEXTO POLÍTICO-ECONÔMICO	AGENDA DOS GOVERNOS	ESTRATÉGIAS ADOTADAS
Michelle Bachelet (2014-2018)	<p>Economia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixo crescimento econômico; • Queda do preço do cobre (principal produto de exportação); • Diminuição dos investimentos estrangeiros. <p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformação de uma nova coalizão política de centro esquerda Nova Maioria estruturada com base nas propostas de reformas educacional, tributária e constitucional; • Críticas à quantidade de comissões criadas e reformas planejadas; • Regulamentação da reforma tributária (<i>Lei nº 20.780/2014</i>); • Fortalecimento da representatividade no Congresso Nacional (<i>Lei nº 20.840/2015</i>): substituição do sistema binomial pelo sistema eleitoral proporcional, criação de cotas femininas nas listas partidárias e incentivos à criação de partidos políticos; • Crise política e institucional (2015) – escândalos de corrupção e financiamento de políticos afetando direta e indiretamente o governo, diminuição da aprovação popular do governo e paralisação das reformas; • Mobilização social (2016) pela reforma na previdência social. 	<p>Políticas sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de Comissão Assessora Presidencial para Reforma da Previdência Social e elaboração de Informe com propostas; • Elaboração da Política Nacional da Infância e Adolescência: sistema integral de garantias de direitos da infância e adolescência 2015-2025; • Criação do <i>Aporte Familiar Permanente</i> destinado a famílias que recebem outros benefícios assistenciais; • Acordo de união civil equiparando os direitos dos casais homossexuais aos dos casais heterossexuais; • Reforma educacional (<i>Lei 21.040/2017</i>); <p>Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituição de uma Comissão Assessora Presidencial para reforma da saúde – proposta não enviada ao Parlamento; • Construção de infraestrutura hospitalar e de centros de atenção primária; • Criação de Serviços de Atenção Primária de Alta Resolução (SAR) e compra de equipamentos; • Ampliação da cobertura de atenção odontológica para mulheres de grupos socioeconômicos vulneráveis; • Criação de um Fundo Especial de Medicamentos de Alto Custo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento do Plano Nacional de Investimentos Públicos de Saúde 2014-2018: construções de hospitais; fortalecimento da Atenção Primária de Saúde com criação de novos Centros de Saúde Familiar (CESFAM); Centros Comunitários de Saúde Familiar (Cecosf) e Serviços de Atenção Primária de Urgência e Alta Resolução (SAR); • Implantação do Programa <i>Mas Sonrisa para Chile</i>; • Criação do Plano de ingresso, formação e retenção de médicos e especialistas destinados à atenção primária à saúde; • Garantia Universal de Tratamento de Alto Custo (ou Lei Ricarte Soto) – <i>Lei nº 20.850/2015</i>; • <i>Lei nº 20.606/2016</i> dos alimentos etiquetados: modificação do Regulamento Sanitário de Alimentos; • Criação da <i>Lei nº 21.030/2017</i> de descriminalização da interrupção voluntária da gravidez em três situações

Fonte: elaboração própria com base nas pesquisas bibliográfica, documental e nas entrevistas.

O caminho do governo ditatorial de romper os mecanismos de solidariedade entre os sistemas público e privado estabeleceu como legado institucional uma segmentação radical que permanece como marca do sistema de saúde chileno ³. As regras que definem a estrutura dual e os interesses decorrentes dificultaram a introdução de mudanças radicais no sistema de saúde, mesmo diante de propostas dos governos democráticos. Este estudo corrobora a análise de Labra ³, que apontava a dificuldade na introdução de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, após a consolidação histórica de determinado formato institucional. O caso chileno ilustra uma situação de dependência da trajetória, na medida em que governos de diferentes orientações políticas não foram capazes de implantar propostas de reforma, mantendo-se a configuração estrutural do sistema de saúde adotada no governo Pinochet.

A implementação de reformas incrementais, como o GES, tem gerado outra segmentação no sistema. Agrava-se a diferença de acesso e tempos de espera entre pessoas com cobertura GES e as que não têm ^{12,24,36}. O financiamento do GES, baseado em um imposto regressivo, e a demanda de prestações de serviços que excede a capacidade pública são limites do sistema.

Em que pesem as contradições produzidas pela reforma GES, evidencia-se a sua continuidade como estratégia prioritária de atenção à saúde em governos de distintas orientações políticas, com ajustes incrementais (Quadro 3), bem como sua relevância para a melhoria das condições de acesso à saúde da população nos setores público e privado, o que sugere a importância de mudanças institucionais graduais para transformações significativas, em momentos de estabilidade ⁷. A *Lei de Autoridade Sanitária e Gestão*, regulamentada em 2004, que reorganizou as funções de reitoria, gestão, regulação e provisão, pode ser uma estratégia importante nessa perspectiva (Quadro 2).

Por fim, com relação aos condicionantes políticos, propostas de reforma do setor saúde permaneceram na agenda de dois governos consecutivos, após a implementação do GES. Todavia, a proposta de reforma do governo Piñera ⁴³ mais restrita ao setor privado, seguiu estacionada no Parlamento. Já proposta elaborada no segundo governo Bachelet ¹⁹, de caráter mais radical, nem chegou a ser apresentada ao Legislativo (Quadro 4), em face da identificação de resistências e da concomitância da negociação de outras propostas de reformas conflitivas, como a da educação.

Além disso, o caráter heterogêneo e pluralista dos partidos de centro-esquerda que conformavam a Concertación e, posteriormente, a Nueva Maioría, produziu constrangimentos e obstáculos, especialmente nos governos de Bachelet, vinculada ao Partido Socialista, de perfil reformista ³⁸.

No segundo governo Bachelet, a existência de propostas de reformas estruturais em diferentes áreas e a diminuição da base de sustentação política da presidente prejudicaram o encaminhamento de uma reforma voltada à reorientação do sistema de saúde, em uma perspectiva abrangente de seguridade social.

Conclusão

No Chile, após a redemocratização, as propostas de reformas que alterariam a estrutura do sistema de saúde no sentido da regulação do setor privado e do fortalecimento do setor público, principalmente as apresentadas por governos de centro-esquerda, esbarraram em limites estruturais, institucionais e políticos, configurando um exemplo de dependência de trajetória em relação à reforma estrutural realizada durante a ditadura militar.

Houve elementos de continuidades e mudanças ao longo de governos de diferentes orientações políticas. Em relação às continuidades, os governos democráticos não conseguiram implantar reformas abrangentes na saúde, mas adotaram mudanças incrementais que ampliaram o acesso e a prestação dos serviços de saúde, como as mudanças incrementais na APS e na estratégia GES.

As agendas de reforma dos governos de variadas orientações políticas apresentaram diferenças entre si. Apesar de efeitos limitados de concretização das propostas, destacaram-se, de maneira geral, iniciativas de fortalecimento do setor público na agenda de governos de centro-esquerda e destaque ao setor privado na agenda do governo de centro-direita.

O estudo priorizou a análise de documentos oficiais e entrevistados que atuaram no Executivo nacional, não abarcando outros atores estatais e não estatais. Pesquisas adicionais são necessárias para aprofundar a análise das relações público-privadas na organização, financiamento e provisão de serviços de saúde, bem como seus efeitos sobre os resultados do sistema de saúde.

Na América Latina, o modelo chileno inspirou reformas voltadas à maior participação do setor privado na saúde. Contudo, esse modelo mostra sinais de esgotamento, expressos ao final do ano de 2019 na onda de protestos que culminou na promessa de uma nova Constituição Nacional e na atualização do debate sobre a reforma do setor saúde pela academia, associações profissionais e sociedade civil. Em face da nova conjuntura, abriu-se uma brecha para o redirecionamento da trajetória das políticas de saúde no Chile. Resta observar se os anseios da população se sobreporão aos interesses de grupos econômicos e políticos que têm se beneficiado da estrutura dual do sistema de saúde chileno.

Colaboradores

S. C. Oliveira foi responsável pela realização do trabalho de campo e pela concepção, revisão bibliográfica, redação e aprovação da versão final. C. V. Machado e P. F. Almeida participaram da concepção, redação, revisão crítica e aprovação da versão final. A. A. Hein participou da revisão crítica e aprovação da versão final.

Agradecimentos

S. C. Oliveira é bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/PDSE/Processo nº 88881.189908/2018-01) e C. V. Machado é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Agradecemos ao Edital do Proex-Capes-ENSP 2018 pelo apoio financeiro.

Informações adicionais

ORCID: Suelen Carlos de Oliveira (0000-0002-0090-2341); Cristiani Vieira Machado (0000-0002-9577-0301); Alex Alarcón Hein (0000-0001-7163-9280); Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574).

Referências

- Teichman J. The politics of freeing markets in Latin America: Chile, Argentina and Mexico. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2001.
- Bustos CAM. Institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2010.
- Labra ME. Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Ciênc Saúde Colet* 2001; 6:361-76.
- Becerril Montekio V. Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Méx* 2011; 53 Suppl 2:S132-43.
- Soto RA, Leal MCH, Zelada LG. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estudios Constitucionales* 2016; 14:95-138.
- Pierson P. Politics in time: history, institutions and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen, K, editores. *Explaining institutional change: ambiguity, agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 1-37.
- Mesa-Lago C. Protección social en Chile: reformas para mejorar la equidad. *Revista Internacional del Trabajo* 2008; 127:462-80.
- Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: a case study from Chile. *Health Policy* 2017; 121:495-503.
- Fleury S. Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 2002.
- Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med* 2008; 5:e79.
- Tetelboin C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. In: Tetelboin C, Laurell C, editores. *O direito universal à saúde: uma análise da agenda latino-americana e controle*. Buenos Aires: Conselho Latino-americano de Ciências Sociais; 2015. p. 75-97.
- Huber E, Pribble J, Stephens J. The Chilean left in power: achievements, failures, and omissions. In: Weyland K, Madrid R, Hunter W, editores. *Leftist governments in Latin America: successes and shortcomings*. New York: Cambridge University Press; 2010. p. 77-97.
- Olavarría MO, editor. *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2: el plan AUGE y la reforma de la salud*. Santiago de Chile: Universitaria; 2012.
- Ministerio de Salud. Ley nº 19.378. Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745> (acessado em 15/Ago/2019).
- Manuel A. The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública Méx* 2002; 44:60-8.
- Ossandon J. The enactment of private health insurance in Chile. London: University of London; 2008.
- Roberts KM. Chile: the left after neoliberalism. In: Levitsky S, Roberts KM, editores. *The resurgence of the Latin American left*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2011. p. 325-47.

19. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos sanitarios 2000-2010. Santiago de Chile: División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile; 2002.
20. Lenz R. Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina – una mirada desde la economía política. Santiago de Chile: Corporación de Estudios para Latinoamérica; 2007. (Serie Estudios Socio Económicos, 38).
21. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley nº 20.584. https://www.bcn.cl/historiadelaLey/fileadmin/file_ley/4579/HLD_4579_ae974d35083172604e6578d5ed1ede37.pdf (accesado em 22/Dez/2019).
22. Dockendorff A. El Congreso Nacional y la reforma de salud en Chile. In: Olavarría M, editor. ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2: el plan AUGE y la reforma de la salud. Santiago de Chile: Universitaria; 2012. p. 183-205.
23. Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2014.
24. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2213-28.
25. Chile. Decreto con Fuerza de Ley nº 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley nº 2.763 de 1979 y de las leyes nº 18.933 y nº 18.469. *Diario Oficial* 2006; 24 abr.
26. Uthoff A. Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2016. (Serie Políticas Sociales, 221).
27. Oliveira SC, Machado CV, Hein AA. Reformas da Previdência Social no Chile: lições para o Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00045219.
28. Ministerio de Salud de Chile. Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile; 2008.
29. Ministerio de Salud. Patologías garantizadas AUGE. <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html> (accesado em 12/Dez/2019).
30. Inostroza M, Sánchez H, editores. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2019/08/construccion-politica-del-sistema-de-salud-chileno.pdf> (accesado em 10/Out/2019).
31. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia política. Partidos, movimientos y coaliciones. https://www.bcn.cl/historiapolitica/partidos_politicos/wiki/Concertaci%C3%B3n_de_Partidos_por_la_Democracia#Elecciones_parlamentarias (accesado em 11/Dez/2019).
32. Grupo de Estudios del Capital. Tras las riendas del neoliberalismo: balance económico del Gobierno de Piñera. Santiago de Chile: Fundación Nodo XXI; 2014.
33. Avendaño OA. Las reformas políticas en el gobierno de Sebastián Piñera Chile, 2010-2013. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 2013; 58:167-91.
34. Bedregal P, Torres A, Carvalho C. Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Chile; 2014.
35. Piñera S. Programa de gobierno para el cambio el futuro y la esperanza, Chile 2010-2014. Santiago de Chile: Coalición por el Cambio; 2009.
36. Luzuriaga MJ. Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. São Paulo: Hucitec Editora; 2018.
37. Ministerio de Salud. En salud, Chile avanza con todos (2010-2014). Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2013.
38. Garretón MA. El proyecto de transformación y la crisis político-institucional de la sociedad chilena: el gobierno de Bachelet entre 2014-2016. In: Arqueros C, Iriarte A, editores. Chile y América Latina: crisis de las izquierdas del siglo XXI. Santiago de Chile: Instituto Res Publica, Universidad del Desarrollo; 2017. p. 209-44.
39. Bachelet M. 50 compromisos para los primeros 100 días de gobierno. <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/50medidasMB.pdf> (accesado em 14/Out/2019).
40. Chile. Informe estudio y propuesta de un nuevo marco jurídico para el sistema privado de salud. Santiago de Chile: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud; 2014.
41. Uthoff A, Cid C. La necesaria transformación del sistema de salud en Chile propuesta por la Comisión Cid. *Cuad Méd Soc (Santiago de Chile)* 2018; 58:41-8.
42. Goyenechea M, Sinclair D. La privatización de la salud en Chile. *Revista Políticas Públicas* 2013; 6:35-52.
43. Chile. Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta el Sistema Privado de Salud. Santiago de Chile: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta el Sistema Privado de Salud; 2010.

Abstract

In the 1980s, during the military dictatorship, Chile was a forerunner in Latin America in radical health system reform, expanding the private sector's participation in health insurance and services provision and influencing reforms in other countries of the region. The article analyzes health policies in Chile from 2000 to 2018, in the context of four democratic government administrations, considering continuities and changes in the policies' development and their conditioning factors. The analytical reference drew on contributions from historical institutionalism. Literature and document searches were performed, besides semi-structured interviews with national policy-makers from the period under study. Analysis of the trajectory of health policies in Chile during the democratic period revealed continuities and changes in the agendas and strategies adopted by governments with different political positions. Incremental reforms throughout this period produced progress and improvements in health services access and provision. However, reform proposals to alter the health system's public-private arrangement encountered resistance, and the dual and segmented structure shaped in the 1980s was maintained, with strong private participation. Historical-structural, institutional, and political conditioning factors in State-market relations and the health system's configuration under the dictatorship hindered comprehensive changes in public-private relations in health, producing an example of path dependence and corporate interests' power in the health sector.

Health Care Reform; Health Systems; Health Policy

Resumen

En la década de 1980, durante la dictadura militar, Chile fue precursor en América Latina en la realización de una reforma radical del sistema de salud, que expandió la participación del sector privado en el aseguramiento y prestación de servicios, influenciando reformas en otros países de la región. El artículo analiza las políticas de salud en Chile desde el año 2000 al 2018, en el contexto de cuatro gobiernos democráticos, considerando continuidades y cambios en la trayectoria de las políticas y sus condicionantes. El marco referencial analítico se basó en contribuciones del enfoque del institucionalismo histórico. Se realizó un análisis bibliográfico, documental y entrevistas semiestructuradas con gestores implicados en la política nacional durante el período estudiado. El análisis de la trayectoria de las políticas de salud en Chile durante el período democrático mostró continuidades y cambios en las agendas y estrategias adoptadas por gobiernos de diferentes orientaciones políticas. Reformas incrementales realizadas a lo largo del período produjeron avances y mejoras en el acceso y prestación de los servicios de salud. No obstante, las propuestas de reforma que alterarían el acuerdo público-privado del sistema de salud sufrieron resistencias, y se mantuvo la estructura dual y segmentada, conformada en la década de 1980, con una fuerte participación privada. Condicionantes histórico-estructurales, institucionales y políticos de las relaciones entre el Estado y el mercado, así como de la configuración del sistema de salud instituido durante el período dictatorial, dificultaron cambios de gran alcance en las relaciones público-privadas en salud, configurando un ejemplo de dependencia de trayectoria, así como del poder de los intereses empresariales en el sector salud.

Reforma de la Atención de Salud; Sistemas de Salud; Política de Salud

Recebido em 07/Jan/2020

Versão final reapresentada em 31/Mar/2020

Aprovado em 01/Abr/2020