



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

FABIÁN MORAGA CORTÉS

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA DE
SAÚDE CHILENO NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE (2010-2017)**

FEIRA DE SANTANA - BA

2019

FABIÁN MORAGA CORTÉS

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA DE
SAÚDE CHILENO NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE (2010-2017)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, planejamento e gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, gestão e políticas de saúde.

Orientadora: Professora Doutora Thereza Christina Bahia Coelho.

Co-orientadora: Professora Doutora Clara Aleida Prada Sanabria.

FEIRA DE SANTANA - BA
2019

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

M824

Moraga Cortés, Fabián Andrés

Financiamento da atenção primária no sistema de saúde chileno na perspectiva da equidade (2010-2017) / Fabián Andrés Moraga Cortés. – 2019.

133 f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho.

Coorientadora: Clara Aleida Prada Sanabria.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2019.

1. Atenção primária à saúde – Chile. 2. Sistema de saúde chileno – financiamento. 3. Equidade. 4. Atenção à saúde – gastos. I. Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II. Sanabria, Clara Aleida Prada, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614.2:658.4(83)“2010/2017”

FABIÁN MORAGA CORTÉS

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA DE
SAÚDE CHILENO NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE (2010-2017)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva

Feira de Santana 18 de março de 2019

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Professor Doutor Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professora Doutora Eli Iola Gurgel Andrade
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida para cursar o Mestrado Acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Agradeço ao governo brasileiro por ter implantado o Programa de Alianças para a Educação e a Capacitação (PAEC), que por meio da Organização dos Estados Americanos (OEA), me permitiu financiar os gastos derivados da minha estadia no Brasil. Sobretudo, agradeço ao povo brasileiro e à sociedade baiana, que disponibilizaram os recursos necessário para que estas ações fossem concretizadas.

Em segundo lugar, agradecimentos para minha orientadora, professora doutora Thereza Christina Bahia Coelho, pela paciência e pelo esforço intelectual empregado em guiar minha pesquisa. As maiores dificuldades de orientar a um estudante estrangeiro nunca foram um obstáculo para continuar o trabalho acadêmico desenvolvido juntos. Agradeço a minha co-orientadora, professora Clara Aleida Prada Sanabria, pelas valiosas correções ao texto e por sempre promover em mim o interesse para continuar minha formação acadêmica.

Finalmente, a todos os funcionários não acadêmicos da UEFS que sempre me acolheram com carinho e compreensão. Destaco o trabalho feito por Fran Albano e Goreth Pinho, pela ajuda para superar os requerimentos da vida acadêmica e pessoal. Não posso deixar de agradecer ao professor Rodrigo Coutinho, por ter dirigido o curso de português para estrangeiros durante estes dois anos.

RESUMO

Desde a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como a base dos sistemas nacionais de saúde, indispensável para o desenvolvimento humano, e espaço privilegiado para o afrontamento às iniquidades através de intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e da promoção da participação das comunidades. Esta dissertação insere-se no financiamento da saúde enquanto área de estudo, e teve por objetivo analisar o Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) no Chile, entre 2010 e 2017. Este período considera o primeiro governo do ex presidente Sebastián Piñera (2010-2013) e o segundo governo da ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017); o primeiro apoiado por uma coalizão de partidos da centro-direita, e o segundo por partidos de centro-esquerda. Trata-se de um sistema de saúde dual, com um seguro público (FONASA) que cobre à maioria da população mais vulnerável, e um conjunto de seguros privados (ISAPRE) oferecem planos privados de saúde aos segmentos de mais altas rendas. A metodologia do estudo considerou o Modelo das Contas Nacionais em Saúde (NHA) como técnica de coleta das informações financeiras, permitindo distinguir entre fontes e agentes do financiamento. Os resultados obtidos são apresentados em formatos de artigos. No primeiro deles, quantificou-se um GAPS, em valores deflacionados, de CLP\$ 8,3 trilhões, considerando os oito anos em estudo. Pese a que o incremento do GAPS foi permanente, a taxa de variação foi levemente superior durante o governo da coalizão de direita. Em todo o período, o GAPS representou em torno de 10% do Gasto Total com Saúde (GTS) e 20% do Gasto Público com Saúde (GPS). No segundo artigo, analisou-se especificamente o Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM), comparando-o com os seguintes *proxies* de necessidades de saúde: Pobreza por Rendias (PR), Pobreza Multidimensional (PM), Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), e Consultas Médicas em Atenção Primária à Saúde (CMAPS) por habitante. Tomando em conta estes indicadores, achou-se que o GAPSM *per capita* não está sendo alocado de forma equânime. A pesquisa discute em torno das dificuldades de consolidar a APS como meio privilegiado para atingir uma maior equidade, tendo em vista um sistema de saúde baseado em seguros contributivos, que segrega à população segundo capacidade de pagamento.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Gasto em Atenção Primária à Saúde, Equidade.

RESUMEN

Desde la Conferencia sobre Cuidados Primarios de Salud, en 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) es entendida como la base de los sistemas nacionales de salud, indispensable para el desarrollo humano, y espacio privilegiado para combatir las inequidades que afectan a la salud a través de intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y de la promoción de la participación comunitaria. Esta tesis se inserta en el financiamiento como área de estudio, y tuvo por objetivo analizar el Gasto en Atención Primaria de Salud (GAPS) en Chile, entre 2010 y 2017. Este período considera el primer gobierno del ex presidente Sebastián Piñera (2010-2013) y el segundo gobierno de la ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017); el primero fue apoyado por una coalición de partidos de centro-derecha, y el segundo por partidos de centro-izquierda. Se trata de un sistema de salud dual, con un seguro público (FONASA) que cubre a la mayoría de la población vulnerable, y un conjunto de seguros privados (ISAPRE) que ofrecen planes de salud a los segmentos de mayores ingresos. La metodología del estudio utilizó el Modelo de Cuentas Nacionales en Salud (NHA) como técnica de recolección de las informaciones financieras, permitiendo diferenciar entre fuentes y agentes del financiamiento. Los resultados obtenidos son presentados en formatos de artículos. En el primero de ellos, se estimó un GAPS, en valores deflacionados, de CLP\$ 8,3 trillones, considerando los ocho años en estudio. Pese a que el incremento del GAPS fue permanente, la tasa de variación fue mayor en el gobierno de derecha. En todo el período, el GAPS representó cerca de 10% del Gasto Total en Salud (GTS) y 20% del Gasto Público en Salud (GPS). En el segundo artículo, se analizó específicamente el Gasto en Atención Primaria de Salud sobre gestión municipal (GAPSM), comparándolo con los siguientes indicadores de necesidades de salud: Pobreza por Ingresos (PR), Pobreza Multidimensional (PM), Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), y Consultas Médicas en Atención Primaria de Salud (CMAPS) por persona. Tomando en cuenta estos indicadores, se encontró que el GAPSM *per cápita* no está siendo distribuido de forma equitativa. La investigación discute acerca de las dificultades de consolidar a la APS como medio para conseguir equidad, teniendo en vista un sistema de salud basado en seguros contributivos, que segrega a la población según la capacidad de pago.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud, Gasto en Atención Primaria de Salud, Equidad.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelos de proteção social segundo modalidades e traços	9
Quadro 2 - Regimes de Proteção Social na América Latina segundo diferentes autores	11
Quadro 3 - Segmentação da cobertura dos saúde nos países sul americanos.....	17
Quadro 4 - Transformações estruturais do sistema de saúde chileno.....	19
Quadro 5 - Leis aprovadas na Reforma de Saúde AUGE-GES	27
Quadro 6 - Configuração do financiamento da seguridade social em saúde no Chile	29
Quadro 7 - Características relevantes da política de APS nos países de América do Sul	37
Quadro 8 - Processo de problematização a respeito das necessidades de saúde	48
Quadro 9 - Conformação das unidades de análises do estudo.....	52
Quadro 10 - Agrupamento das unidades de análises	52
Quadro 11 - Tabela de coleta dos dados financeiros	54
Quadro 12 - Indicadores incorporados ao estudo segundo fontes empregadas.....	55
Quadro 13 - Indicadores considerados na estimação do PM.....	56

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1 - Composição do GAPS segundo fontes e agentes em valores deflacionados, 2010 a 2017..... 66
- Tabela 2 - Evolução do Governo Geral (GGG), Gasto Total em Saúde (GTS), Gasto Público em Saúde (GPS) e Gasto dos Governos Municipais (GGM) em valores deflacionados, 2010 a 2017..... 69
- Tabela 3 - Proporção do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) sobre Gasto do Governo Geral (GGG), Gasto Total em Saúde (GTS), Gasto Público em Saúde (GPS) e Gasto dos Governos Municipais (GGM), 2010 a 2017..... 70
- Tabela 4 - Distribuição do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) segundo regiões administrativas, 2010 e 2017..... 71
- Tabela 5 - Distribuição do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* segundo regiões administrativas considerando a População Total (PT), 2010 e 2017..... 72
- Tabela 6 - Indicadores de desigualdade do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* para regiões administrativas e de saúde, 2010 a 2017..... 73

Artigo 2

- Tabela 7 - Coeficiente de correlação de Spearman Braund entre Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) *per capita* e *proxies* de necessidades de saúde 93

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 1

- Gráfico 1 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) no Chile, 2010 a 201765
- Gráfico 2 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) em valores deflacionados e taxa média de variação percentual, 2010 a 2017 66
- Gráfico 3 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* no Chile segundo População Total (PT), População Filiada ao FONASA (PFF) e População registrada nos estabelecimentos de Atenção Primária Municipal (PAMP) em valores deflacionados, 2010 a 2017.....67
- Gráfico 4 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* segundo População Total (PT) em valores deflacionados e taxa de variação percentual, 2010 a 201768
- Gráfico 5 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) como percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, 2010 a 201769

Artigo 2

- Gráfico 6 - Gasto em Administração Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM), 2010 a 2017.....89
- Gráfico 7 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM), 2010 a 2017.....90
- Gráfico 8 - Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) e taxa de variação percentual, 2010 a 2017.....90
- Gráfico 9 - Composição do Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) segundo tipo de fontes, 2010 a 201791
- Gráfico 10 - Correlação entre Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPS) *per capita*, 201792
- Gráfico 11 - Concentração do Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) segundo tamanho populacional dos municípios, 2010 e 201793
- Gráfico 12 – Correlação entre Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) *per capita* em municípios com alta oferta de serviços de saúde, 2015.....94
- Gráfico 13 - Correlação entre Consultas Médicas em Atenção Primária à Saúde (CMAPS) por habitante e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) *per capita* em municípios da região metropolitana com baixa oferta de serviços, 2017.....95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANEF	<i>Asociación Nacional de Empleados Fiscales</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AUGE	<i>Acceso Universal con Garantías Explícitas</i>
BCCH	Banco Central do Chile
BM	Banco Mundial
CASEN	<i>Encuesta de Caracterización Socioeconómica</i>
CENABAST	<i>Central Nacional de Abastecimientos</i>
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEPCH	<i>Confederación de Empleados Particulares de Chile</i>
CLP	Pesos Chilenos
CUS	Cobertura Universal de Saúde
CODELCO	<i>Corporación Nacional del Cobre</i>
DIPRES	<i>Dirección de Presupuestos</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FFAA	<i>Fuerzas Armadas de Orden y Seguridad</i>
FONASA	<i>Fondo Nacional de Salud</i>
GTS	Gasto total em Saúde
GES	Garantías Explícitas em Saúde
GHO	<i>Global Health Observatory</i>
HA	<i>Hospitales Autogestionados</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INE	<i>Instituto Nacional de Estadísticas</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Avançada
ISAPRE	<i>Instituciones de Salud Previsional</i>
IVA	<i>Impuesto al Valor Agregado</i>

MAIS	<i>Modelo de Atenção Integral de Saúde Familiar e Comunitária</i>
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHA	<i>National Health Accounts</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAB	Piso de Atenção Básica
PAPM	População registrada nos estabelecimentos de Atenção Primária Municipal
PET	Programas de Educação Permanente
PIFF	População Filiada ao FONASA
PR	Pobreza por Renda
PM	Pobreza Multidimensional
PT	População Total
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRAPS	<i>Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud</i>
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	<i>Plan de Salud Familiar</i>
RGGS	<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>
RIIS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SAFCI	Saúde Familiar Comunitária Intercultural
SHA	<i>System of Health Accounts</i>
SIS	<i>Superintendencia de Salud</i>
SNS	<i>Servicio Nacional de Salud</i>
SINIM	<i>Sistema Nacional de Información Municipal</i>
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde

SS	<i>Servicio de Salud</i>
SNSS	<i>Sistema Nacional de Servicios de Salud</i>
SPNS	Sistema Público Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	5
1.2 PERGUNTA PRINCIPAL DA PESQUISA.....	5
1.3 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA	6
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
2 MARCO TEÓRICO	7
2.1 MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL E REFORMAS AOS SISTEMAS DE SAÚDE	7
2.1.1 Características da Proteção Social em América Latina.....	7
2.1.3 Reformas aos Sistemas de Saúde na América Latina	13
2.1.4 Trajetória do sistema de saúde chileno (1924-1989).....	18
2.1.5 Mudanças ocorridas no sistema de saúde após ditadura (1990-2014)	25
2.1.6 Esquema atual do financiamento do sistema de saúde chileno	29
2.2 TENDÊNCIAS E CONTRA TENDÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	32
2.2.1 Debate conceitual após Alma Ata.....	32
2.2.2 Atenção Primária à Saúde no cenário latino-americano.....	34
2.2.3 Atenção Primária à Saúde no cenário chileno	39
2.3.4 Pesquisas sobre a equidade na alocação de recursos em saúde.....	42
2.3 DISCUSSÃO SOBRE A EQUIDADE EM SAÚDE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS.....	44
3 METODOLOGÍA	50
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	50
3.2 LÓCUS DA INVESTIGAÇÃO	50
3.3 UNIDADES DE ANÁLISES	51
3.3.1 Desagregação territorial das unidades de análises	52
3.4 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS.....	53
3.5 FONTES DAS INFORMAÇÕES	54
3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	56
4 RESULTADOS	57
4.1 ARTIGO 1	57
4.2 ARTIGO 2	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
6 REFERÊNCIAS	104

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo promovida em várias instâncias internacionais. A mais relevante foi a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata, em 1978, sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com auspício do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Considerou-se a APS como a função principal e núcleo fundamental dos sistemas nacionais de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, espaço privilegiado para a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e para promover a participação social, procurando diminuir as desigualdades sociais (OMS, 1978). Dois anos depois, a APS considerou-se como a estratégia mais apropriada para atingir a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, que esteve baseada na consolidação de sistemas nacionais de saúde mediante programas universais que incluíssem a promoção e prevenção (OMS, 1981).

Já no século XXI, na declaração de Montevidéu, realizada conjuntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), afirma-se que os sistemas de saúde baseados na APS devem orientar suas funções e estruturas nos valores da equidade, solidariedade, e garantindo o direito a ter o melhor nível possível de saúde (OMS-OPAS, 2005). Mais recentemente, com o conceito de “APS Renovada”, acrescentaram-se os princípios e elementos centrais. Os primeiros fornecem a base do sistema, encontrando-se a capacidade de responder às necessidades de saúde, serviços orientados à qualidade, responsabilidade dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação social e intersetorialidade; entre os segundos, estão a cobertura e acesso universal, integralidade das ações, políticas pro equidade, além dos recursos financeiros suficientes e adequados (OMS-OPAS, 2007).

Quando se cumpriram trinta anos da Declaração de Alma Ata, a OMS deu um novo impulso à APS com o informe intitulado “APS, agora mais do que nunca”. Advogou-se pela introdução de reformas tendentes a melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, considerando a incorporação de cobertura universal, além de reformas nas áreas de prestação dos serviços, políticas públicas intersetoriais, e governança participativa em saúde (OMS, 2008). O fortalecimento dos sistemas de saúde por meio da APS também foi sugerido, em outubro de 2011, na Declaração Política do Rio de Janeiro sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2011). Mais recentemente, a Declaração de Astana destaca a importância da

APS para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e para a consecução da cobertura universal (OMS, 2018).

As vantagens da APS têm sido amplamente documentadas na literatura internacional. Barbara Starfield (2002a) apontou que, ao final dos anos 80, sistemas orientados fortemente à APS conseguiam diminuir as desigualdades sociais em saúde, possuíam melhores indicadores sanitários, com um custo mais baixo *per capita*, e com ótimos níveis de satisfação das pessoas. Posteriormente, essa conclusão foi respaldada com maiores evidências, inclusive para os países de renda média e baixa (STARFIELD, 2002b, 2012). No trabalho de Rohde et al., (2008) analisaram-se os 30 países com maiores progressos após Alma Ata, dos quais 14 conseguiram uma APS integral, sendo as nações com melhores logros sanitários e governança da saúde.

As experiências de alguns países na região das Américas também mostram os benefícios de políticas orientadas pela APS (ALMEIDA et al., 2018). No Brasil, vários estudos reportam resultados positivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na queda da mortalidade infantil e na redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, entre outros (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; DOURADO et al., 2011; HONE et al., 2017; ROSSELA; AQUINO; BARRETO, 2010). No Canadá, observou-se que nas regiões com maior número de médicos de APS as crianças tinham menor utilização desnecessária das salas de emergências; outro exemplo está representado por Cuba, que consegue indicadores de saúde próprios dos países desenvolvidos (ALMAGUER et al., 2005; GUTTMANN et al., 2010).

Enquanto objeto de estudo, a APS tem sido abordada em relação a um conjunto de diretrizes gerais (a política de APS) e às intervenções que atuam no que tem sido chamado de primeiro nível de contato (CASTRO; FAUSTO, 2014). Por outro lado, as pesquisas no âmbito da APS se enquadram nas polaridades políticas-práticas e processos-resultados, mesmo sendo essas distinções apenas analíticas (MEDINA et al., 2016). A presente pesquisa centra-se na APS enquanto política de saúde, considerando o financiamento como peça chave nos processos de implementação. Constitui uma área que não aparece com destaque nas avaliações, embora as declarações dos órgãos internacionais tenham assinalado a suficiência e pertinência dos recursos financeiros como aspectos cruciais para o desenvolvimento da APS (MSP, 2000; OMS, 1978; OMS-OPAS,2007; OPAS, 2010; HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008).

O estudo focaliza-se no financiamento da APS no Chile, atendendo ao fato de que o país mostra, em linha com a tendência da América Latina, um baixo gasto com saúde e forte dependência de fontes privadas (OECD, 2017; ROA, 2016). Ademais, há evidência de desigualdades de renda que refletem nas condições de saúde da população (OTTONE; VERGARA, 2007; RODRÍGUEZ; LARRAÑAGA, 2015; MINSAL, 2017). Certamente, estas questões comprometem o desenvolvimento da APS e sua contribuição com a equidade.

No Chile a alta desigualdade da renda tem sido um sinal característico desde meados do século XIX, apresentando um Coeficiente de Gini (CG) em torno de 0,53, variando segundo fatores económicos e geopolíticos (RODRIGUEZ, 2017; MDS, 2016). Cifras mais atualizadas quantificaram um CG de 0,453 e uma diferença entre o quintil mais rico e o mais pobre de 14 vezes (ECLAC,2017; CEPAL, 2014). Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Chile cai doze posições no *ranking* mundial quando ajustado pela desigualdade (PNUD,2015; PNUD, 2016). O fenômeno da desigualdade também se manifesta em outras dimensões, além da econômica. Algumas delas são a insegurança e precariedade laboral, o trato social que recebem as pessoas, e a percepção de injustiça quanto à qualidade dos bens públicos depender do nível económico das pessoas (PNUD,2017).

Os altos níveis de desigualdade constituem não apenas um aspecto da sociedade chilena, senão da América Latina em seu conjunto, que tem sido apontada uma das regiões mais desiguais do mundo (ALVAREDO; GASPARI, 2015; ECLAC, 2017). Na região, as características do modelo econômico condicionam negativamente a igualdade, na medida em que persiste uma distribuição desigual dos benefícios e dos custos do crescimento econômico, ao tempo que a manutenção das múltiplas desigualdades sociais prejudica a inovação e a produtividade (ECLAC, 2018).

Por outro lado, as características observadas quanto ao financiamento do sistema de saúde chileno tendem a reproduzir as desigualdades observadas na estrutura social. Segundo Coelho (2016), um bom indicador para mostrar a prioridade que o Estado outorga às ações de saúde da população é a percentagem de gasto governamental em saúde em relação ao gasto total de governo. Informações fornecidas pela OMS mostraram que, em 2000 e 2012, os governos do mundo destinaram, respectivamente, 12,9 % e 14,1% de seu orçamento à saúde, existindo um maior gasto nos países de maiores rendas; no último ano, o Chile alcançou 14,9%, sendo inferior à realidade da região das américas (WHO, 2014a; WHO, 2015).

O Gasto Total com Saúde (GTS) foi calculado, para 2015, em USD \$1.903 *per capita*¹ (WHO, 2014b). Comparado com a América Latina, este nível de gasto deixa ao Chile dentre os países com mais altas despesas com saúde (PIOLA, 2013). Entretanto, o mesmo patamar mostra-se baixo ao compará-lo com os níveis dos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)², e com países que possuem sistemas universais ou baseados em seguros (OECD, 2015; OECD, 2017; CHILE, 2014). Considerando a proporção do Produto Interno Bruto (PIB), o Chile registrou, em 2014, um GTS de 7,8%; se bem nos últimos anos o país aumentou o GTS para 8,5% do PIB, no contexto internacional continua dentre os países com menor gasto (OECD, 2017; ECLAC, 2016, 2017; GOIC, 2015; FERNÁNDEZ; FARÍAS, 2015).

Outras fontes permitem conhecer a composição deste gasto, estabelecendo, em 2014, que 3,9% do PIB³ foi gasto público, não conseguindo superar o nível de 6% recomendado aos países da região das Américas (OPS, 2017a, 2017b, 2016; PAHO, 2014). Certamente, ao nível mundial, o maior componente do GTS é gasto público; entretanto, nações como o Chile e os Estados Unidos não conseguem superar o patamar de 50%, distanciando-se de países como Dinamarca ou Reino Unido, que chegam acima de 80% (OECD, 2015; CASTILLO, MIRANDA, PALACIOS, 2011).

Consequentemente, o Chile apresenta altos níveis de desembolso direto em saúde, inclusive, próximos ao 40% do GTS, sendo uma modalidade de gasto não equitativo, sem solidariedade, e fortemente empobrecedora quando supera determinado patamar do orçamento familiar (OECD, 2015, 2013; PAHO, 2014; WHO, 2016, 2017; CEPAL, 2008). Em termos do orçamento familiar, este tipo de gasto prejudica os quintis de menores rendas e grupos vulneráveis (CID; PRIETO, 2012; MINSAL, 2015a; CID, 2009; KNAUL et al., 2011)⁴.

¹ Os valores estão expressos em dólares per capita corrigidos pelo poder de compra.

² A OCDE é uma instituição formada pelas principais economias mundiais, cuja finalidade é a assessoria em políticas sociais nos 35 Estados membros. Na América Latina, somente o Chile e o México são países membros da organização. O primeiro ingressou no ano de 2010 e o segundo em 1994. Além do mais, a Colômbia e a Costa Rica estão em processo de adesão, e o Brasil tem o status de sócio chave.

³ A OPS (2017) considera gasto público à soma dos gastos, em efetivo e em espécie, feitos por instituições de governo em geral (incluindo os níveis nacional, regional e local) e pelos esquemas de seguridade social, evitando a dupla contagem de transferência governamentais à seguridade social. Por outro lado, o gasto privado refere-se à soma dos gastos realizados por instituições privadas (caixas, seguros comerciais, instituições sem fins de lucro, empresas) e pelos lares como desembolso direto em saúde.

⁴ No Chile estas pesquisas usaram dados fornecidos pelas Enquetes de Orçamentos Familiares, que são realizadas pelo Instituto Nacional de Estadísticas (INE) a cada dez ou cinco anos. As últimas medições foram feitas nos anos de 1997, 2007 e 2012. Só nesta última medição o período reduziu-se a 5 anos. Uma advertência importante aponta a que os resultados obtidos, no ano de 1997, foram para a capital do país, Santiago.

Diante dessas evidências, a pergunta que orienta a pesquisa é a seguinte: como estão sendo distribuídos os recursos financeiros destinados à APS no Chile, num contexto de alta desigualdade social e pouca solidariedade do financiamento do sistema de saúde?

1.1 Justificativa da pesquisa

No Chile, a administração da APS foi municipalizada como parte das reformas feitas pela ditadura cívico-militar (1973-1990) (CHILE, 1981a). Na década dos anos 90, o repasse dos recursos financeiros aos municípios foi regulamentado, estabelecendo um valor *per capita* basal ajustado por alguns indexadores; entretanto, os municípios menores recebem os fundos com um custo fixo, dada a baixa quantidade de população (CHILE, 1995; DUARTE, 1995). Existe outra via de repasse, os “*Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud*” (PRAPS), que correspondem a programas de saúde com financiamento próprio, e que são adjudicados aos municípios de modo variável. Em 2005, 68% dos recursos foram repassados através da modalidade *per capita* e 32% via PRAPS (DEBROT; IBÁÑEZ 2014). Os municípios também podem fazer aportes, dependendo das prioridades do orçamento municipal. Regiões de saúde administram os estabelecimentos que não foram municipalizados.

A presente pesquisa faz parte dos estudos sobre financiamento da saúde e aborda o Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) no Chile, entre 2010 e 2017. Esse período inclui o primeiro governo de Sebastián Piñera (2010-2013) e o segundo governo da ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017). O incremento dos recursos financeiros à APS foi comprometido nos programas de governo dos dois governantes, e no governo de Bachelet acrescentou-se o compromisso de diminuir a brecha entre municípios pobres e ricos (COALICIÓN POR EL CAMBIO, 2009; NUEVA MAYORÍA, 2013). A pesquisa pretende reportar avanços e desafios nessa matéria, conferindo se o repasse dos recursos aos municípios contribui para uma maior equidade no âmbito da APS.

1.2 Pergunta principal da pesquisa

Como estão distribuídos os recursos para a Atenção Primária à Saúde, no sistema público de saúde chileno?

1.3 Objetivo geral da pesquisa

- Analisar o GAPS na perspectiva da equidade, no sistema público de saúde chileno, entre os anos 2010-2017.

1.4 Objetivos específicos

- Descrever a evolução do GAPS no sistema público de saúde chileno, entre os anos 2010-2017.
- Comparar o perfil de GAPS entre os governos de Sebastián Piñera (2010-2013) e Michelle Bachelet (2014-2017).
- Correlacionar o Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) com *proxies* de necessidades de saúde.

2 MARCO TEÓRICO

Uma vez delimitados os objetivos da pesquisa, em seguida será introduzida a arquitetura teórica empregada para abordar o problema de investigação. No primeiro tópico abordar-se-á a conformação da proteção social na América Latina, colocando o foco na saúde. Em seguida, será discutida a incorporação da APS nos sistemas de saúde, situando a APS no Chile. Finalmente, discute-se sobre o conceito de equidade no campo da saúde.

2.1 Modelos de proteção social e reformas aos sistemas de saúde

Ao analisar os modelos de proteção social presentes na América Latina, é possível situar algumas características úteis para estudar a conformação da proteção social à saúde no Chile. Tais características serão especificadas na seção que segue. Em seguida, focando-nos no campo da saúde, serão descritas as reformas neoliberais aos sistemas de saúde da região, aprofundando na experiência chilena.

2.1.1 Características da Proteção Social em América Latina

A política de saúde faz parte das políticas sociais ao assumir a saúde enquanto direito indissociável da condição de cidadania. Segundo Marshall (1976), a cidadania descreve a dimensão pública dos indivíduos e compõe-se dos elementos civis, políticos e sociais. O autor mostrou que o desenvolvimento histórico levou ao estabelecimento dos direitos civis, no século XVIII, que proporcionaram a emergência dos direitos políticos, no século XIX, que posteriormente ajudaram para o surgimento dos direitos sociais, no século XX. Sendo assim, as políticas sociais surgem como formas de efetivação da condição de cidadania, tendo em vista os efeitos da industrialização, a difusão das ideias igualitárias, e a consolidação de movimentos operários (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Este processo teve materialização com a consolidação dos Estados de Bem-Estar Social na Europa, concepção que defendiam uma forte intervenção do Estado na economia para se contrapor às crises cíclicas do capitalismo, tendo como eixos constitutivos o pleno emprego, os serviços sociais universais, e a assistência social (LOBATO, 2012). As origens dos Estados de Bem-Estar Social é uma questão de múltiplas discussões. Por um lado, contribuiu para a necessidade de legitimação e acumulação do capitalismo industrial, ao

tempo que respondeu à luta operária pela conquista de direitos trabalhistas (ANUNCIACÃO, 2012).

O conceito atual de modelos de proteção social aponta a um conjunto de princípios, valores e objetivos associados a uma determinada configuração institucional que organiza os direitos, as prestações, o financiamento, e a gestão do bem-estar social das coletividades (PALIER, 2001). Para Pereira (2011), os sistemas de proteção social conformam-se a partir das relações entre três dimensões: a segurança social, o asseguramento e as políticas sociais. A primeira corresponde a um sistema programático contra riscos sociais, o segundo aponta à garantia legal do direito à seguridade social, e as últimas visam concretizar esse direito por meio de um conjunto de instituições, serviços e recursos financeiros. Certamente, o escopo e a natureza das políticas sociais refletem opções políticas e podem materializar diferentes graus de redistribuição entre gerações (redistribuição horizontal) ou entre segmentos de renda (redistribuição vertical) (MENICUCCI; GOMES, 2009).

As sociedades construíram diferentes estratégias para garantir o direito à proteção social, pelo qual a literatura identifica diversas tipologias que mudam a depender dos critérios ou variáveis consideradas nas pesquisas. Esses estudos consideram os Estados nacionais como unidades de análises. Um dos primeiros trabalhos que categorizou os sistemas de proteção social, no contexto europeu, foi feito por Esping-Andersen (1993), que introduziu o conceito de “regime” de Estado de Bem-Estar Social, identificando o regime conservador dos países da Europa continental, o liberal dos países anglo-saxões, e o socialdemocrata próprio dos países escandinavos. O regime conservador, com grau intermediário de mercantilização, financia as políticas sociais por meio da implantação de seguros sociais financiados por contribuições; o regime liberal, fortemente dependente do mercado, visa uma cobertura de serviços sociais aos mais pobres com políticas restritas e focalizadas; e o regime socialdemocrata, mais independente do mercado, outorga serviços sociais universais gratuitos (ESPING-ANDERSEN; PALIER, 2010).

Sônia Fleury (1994) construiu uma classificação, bem abrangente, dos tipos ideais dos regimes de bem-estar social, definindo-os como padrões de incorporação das demandas sociais por parte do Estado. A autora toma como critérios articuladores a natureza da proteção social (a qual origina os modelos de assistência, seguro e seguridade), e a expressão jurídica da relação Estado-Sociedade (na qual diferencia a cidadania invertida, regulada e universal). O resultado do mapeamento feito, com seus respectivos traços, mostra-se no Quadro 1.

Traços	Modalidades de Proteção Social		
	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-demócrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	Salário	Orçamento
Atuarial	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantropica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Leis dos pobres	Bismarck	Beveridge
Cidadania	Invertida	Regulada	Universal

Quadro 1 - Modelos de proteção social segundo modalidades e traços

Fonte: Fleury (1994).

Para Filgueira (2015) os modelos de desenvolvimento implantados na América Latina incidiram na orientação da proteção social. O autor identifica o Estado Social mínimo durante o período oligárquico-exportador (1870-1930), com expansão educativa laica e as primeiras autoridades sanitárias; o Estado Social de base contributiva durante o modelo de substituição das importações (1930-1980), com ampliação dos sistemas previdenciários; o Estado Social Refratário do modelo liberal exportador (1980-1990), orientado à capitalização individual; e o Estado Social em expansão (anos 2000), que representou aumento da cobertura e manutenção da segmentação no acesso.

Várias classificações dos sistemas de proteção social foram feitas na região. Dentre as mais antigas, Mesa-Lago (1986) os diferenciou segundo a antiguidade das implementações. Considerando as características das políticas do Estado, Filgueira (1998) identificou regimes universalistas estratificados, no qual a maioria da população pertence a algum sistema previdenciário, mas, com acesso diferenciado segundo a inserção no mercado de trabalho; o modelo dual, onde coexistem sistemas de proteção social altamente desenvolvidos com áreas ou territórios sem proteção; e finalmente o modelo excludente, com acesso restrito dos trabalhadores formais à saúde e previdência, junto com um sistema dual em educação.

Dentre os trabalhos mais recentes, Cecchini, Filgueira e Robles (2014) consideraram a capacidade dos mercados de trabalho para fornecer ingressos suficientes e a capacidade do Estado para outorgar proteção àqueles que não acessam aos ingressos por meio do mercado. Assim, estabeleceram países cujos sistemas de proteção social apresentam brechas severas, moderadas e modestas; os casos com maiores brechas tendem a ter maiores níveis de pobreza, menor gasto social, menores coberturas da proteção à saúde e educação, e concentração de estratégias de geração de bem-estar nas famílias.

Por outra parte, Cantu (2015) estudou os sistemas de proteção social relacionando-os ao principal agente fornecedor do bem-estar (Estado, mercado e família), evidenciando quatro tipologias. O regime liberal moderado e o liberal radical possuem uma alta cobertura de serviços providos pelo Estado, estratificação das políticas e níveis intermediários de informalidade laboral; na variante liberal, a essas características acrescentam-se avanços mais importantes na inclusão do mercado, especialmente na saúde e educação. Por sua vez, nos modelos excludente-familiarista e excludente migratório o papel tanto do Estado quanto do mercado é fraco, cedendo passo a outras configurações.

Uma inovação relevante dos estudos de bem-estar social na América Latina foi feita no trabalho de Franzoni (2008), que utilizou indicadores relacionados à mercantilização, desmercantilização e desfamiliarização do bem-estar. Nos seus resultados, descreveu: 1) o regime estatal produtivista, caracterizado por altos níveis de pessoas com ingressos produzidos no mercado de trabalho formal, uma consolidada política social dirigida aos mais pobres, e altos percentagens de mulheres sem trabalho remunerado; 2) o regime estatal-protetionista, onde existe um mercado de trabalho formal decrescente, uma política social destinada à classe média e trabalhadores, e uma proporção média de mulheres sem ingressos próprios; 3) e finalmente o regime informal-familiarista, com alta transnacionalização do trabalho, ingressos muito baixos e uma política social residual, fatores que incentivam uma baixa participação das mulheres no mercado de trabalho.

Na forma de síntese, o Quadro 2 apresenta um resumo das classificações identificadas acima, incluindo os países que pertencem a cada uma das categorias. A informação apresentada permite estabelecer algumas tendências em relação à política de proteção social no Chile. O país se encontra dentre os que incorporaram os sistemas de proteção social mais antigos, com alta cobertura e estratificação das políticas do Estado e com lacunas pequenas de proteção social; porém, ao mesmo tempo, se destaca entre os países que incorporaram de modo mais forte ao mercado.

Quadro 2 - Regimes de Proteção Social na América Latina segundo diferentes autores

Autor	Dimensões de análise	Grupos indenticados	Países
Mesa-Lago (1986)	Antiguidade na implantação dos sistemas de proteção social	Pioneros com alto desenvolvimento da proteção social	Uruguai, Argentina, Chile , Cuba, Brasil e Costa Rica
		Intermediários com médio desenvolvimento da proteção social	Panamá, México, Perú, Colômbia, Bolívia, Equador, Paraguai e Venezuela
		Tardios com baixo desenvolvimento da proteção social	República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti
Filgueira (1998)	Cobertura das políticas sociais por parte do Estado	Universalismo estratificado	Argentina, Chile e Uruguai
		Dual	Brasil e México
		Excludente	Guatemala, Honduras, El Salvador e Nicaragua
Cecchini, Filgueira e Robles (2014)	Capacidade do mercado para gerar ingressos e capacidade do Estado de produzir bem-estar	Lacunas pequenas de proteção social	Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile , Panamá, Uruguai, Venezuela
		Lacunas intermediárias de proteção social	Colômbia, Equador, México, Perú e República Dominicana
		Lacunas grandes de proteção social	Bolívia, El Salvador, Honduras, Guatemala e Nicarágua
Cantu (2015)	Papel preponderante do Estado, do Mercado e da família na proteção social	Liberal moderado	Argentina, Brasil, Costa Rica e Uruguai
		Liberal radical	Chile e México
		Excludente familiarista	Bolívia, Colômbia, Equador, Guatemala, Panamá, Paraguai, Perú e Venezuela
		Excludente migratório	El Salvador, Honduras e Nicaragua
Franzoni (2015)	Graus de mercantilização, desmercantilização e desfamiliarização	Estatal produtivista	Argentina e Chile
		Estatal protecionista	Brasil, Uruguai, Costa Rica e México
		Informal familiarista	Outros países

Fonte: adaptado de Viana, Fonseca e Silva (2017).

Focando na conformação histórica dos atuais sistemas de saúde alguns antecedentes merecem destaque. Primeiramente, foram fornecidos subsídios governamentais às sociedades de ajuda mútua formadas pelos trabalhadores; logo criaram-se seguros sociais para doenças compulsórias e mais recentemente estes foram ampliados, culminando, em alguns países, na implantação de sistemas nacionais de saúde (IMMERGUT, 1992). Na América Latina, a conformação dos sistemas de saúde foi influenciada pelos países centrais. No início do século XX, os primeiros órgãos estatais foram os departamentos ou Ministérios da Saúde, cuja função foi o controle das enfermidades infecciosas sob a tutela de importantes fundações dos Estados Unidos; já nas últimas décadas do século XX, extrapolaram-se desde os países centrais os principais atributos do neoliberalismo em saúde (INMERGUT, 1992).

Contemporaneamente, os sistemas de saúde são entendidos como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, que se expressam em organizações, normas e

serviços responsáveis pela condução dos processos relativos à saúde das populações (GIOVANELLA, 2017). Mais especificamente, a OMS define os sistemas de saúde como a soma das organizações, instituições, e recursos cuja finalidade primordial é promover, manter ou restabelecer a saúde de uma população (OMS, 2000). Essa última definição corresponde a uma visão mais restrita do conceito, pois refere-se ao sistema de serviços de saúde. Por outro lado, Paim (2002) discute o conceito de política de saúde, entendendo-a como a ação ou omissão do Estado face aos problemas de saúde, incluindo a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que comprometem a saúde da coletividade.

Lobato e Giovanella (2012) descreveram três tipologias de sistemas de saúde: 1) modelo de seguridade social; 2) modelo seguro social; e 3) o residual ou de assistência social. Os primeiros também são chamados como sistemas universais de saúde ou sistemas nacionais de saúde. Nessa tipologia o Estado é o principal prestador e possui ampla capacidade de regulamentação do setor privado; por isto os serviços são semelhantes em todo o país (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Os sistemas universais de saúde, mesmo submetidos a diversos constrangimentos, têm mantido o acesso universal conforme necessidades, consideram um amplo leque de serviços e são financiados com recursos públicos da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014a, 2014b). Outra característica é a organização em rede e territorialização das ações coletivas e individuais sob comando único, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (PAIM, 2009). Países que implementaram estes sistemas são mais eficientes, pois com recursos similares conseguem melhores resultados (OMS, 2010).

Mais recentemente os sistemas universais estão sendo confrontados com o conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS), impulsionado por organismos internacionais e incorporado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2013; ONU, 2015). Diferentemente das características próprias dos sistemas universais de saúde, a cobertura universal é entendida enquanto cobertura por seguros (públicos ou privados) ou de serviços básicos, reportando menos benefícios do que os primeiros em termos de equidade (GIOVANELLA et al., 2018). Além disso, ao visar à proteção por seguros, a cobertura universal desconsidera as barreiras de acesso e de utilização efetiva dos serviços de saúde (NORONHA, 2013). Sendo assim, o conceito constitui uma interpretação tendenciosa do direito à saúde resguardado pelos sistemas universais de saúde.

Nos sistemas baseados em seguro social ou de tipo bismarckiano, o financiamento está baseado nas contribuições de empregados e empregadores, sendo uma modalidade muito

criticada por basear-se na segmentação por categoria profissional e por privilegiar as ações curativas, o qual cristaliza as desigualdades sociais; além disso, a prestação médica é geralmente feita por órgãos diferentes aos das ações coletivas, prejudicando a integração da rede e aumentando os custos (LOBATO, 2012).

Por último, nos sistemas de saúde residuais ou de assistência social, o Estado só protege aos grupos mais pobres, enquanto que a maioria da população deve comprar os serviços no mercado, gerando grandes iniquidades e altos níveis de ineficiências graças à baixa regulamentação do Estado em relação com o setor privado de prestadores (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; LOBATO, 2012).

Para a América Latina, Frenk et al., (1998) identificaram quatro tipologias de sistemas: o modelo público unificado, de contrato público, privado atomizado, e segmentado. Este último é majoritário na região, sob o qual um terço da população pertence a algum instituto de seguro social e acessa aos serviços em decorrência da situação laboral; outro terço depende exclusivamente dos serviços públicos; e o outro terço acessa através de pagamento direto ou seguradoras privadas. No modelo público unificado (Cuba) a prestação e o financiamento estão fornecidos pelo Estado, sendo organizados de forma vertical e brindando cobertura universal sem distinções; no modelo privado atomizado (Paraguai) o financiamento é obtido das pessoas individualmente e gerido por seguradoras privadas, existindo vários prestadores públicos ou privados, sem integração entre eles; finalmente, no modelo de contrato público (Argentina), ou corporativista, existe uma diferenciação por grupos ocupacionais que determina o acesso da população aos serviços, sendo financiado por contribuições sociais.

2.1.2 Reformas aos Sistemas de Saúde na América Latina

No século XX, podem-se identificar três ondas de reformas aos sistemas de saúde. Nas primeiras décadas surgiram subsídios e programas sociais destinados à população de baixa renda e pobres, os quais foram estendidos aos grupos operários com a implementação de seguros de saúde contributivos; após Segunda Guerra Mundial foram consolidados os sistemas nacionais de saúde, inspirados na universalização e no princípio de cidadania como direito; finalmente, os anos 80 e 90 caracterizaram-se por uma agenda pós “*Welfare State*”, claramente neoliberal, com forte predomínio do mercado (ALMEIDA, 2012).

Em seguida, se aprofundará nas repercussões da última onda de reformas quanto ao financiamento e à equidade em saúde. A crise fiscal do Estado, junto com a queda dos

Estados de Bem-Estar social mais consolidados nos países centrais, produzidas na metade dos anos 70, conformaram uma nova agenda de reformas aos sistemas de saúde que defendeu a diminuição do gasto social e a redução das instituições públicas (ALMEIDA, 1996). O diagnóstico feito considerava a impossibilidade de manter o ritmo de crescimento dos gastos sanitários que estavam sendo gerados; a constatação de excesso de gasto produto do não comprometimento dos prestadores; a necessidade de coparticipações financeiras dos usuários; e a convicção de que a livre escolha dos consumidores dos serviços e a competição dos prestadores aumentaria a qualidade (ALMEIDA, 1996). A agenda neoliberal gerada sob esses princípios teve influência internacional, com particularidades segundo as realidades regionais.

Na América Latina, as reformas neoliberais emergiram quase uma década depois, nos anos 80 e 90, sendo favorecidas pelo predomínio de organismos multilaterais que induziram mecanismos de estabilização econômica, produzindo aumento da dívida externa e redução da autonomia dos Estados (ALMEIDA, 2005a). O gasto social foi empregado enquanto instrumento de ajuste fiscal, com fortes reduções orçamentárias nos âmbitos de educação e habitação, mas que também afetaram ao setor saúde (COMINETTI, 1994). O panorama econômico-social gerado a partir de então esteve atravessado por um aumento da pobreza e um incremento da concentração da renda: entre 1980 e 1990, a pobreza aumentou de 40% para 48%; e ao término da última década, na maioria dos países, os 10% mais ricos da população tinham aumentado sua participação na renda nacional, prejudicando aos 40% mais pobres (CEPAL, 2002, 2004). Ademais, o desemprego urbano também aumentou de 5.8% para 8.7%, entre 1990 e 1998 (CEPAL, 2000).

O conteúdo da agenda neoliberal incluiu a redefinição do mix público-privado; a separação das funções de financiamento e prestação, com diminuição da participação do Estado e ampliação de seu poder na regulação; a focalização da política social nos mais pobres que não podem acessar ao mercado da saúde; priorização de serviços básicos e com baixo custo; descentralização da prestação para os âmbitos subnacionais; criação de mecanismos de competição para controlar os custos; e incentivos à privatização dos seguros e serviços médicos (ALMEIDA, 1999, 2002). As prescrições da agenda foram reforçadas, especialmente nos anos 90, pelo Banco Mundial (BM). No informe de 1993, esta agência propôs diminuir e focalizar o gasto público em saúde nos mais pobres, assegurar o financiamento e prestação de um conjunto de “serviços clínicos essenciais”, e incentivar a descentralização administrativa e orçamentária, tanto para os níveis subnacionais quanto para o setor privado (BM, 1993). Também advogou pela criação de seguros de saúde, públicos ou

privados, para financiar os serviços não considerados na cesta essencial, os que deveriam funcionar em um mercado em competência, ao igual que os prestadores.

Para América Latina foi difundido o “Pluralismo estrutural” como paradigma das reformas. Essa proposta baseava-se na separação das funções de reitoria, financiamento, articulação e produção dos serviços no setor saúde. Em primeiro lugar, um órgão único nacional concentraria as contribuições sociais dos trabalhadores e o aporte do Estado para os mais pobres; esses recursos deveriam ser repassados às instituições intermediadoras, as seguradoras, que estabelecem os pacotes de atenções com coberturas segundo o nível da contribuição e do risco individual; logo, as seguradoras compram os serviços médicos aos prestadores, que atuam de forma descentralizada; desse modo, o Ministério da Saúde ficaria restrito à função de regulação do sistema (LONDOÑO, 1996).

Na região, a implantação do pluralismo estruturado foi concretizada quase totalmente na Colômbia, observando-se alguns efeitos contrastantes. Por um lado, aumentou a cobertura da população assegurada e diminuiu o desembolso direto; entretanto os indicadores de mortalidade por doenças passíveis de controle, mortalidade materna, e incidência de doenças infectocontagiosas, foram mantidos ou piorados, dado o caráter eminentemente curativo dos seguros (YEPES, 2010).

Alguns dos resultados das reformas podem ser apontados, primeiramente, o caráter conservador da agenda dado pela centralização na assistência médica individual, sem consideração dos DSS ou de uma visão ampla do setor saúde para o combate às desigualdades sociais (ALMEIDA, 2005b). Especialmente danosos para a equidade foram a desconcentração dos gastos para âmbitos subnacionais sem capacidade de resposta, a escassa regulação exercida pelas instituições públicas prejudicadas pelos ajustes fiscais, a conformação de quase mercados orientados pela seleção por riscos, e a focalização nos pobres por meio de pacotes de serviços restritos e eminentemente curativos (ALMEIDA, 2005b). Paralelamente, o projeto neoliberal favoreceu que apenas os grupos economicamente favorecidos acessem a uma medicina altamente comercial e tecnologizada (LAURELL, 1997). Em síntese, as reformas aumentaram a segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde, não conseguiram minorar as desigualdades, além de ser discutível suas contribuições à eficiência (ALMEIDA, 2002).

Laurell (1995) coloca a privatização da saúde como parte das dinâmicas de acumulação do capital. Este processo requer que a saúde seja tratada como mercadoria e que o acesso aos serviços não seja estruturado enquanto direito social, além da necessidade de distinguir atividades rentáveis e não rentáveis. Quanto ao financiamento, as mudanças

privatizadoras concretizam-se em esquemas de pré-pagamentos, cuja administração representa boas oportunidades de lucro para as seguradoras privadas. Em relação à prestação, a autora aponta que prestadores privados orientam seus serviços à população rica, visando maximizar utilidades.

Na mesma linha, Possas (1995) argumentou que as medidas promovidas pelo BM geraram efeitos nocivos para o bem estar social na América Latina: em primeiro lugar, o fato de cobrar pelos serviços públicos diminuiu o poder aquisitivo das pessoas e promoveu a desproteção social; em segundo lugar, a segregação por risco entre um seguro social para pobres e planos privados para ricos contribuiu para a concentração da renda; logo, o repasse de recursos públicos para prestadores privados consolidou as desigualdades sociais, pois estes atendem à população mais favorecida; por último, a tendência à desconcentração do gasto sobrecarrega o orçamento dos níveis locais e gera uma má distribuição dos recursos.

Reconhecendo a singularidade dos efeitos das reformas neoliberais, Fleury (2008, 2003) descreve três tipologias: o modelo dual chileno, o modelo universal brasileiro, e o modelo plural da Colômbia. Primeiramente, o modelo dualista chileno se caracteriza pela conformação de um sistema de seguros compulsórios, no qual o seguro público atua como um subsídio aos seguros privados, pois cobre aos setores menos dinâmicos da economia que são rejeitados pelas seguradoras privadas. Diferentemente, o modelo universalista brasileiro materializou-se no SUS, de acesso universal, financiamento público e atenção descentralizada. Por último, a reforma colombiana impulsionou o subsídio à demanda e a separação de funções, associando o acesso aos serviços à aquisição de seguros que cobrem os serviços estabelecidos em um pacote padronizado estabelecido pelo Ministério. Existe um órgão nacional que reúne as contribuições sociais para distribuí-las aos seguros, chamados “*Empresas Promotoras de Saúde*” (EPS), os que por sua vez, repassam os fundos aos prestadores, sejam públicos ou privados.

Da tipologia apresentada por Fleury (2008), infere-se que a mudança na estratificação da proteção social da saúde, cada vez mais dependente da capacidade financeira dos indivíduos, fere o valor da equidade em saúde. Tal conclusão é evidente, sobretudo, nos modelos pluralista colombiano e na experiência chilena.

Logo destas reformas aos sistemas de saúde, na região coexistem vários subsistemas com modalidades de financiamento e asseguramento próprias. O Quadro 3 mostra a segmentação dos sistemas de saúde no cone sul. Encontram-se os seguros sociais contributivos destinados à população no mercado formal de trabalho, seguros focados nos

grupos em situação de pobreza ou para a resolução de algum problema de saúde específico, a cobertura por parte das instituições públicas nacionais ou subnacionais, além de um sistema de seguros privados para as camadas de mais altas rendas (GIOVANELLA et al., 2012).

Quadro 3 - Segmentação da cobertura dos saúde nos países sul americanos

País	Cobertura pelos seguros sociais (Previdência Social ou Seguridade Social)	Cobertura pelos seguros focalizados em população pobre ou grupos específicos	Cobertura do Ministério da Saúde e/ou esferas subnacionais	Cobertura por seguros privados prepagos
Argentina	55% (" <i>Obras Sociales</i> ")	2% com garantías explícitas em planos estatais de salud (" <i>Plan Nacer y Plan Federal de Salud</i> ")	Acceso universal (principalmente 35% sem outras coberturas)	8%
Bolivia	30% (" <i>Cajas de Salud</i> ")	11% SUMI y SSPAM. Materno Infantil até 21 anos y velhos	57% (Cobro nos servicios públicos para os não assegurados até o ano 2011)	
Brasil	-	-	100% SUS com acceso universal (Principalmente 75% sem outra cobertura)	25% (voluntarios, pagos pelas empresas ou individuos)
Chile	74% (FONASA/MINSAL)	-	-	18% ISAPRE
Colômbia	42% régime contributivo, 4% regimes especiais	48% regime subsidiado (financiado com recursos fiscais, subsidios cruzados y contribuições)	-	3% seguros privados voluntarios
Equador	17% (IESS), 6% (SSC), 3% (FFAA-POL)	Materno infantil até 5 anos	70% (Acceso Universal)	8%
Guyana	" <i>Plan Nacional de Seguridad Social</i> " para trabajadores formales	-	Pacotes de serviços de saúde com garantía pública pelo Ministério da Saúde e regiões	Seguros privados fornecidos por alguns empregadores cobrem serviços terciários
Paraguai	16% (IPS)	-	76% (Acceso Universal)	7% (privado y FFAA)
Perú	20% (EsSalud)	39% SIS (destinados para pobres)	Cobro nos servicios públicos para os não assegurados	4,7% (outros seguros)
Suriname	21% (" <i>Fondo Estatal de Salud</i> " SZF)	24% (" <i>Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación</i> "), 6% (Misión Médica)	Há copagamentos nos serviços públicos	10% planos médicos de empresas, 3% seguros privados
Uruguai	53% " <i>Seguro Nacional de Salud - FONASA</i> ", 7% " <i>Sanidad Militar e Policía</i> "	-	30% (ASSE no FONASA)	12% prepagas IAMC, 1% seguros privados não FONASA
Venezuela	30% (IVSS, IPASME, IPSFA)	-	" <i>Sistema Público Nacional de Salud</i> ", com acceso universal, integra os servicios do IVSS	Seguros privados, prima de seguros pagas por empresas privadas ou públicas ou órganos del Estado

Fonte: baseado em Giovanella et al., (2012).

Tal conformação dos sistemas de saúde compromete a eficiência no uso dos recursos, em uma região onde a precariedade dos empregos dificulta ainda mais esquemas efetivos de proteção social mediante contribuições sociais (SOJO, 2011). Outra das características é a fragmentação organizacional entre as instituições públicas, da seguridade social e privadas, o qual prejudica a coordenação em rede dos serviços e a integralidade da atenção

(GIOVANELLA, 2017; ROA; CANTON; FERREIRA, 2016). Ao mesmo tempo, os sistemas mantêm uma ampla participação do setor privado no financiamento e na prestação dos serviços, derivada das reformas introduzidas nas décadas dos 80 e 90 (ALMEIDA, 2012).

2.1.3 Trajetória do sistema de saúde chileno (1924-1989)

A seguir aprofundaremos na trajetória histórica do sistema de saúde chileno. As mudanças da institucionalidade em saúde no Chile compõem-se de etapas que marcam progressos e retrocessos na garantia do Estado ao direito à saúde (URRIOLA, 2009). Certamente, o sistema de saúde chileno pode ser considerado uma síntese de diferentes reformas que foram modelando a institucionalidade, desde pelo menos o início do século XX. Segundo a proposição de Labra (1997), trata-se de conjunturas de decisão que implicaram mudanças de natureza estrutural no sistema de saúde, constituídas a partir da influência dos modelos internacionais, das particularidades do contexto sócio-político do país, e da orientação tomada pelos atores chaves. Por sua vez, as fontes do financiamento, a dinâmica dos serviços assistenciais e o arcabouço jurídico-institucional foram algumas das dimensões destas mudanças.

No Quadro 4, são apresentadas as características das transformações estruturais, entre 1924 e 1989, descritas por Labra (1997). Na primeira coluna são identificadas cada uma das transformações, e em seguida, uma descrição geral e a cobertura populacional considerada. Logo depois, mostram-se as mudanças acontecidas nas principais funções dos sistemas de saúde. As modificações acontecidas depois do trabalho da autora (após o término da ditadura), serão apresentadas na seção seguinte.

Quadro 4 - Transformações estruturais do sistema de saúde chileno

Transformação estrutural	Características das transformações estruturais do sistema de saúde chileno (1924 - 1989)					
	Descrição da transformação	Cobertura populacional	Financiamento	Prestação	Gestão	Regulação
Caixa do Seguro Social (1924)	Primeiro Seguro Social de caráter compulsório. Ofereceu proteção contra doença, velhice e morte	Restrita à população assalariada, excluindo aos empregados públicos e privados	Considerou aportes triples do Estado, trabalhadores e empregadores	Hospitais das instituições da beneficência e dispositivos de atenção ambulatorial próprios	Foi administrada pela Direção da Caixa, que tinha representantes dos trabalhadores, empresários e o governo	Ficou encarregada ao Ministério da Pavedência, que elaborava a normativa quanto à entrega dos benefícios
Serviço Nacional de Saúde -SNS- (1952)	Órgão único, estatal e centralizado. Teve uma organização inspirada no NHS inglês	Originalmente foi restrita aos assalariados. Progressivamente incorporaram-se desempregados e camadas médias	Manteve os aportes triples adicionando o financiamento das organizações da beneficência	Rede pública nacional de hospitais e centros de atenção primária. Ênfase na prevenção da saúde materno-infantil	Exercida pelo Diretor do SNS, em cooperação de um Conselho Assessor	Feita de modo débil pelo Ministério da Saúde, de forma independente ao SNS
Lei de Medicina Curativa (1968)	Implantação da livre eleição com subsídio do Estado	Empregados públicos e privados que não foram incorporados ao SNS desde o início	Instaurou os copagamentos por atendimento nas camadas de mais alta renda	Médicos particulares. Destinou-se instalações públicas para atendimento privado. Ênfase na saúde curativa	Política gestada através de convênios entre o SERMENA e o SNS	Continou restrita no Ministério da Saúde, independente do SNS
Reformas introduzidas pela ditadura (1973-1989)	Divisão do antigo SNS. Criação das ISAPRE e do FONASA, além de outros órgãos auxiliares	Segregação das pessoas asseguradas entre o setor público (FONASA) e privado (ISAPRE)	Diminuição do aporte do fisco e aumento do aporte das pessoas	Prestadores privados conveniados com as ISAPRE. Descentralização e municipalização da rede pública	Restrita no Ministério da Saúde, desempenhando o rol de "ente reitor"	Exercida por vários organismos do Ministério da Saúde, para o setor público e privado

Fonte: adaptado de Labra (1997); Labra (2002); Parada (2004); Illanes (1993); Molina (2010).

Os autores que estudaram a história da saúde pública chilena estabeleceram vários períodos (ILLANES, 1993; PARADA, 2004; LABRA, 1997; MOLINA, 2010; ZÁRATE, 2008). Porém, todos eles coincidiram em que o momento fundacional para a organização da institucionalidade do setor saúde inicia-se nas primeiras décadas do século XX. De acordo com as observações de Zárate (2008), este período caracteriza-se por concentrar um debate conceitual quanto ao entendimento da saúde; por um lado, existia uma concepção da saúde como uma questão limitada ao âmbito privado-liberal; por outro, pensava-se a saúde como um problema eminentemente público-coletivo. Essa última ideia é a que foi progressivamente impondo-se, modificando o papel do Estado nesta matéria.

Assim, durante a segunda década do século passado, aprovaram-se as chamadas “leis sociais”, mediante as quais o Estado assumiu um papel protagonista da proteção da saúde, tarefa que até então era desenvolvida pelas instituições de caridade, a beneficência e a igreja católica. Dentre essas leis, encontra-se a Lei do Seguro Obrigatório de Doença e Velhice, que esteve dirigida à população assalariada⁵ e criou a Caixa do Seguro para cobrir os riscos de doença, morte e aposentadorias. Considerou-se um financiamento triple entre trabalhadores, empregadores e o Estado, sendo a distribuição dos aportes a seguinte: operários 2%, empregadores 4% e o Estado 1,5% (CHILE, 1924).

Em relação à prestação dos serviços, foram estabelecidos convênios com os hospitais da Junta Nacional da Beneficência e criaram-se dispositivos de atenção ambulatoria de propriedade da caixa. A gestão da Caixa do Seguro era feita de modo autônomo, numa direção conformada por representantes dos trabalhadores, empregadores e o governo; por sua vez, a cobertura ficou restrita à população assalariada, geralmente operários e suas famílias, chegando a cobrir 80% dos assegurados nos anos 40 (ARELLANO, 1985; LARRAÑAGA, 2015). Os trabalhadores das classes médias, também chamados empregados, contribuíam para outras caixas, como eram a Caixa de Empregados Públicos e a caixa de Empregados Particulares.

Várias são as hipóteses que tentam explicar o surgimento das legislações sociais, já no início do século XX. Para Massardo (2009), existiu uma preocupação de uma parte importante da elite governante por se antepor a uma eventual revolução dos setores populares, já que nesses tempos haviam-se convertido num ator com consciência histórica e projeto político. Tal depoimento é concordante com a análise feita por Illanes (1993), quem descreve a conformação de um “Estado Vigilante”, fortemente repressivo e autoritário, e ao mesmo tempo, acompanhado de um “Estado Assistencial” que começa a outorgar determinadas condições mínimas à população, sendo um projeto incorporacionista. Naquela polaridade, o Estado conteve o conflito social, tentando substituir às organizações tecidas pelo movimento popular e gerando as condições para o avanço do capitalismo.

⁵ A despeito dos avanços representados pela implantação da Caixa do Seguro Social, a política teve grande resistência de vários setores da população, incluindo a própria população operária (ILLANES, 1993). Nesse último segmento, a legislação foi chamada como “*Ley del garrote*”, baseando-se nos depoimentos a seguir: a existência de um roubo legal pelo forte desconto introduzido; a contradição entre a poupança implementada num contexto de forte carestia dos alimentos; poucos obreiros chegavam à idade estabelecida para se aposentar; limitado número de medicamentos cobertos pela caixa; a inexistência de mecanismos que controlassem os aportes feitos pelos empregadores e o Estado; o cálculo prejudicial da pensão de velhice, pois considerava-se os salários dos últimos anos, que eram inferiores aos da juventude; e à grande burocratização feita pelo Estado com os fundos dos trabalhadores (ILLANES, 1993).

Quase três décadas depois da criação da Caixa do Seguro Social, em 1952, implantou-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS), política longamente discutida e sujeita às mudanças na correlação de forças das coalizões governantes. O novo órgão foi “encarregado da proteção da saúde, mediante ações sanitárias e de assistência social, e de atenções médicas preventivas e curativas” (CHILE, 1952, p. 13). Nele se agruparam as organizações que até então concediam atenção médica à população ou guiavam as políticas em matéria de higiene pública, as quais tinham funções e atribuições diversas⁶.

Tratou-se de um órgão público, centralizado, integral, com comando técnico único, e com uma organização territorial nacional, sendo independente do Ministério da Saúde (Labra, 1997; Parada, 2004; Molina, 2010; Molina, 2006a). Além disso, considerou o estabelecimento de convênios com a Universidade do Chile, para a formação e destinação dos médicos segundo as necessidades e prioridades sanitárias (LARRAÑAGA, 2015).

A direção nacional do SNS foi colocada na figura do Diretor Geral, em colaboração com um Conselho Assessor, que teve como obrigações as mesmas que já estavam presentes isoladamente em cada uma das instituições que foram unificadas (CHILE, 1952). O esquema de financiamento tríplice foi mantido entre empregadores, empregados e o Estado. Quanto à cobertura, se bem continuou restrita aos setores assalariados de baixa renda, indigentes e aposentados também acessavam ao SNS (LARRAÑAGA, 2015; LABRA, 1997). Nos anos 60, estabeleceu-se que 70% da população recebiam serviços curativos do SNS, enquanto as ações preventivas e atenções de urgência atingiam 100% (HORWITZ, 1995).

Da interpretação que faz Molina (2009) do processo político que precedeu à criação do SNS, depreende-se que houve dissensos explícitos quanto à orientação que devesse ter a institucionalidade. A discussão esteve submetida, primeiramente, a um projeto conservador que colocava ênfase nas ações curativas em saúde apenas para a força laboral; um projeto socialista, que advogava pela intervenção do Estado na determinação socioeconômica da saúde; finalmente, uma postura orientada pelos princípios da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que apelava pelo fortalecimento da institucionalidade sanitária apenas para os trabalhadores formais.

No entanto, os princípios da medicina social universalizada orientaram fortemente a estrutura e gestão do SNS. Eles foram: integralidade das ações, incluindo todas as etapas do

⁶ Essas instituições foram a Direção Geral da Beneficência e Assistência Social, o Serviço Nacional de Salubridade, a Direção Geral de Proteção da Infância e Adolescência, a Seção Técnica de Higiene e Segurança Industrial, os Serviços Médicos e Sanitários dos vários municípios, o Instituto Bacteriológico, além da Caixa do Seguro Social.

ciclo de vida e seus determinantes; planejamento baseado em objetivos e metas; concentração nas etapas mais vulneráveis da vida; comando único das ações de saúde, públicas e privadas, dirigidas pela autoridade técnica superior; obrigação do Estado de prover os recursos necessários para ações integradas de saúde (MOLINA, 2006a). Apesar do peso desses fundamentos, a correlação de forças políticas e sociais de então só permitiu mudanças graduais e negociadas sob a hegemonia dos setores conservadores.

Contudo, a criação do SNS foi a realização mais importante na história da saúde pública no país, já que se tratou de uma instituição estatal e centralizada, que aumentou a cobertura das atenções médicas, instalando uma lógica de planificação sanitária com priorização da saúde materno-infantil, e implantando uma rede pública que chegou até os lugares rurais mais distantes do país com presença de médicos gerais responsáveis pelo território (JIMÉNEZ, 2001; AZEVEDO, 1998; ZÁRATE; GODOY, 2011). Entre os êxitos relacionados à instauração do SNS, encontram-se o forte descenso da mortalidade infantil, que caiu de 132 por cada 1.000 nascidos vivos em 1950, até 31 por 1.000 nascidos vivos em 1980; o incremento da esperança de vida, que aumentou de 53-56 anos em 1950 até 67-74 anos em 1980; o controle da tuberculose e a erradicação da poliomielite (HORWITZ, 1995).

Voltando para a proposição feita por Labra (1997), um terceiro momento de conjuntura de mudança estrutural em saúde está concretizado pela Lei de Medicina Curativa. Essa legislação regulamentou e permitiu a atenção médica e dental dos funcionários públicos e suas famílias em infraestrutura hospitalar pertencente ao SNS (CHILE, 1968). Incorporou a livre eleição em saúde, pois os empregados públicos tinham o direito a escolher ao profissional segundo suas preferências; e também contemplou copagamentos por ato médico por parte desses beneficiários. A lei facultou ao SNS para assinar convênios nos quais se regulamentavam as condições para a utilização dos estabelecimentos e equipamentos públicos dirigidos à atenção privada dos empregados.

Segundo Molina (2006b), no processo decisório da Lei de Medicina Curativa exerceram especial importância as posições e interesses da profissão médica e das camadas médias da população, os primeiros interessados em desenvolver um mercado de trabalho privado e os segundos em acessar em condições preferenciais aos serviços de atendimento público. Alguns dos principais efeitos desta legislação foram uma atenção discriminatória entre assalariados e empregados, a preponderância do enfoque curativo e a consolidação dos médicos como ator preponderante da política de saúde (MOLINA, 2006c). Além disso, o autor aponta que a Lei de Medicina Curativa, ao permitir o pagamento por ato médico e a

livre eleição com subsídio do Estado, promoveu o ingresso do capital no campo da saúde, sendo contrária à ideia de universalização da saúde.

O último momento de conjuntura de mudança estrutural em saúde descrito por Labra (1997), corresponde às reformas introduzidas pela ditadura, entre os anos 1973 e 1989. Entre outros pontos, a ditadura de Pinochet diluiu o projeto de Estado formado pelos setores populares mediante a dissolução violenta dos partidos políticos, sindicatos, federações de estudantes e agrupamentos populares (SALAZAR, 1990). Segundo Garretón e Malva (1993), a ditadura diminuiu a capacidade redistributiva do Estado, ampliou seu caráter coercitivo e implementou mecanismos de mercado na sociedade civil.

Após o golpe militar, observou-se um brusco declínio do gasto social, tendência replicada nos outros países do continente, em consequência do “Consenso de Washington”, que apelava por uma ampliação da esfera do mercado na economia (TOMASSINI; ARMIJO, 2002). Um exemplo paradigmático do recorte fiscal foram os recursos destinados à saúde. Dos dados entregues pelo economista Patricio Meller (1990), depreende-se que, entre 1974 e 1987, a média de gasto social por pessoa foi 71% do observado em 1970. Outras informações referenciadas por Labra (2002), indicam que o fisco passou de representar 68% dos gastos em saúde para 35%, enquanto que os copagamentos aumentaram de 10% para 50%.

A diminuição do orçamento público para saúde foi feita paralelamente com uma reestruturação administrativa (MANUEL, 2002). Mediante o Decreto-Lei N 2.763, limitaram-se as atribuições do Ministério da Saúde (MINSAL) à fiscalização; a execução da atenção foi colocada no Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), novo órgão que fornecia atenção de forma descentralizada em 27 Serviços de Saúde autônomos; estabeleceu-se a criação do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) para arrecadar as contribuições sociais dos filiados ao seguro público; e também se criaram vários órgãos auxiliares (CHILE, 1979).

Posteriormente, no Decreto-Lei 1-3.063 municipalizou-se a administração da APS (CHILE, 1981a). Essa modificação repercutiu numa deterioração da dotação e operação destas unidades, desarticulando o trabalho em rede dos recintos públicos de saúde (SEPÚLVEDA, 2004).

No mesmo ano implementou-se um sistema de seguros privados de saúde que teve, e tem até hoje, uma finalidade lucrativa usando as contribuições sociais obrigatórias de saúde (CHILE, 1981b). No Chile, os seguros privados compulsórios recebem a denominação de “*Instituciones de Salud Previsional*” (ISAPRE).

Em síntese, estratificou-se a atenção à saúde do seguinte modo: as pessoas que tinham os maiores salários que puderam comprar seus planos de saúde no mercado das ISAPRE; os setores meios, que podem optar pela modalidade de livre escolha do FONASA para o atendimento com prestadores privados fazendo copagamentos; e os setores com os salários mais baixos ou desempregados, que são atendidos nas unidades de saúde do Estado gratuitamente quando se comprova a condição de pobreza, ou pagando uma quantia proporcional a sua renda (LABRA, 2002).

De acordo com o trabalho de Tetelboin (2003), as reformas introduzidas pela ditadura orientaram-se para a conversão neoliberal do sistema de saúde chileno em três dimensões: regulação, financiamento e operação dos serviços. Primeiramente, a regionalização e municipalização da APS teve como objetivo o controle político dos trabalhadores e a introdução de concessões a privados, questão que não teria sido possível com o antigo sistema. Segundo, as tendências no financiamento apontaram ao aumento do desembolso direto e diminuição dos recursos do Estado, aspectos que influíram no subfinanciamento do setor saúde. Por último, as reformas conformaram um sistema de atenção com uma lógica individualista e mercantilizada.

A neoliberalização do sistema de saúde chileno também foi aprofundada, em outro trabalho, por Labra (2001) ao comparar as reformas nos sistemas de saúde do Chile e Brasil. A autora constata que no Chile, sob o contexto autoritário imposto pela ditadura, as reformas foram dirigidas sem maiores resistências para o neoliberalismo, originando um sistema de orientação privatista e destruindo as instituições públicas existentes até então; por outro lado, no Brasil, naquela época, vivia-se um processo de redemocratização, com forte participação do Movimento pela Reforma Sanitária, contribuindo com a implementação de um sistema estatista, que integrou no SUS as instituições encarregadas tanto da saúde previdenciária quanto das ações sanitárias coletivas.

As repercussões da privatização do sistema de saúde chileno são resumidas do modo a seguir: maior complexidade administrativa do sistema; grandes dificuldades administrativas de regulação das ISAPRE, pois oferecem inúmeros planos de saúde diferentes; aumento desorganizado dos custos; subfinanciamento da saúde destinada aos pobres; desaparecimento do conceito de solidariedade; e fortes diferenças entre os serviços oferecidos pelos municípios, pois os mais ricos fornecem atenções de maior qualidade (HOMEDES; UGALDE, 2002). A crise financeira foi desencadeada pela instauração das ISAPRE, que na década dos anos 90 administravam 45% dos recursos enquanto cobriam apenas 27% da

população (TETELBOIM; GRANADOS, 1999). Em 2000, as ISAPRE tinham uma cobertura de 25% e recebiam 69% dos recursos das contribuições sociais, enquanto o FONASA recebia 31% dos recursos, atendendo 64% da população (OYARZO, 2000).

2.1.4 Mudanças ocorridas no sistema de saúde após ditadura (1990-2014)

Alguns dos esforços durante os governos após ditadura foram o aumento da inversão para infraestrutura pública da rede hospitalar, o apoio aos programas de saúde dos municípios prioritários e modernização administrativa das instituições públicas (AZEVEDO, 1998). No entanto, a constatação das desigualdades nos indicadores sanitários entre a população assegurada pelo FONASA e pelas ISAPRE, assim como também entre os próprios filiados ao FONASA, fizeram cada vez mais necessária uma nova reforma (ARTEAGA, 2004).

Esta reforma foi postergada até o governo do ex presidente Ricardo Lagos Escobar (2000-2006), principalmente pela falta de consenso político da coalizão de governo (LENZ, 2007). Foi conhecida como “*Acceso Universal con Garantias Explícitas*” (AUGE), e depois deu-se a denominação de “*Garantias Explícitas en Salud*” (GES). Um primeiro avanço foi o estabelecimento dos “*Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010*”, dentre os quais se especificou: melhorar os resultados sanitários obtidos; enfrentar os desafios derivados do envelhecimento da população e das mudanças na sociedade; enfrentar as iniquidades em saúde e; prestar serviços de saúde em função das expectativas da população (MINSAL, 2002).

A reforma pretendeu fazer com que o país conseguisse atingir esses objetivos e baseou-se na aprovação de cinco leis, apresentadas no Quadro 5 segundo a cronologia da sua promulgação. Destaca-se que esta reforma não eliminou a dualidade entre o FONASA e as ISAPRE, seus objetivos dizem respeito ao estabelecimento de garantias comuns aos dois setores (PARAJE; INFANTE, 2015).

A primeira lei, quanto ao financiamento, aumentou de 18% para 19% o “*Impuesto al Valor Agregado*” (IVA), além de incrementar impostos à comercialização e consumo de tabaco, com a finalidade de aumentar a arrecadação dos recursos estatais (CHILE, 2003).

A segunda lei reorganizou a estrutura organizacional do setor: consolidou o MINSAL como “ente reitor”; dividiu-o entre a subsecretaría de redes assistenciais e a subsecretaría de saúde pública; no nível local, delegou-se a questão das redes assistenciais em 29 Serviços de Saúde (SS) e a vigilância sanitária em 16 “*Secretarías Regionales Ministeriales de Salud*” (SEREMI); criou-se a nova modalidade de “*Hospitales auto-*

gestionados en red” (HA); e implantou-se a Superintendência de Saúde (SIS) (CHILE, 2004a).

A terceira lei é a mais importante das legislações consideradas pela Reforma. Gerou um “*Régimen General de Garantías en Salud*” (RGGS), no qual especificaram-se as GES para um grupo específico de problemas de saúde. Na normativa, essas garantias correspondem a direitos assegurados aos usuários, tanto do FONASA quanto das ISAPRE, e podem ser exigidos legalmente. Especificaram-se quatro tipos de garantias: de acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade (CHILE, 2004b). A garantia de acesso corresponde à obrigatoriedade de outorgar os serviços especificados, a de qualidade refere-se à obrigatoriedade de ter prestadores registrados e acreditados na SIS, a de oportunidade aponta à existência de prazos máximos para que os usuários recebam os serviços, e a de proteção financeira diz respeito ao percentual máximo de copagamentos permitidos (CHILE, 2004b). A implementação das GES começou em abril de 2005 com 25 problemas de saúde garantidos, e na atualidade se contabilizam 80 condições (CHILE, 2016).

A quarta lei regulamentou o mercado das ISAPRE. Incorporou uma tabela de fatores de riscos para o estabelecimento dos preços dos planos de saúde oferecidos, os que devem ser informados aos usuários segundo a normativa. Concretamente, a tabela considerou as variáveis sexo e idade, além da quantidade de pessoas contribuintes e asseguradas; também se incluiu a obrigatoriedade para estas instituições de fornecer informação financeira à SIS (CHILE, 2005).

A última legislação promulgada especificou os direitos e deveres das pessoas em relação à atenção da saúde. Dentre os primeiros, considerou-se o direito à seguridade da atenção, a um trato digno, à companhia e assistência espiritual, à informação do estado de saúde, dentre outros (CHILE, 2012).

Quadro 5 - Leis aprovadas na Reforma de Saúde AUGE-GES

Data de Promulgação	Denominação	Mudanças incorporadas
14 de Julho 2003	Lei 19.888.- Estabelece financiamento necessário para assegurar os objetivos sociais prioritarios do governo	Incrementou em 1% o Imposta ao Valor Agregado e colocou imposto ao consumo de tabaco
30 de Janeiro 2004	Lei 19.937.- Modifica o D.L. 2.763, de 1979, com a finalidade de estabelecer uma nova concepção da autoridade sanitária, distintas modalidades de gestão, e fortalecer a participação cidadã	Dividu o Ministério da Saúde na subsecretaria de Redes Assistencias e Saúde Pública. Além disso, criou a Superintendencia e Hospitais Autogestionados
24 de Agosto 2004	Lei 19.966.- Estabelece um Regime de Garantias em Saúde	Estabeleceu Garantias exigibles legalmente pelos usuários: de oportunidade, de proteção financeira, de qualidade, de acesso
03 de Maio 2005	Lei 20.015.- Modifica Lei 18.933, sobre Instituições de Saúde Previsional	Regulou a normativa para o estabelecimento e mudanças dos planos de saúde oferecidos pelas ISAPRE
13 de Abril 2012	Lei 20.584.- Regula os direitos e deberes das pessoas em relação com as ações vinculadas a suas atenção de saúde	Rege as disposições para atendimentos com prestadores público e privado de saúde

Fonte: adaptado de Drago (2006) e Erazo (2011).

Basicamente a Reforma de Saúde AUGE-GES instaurou a lógica da priorização em saúde (ERAZO, 2011). Não existe consenso a respeito da contribuição da Reforma para a equidade em saúde. Um dos aspectos destacados é a fixação de copagamentos máximos de acordo com o nível de renda das pessoas (VALDIVIESO; MONTERO, 2010; MONASTERIO, 2009). No entanto, o desembolso direto em saúde como proporção dos gastos das famílias continua alto, dentre outros fatores, pelo baixo número de problemas de saúde inclusos (PARAJE; INFANTE, 2015). Um dos efeitos negativos foi o incremento das listas de espera de pacientes “não AUGE”, quem têm seu atendimento postergado, pois os prestadores possuem incentivos para a resolução das 80 condições garantidas (MINSAL, 2015b).

Segundo Olavarría (2011), a discussão parlamentar da Reforma de Saúde AUGE-GES foi negociada por três setores políticos. Primeiramente, a “posição estatista” rechaçava o lucro nos serviços sociais, buscava atenuar o papel das ISAPRE, e estava cética da ideia que só uma maior regulação do mercado diminuiria as desigualdades; a posição “privatista”, que apelava pelo subsídio à demanda para que os indivíduos escolhessem sua modalidade de seguro; finalmente, a posição de “Saúde regulada”, que defendia estímulos para a expansão do

mercado privado de modo complementar ao Estado. A dinâmica de negociação entre estes grupos fez com que não se concretizassem transformações estruturais ao sistema de saúde

Tal constatação é concordante com as observações de Mayol (2014), quem estudou a conformação da “*Nueva Mayoría*”, coalizão de centro-esquerda que governou entre 2014 e 2017, e que emergiu da antiga “*Concertación de Partidos por la Democracia*”, junto ao Partido Comunista Chileno. Para o autor, as duas coalizões, tendo um discurso progressista, acabaram cedendo o conteúdo das políticas sociais com a direita política e econômica. Esses acordos expressaram-se na não implementação de um Fundo Solidário dentre as leis aprovadas na Reforma AUGE-GES, órgão que administraria conjuntamente uma seção das contribuições sociais de ambos setores (FONASA e ISAPRE). Esta ideia também foi rejeitada pela influência do setor privado, pela divisão da coalizão de governo, e pela ausência de mobilização social (PARADA, 2005).

O último espaço institucional de discussão foi a “*Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud*”, durante o segundo governo da ex Presidenta Michelle Bachelet. Propôs-se a implantação de um Fundo Único administrado por um Seguro Nacional de Saúde, cuja missão seria coletar e administrar os recursos das diferentes fontes, incluindo as contribuições sociais dos filiados às ISAPRE (CHILE, 2014). Na prática o governo não materializou a proposta, sendo evidente o peso dos interesses do mundo privado nesta decisão. A discussão gerada pelo Fundo Único apresenta similitudes com o conflito emergido pela ideia de um Fundo Solidário durante a tramitação da Reforma AUGE-GES. Nestas instâncias o ponto central foi a natureza das instituições administradoras das contribuições sociais.

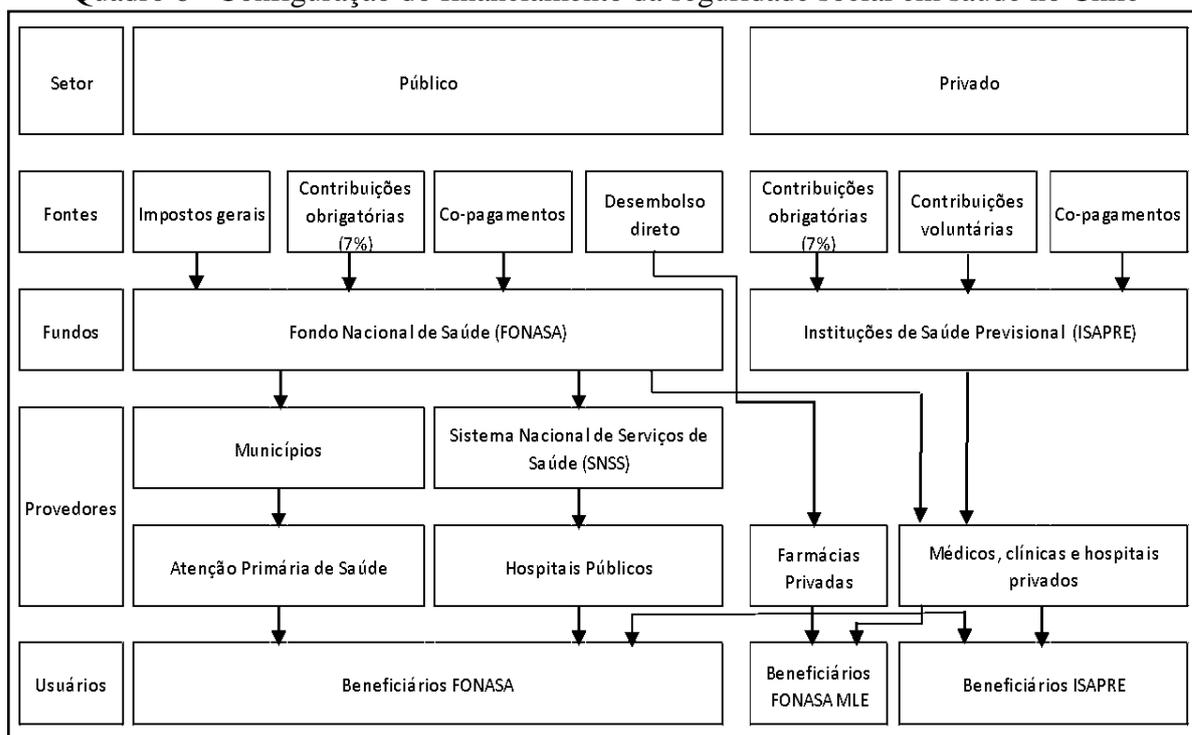
Uma das críticas à reforma aponta a sua indecisão entre manter um sistema de seguros ou reforçar o setor público (MONASTERIO, 2009). Para Tetelboin (2013) isto constitui o núcleo do que veio a chamar “reformas neoliberais de segunda geração”, que reconfiguram a relação público-privada ao facilitar a compra de serviços ao setor privado com fundos públicos. Certamente, ao garantir a resolução de um grupo limitado de doenças sem uma transformação estrutural do sistema, a Reforma AUGE-GES sobrecarregou ao setor público e o impeliu à compra de serviços (TETELBOIN, 2015). Outros questionamentos criticam a implantação de uma cesta básica de prestações garantidas pelas GES; os incentivos perversos da autogestão hospitalar; e a manutenção da segregação por risco no mercado das ISAPRE (ALAMES-CHILE, 2015).

Por outro lado, as GES não interferem no processo de adoecimento, e ainda prejudicam a integração do cuidado ao diferenciar entre doenças “AUGE” e “não AUGE” (ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018). Outros autores apontaram uma “*augización*” da política, através de instrumentos de gestão orientados ao cumprimento de metas que desconsideram a promoção e prevenção da saúde (PARADA et al., 2014).

2.1.5 Esquema atual do financiamento do sistema de saúde chileno

Focalizando-nos no esquema de financiamento, tomaremos os aportes de Cid et al., (2013), quem retrataram a configuração da seguridade social em saúde no Chile, diferenciando entre setores, fontes, fundos, e provedores⁷. Os dois regimes contributivos principais são mostrados no Quadro 6, que em conjunto cobrem 97% da população.

Quadro 6 - Configuração do financiamento da seguridade social em saúde no Chile



Fonte: baseado em Cid et al., (2013).

No setor público as fontes são os impostos gerais vindos da arrecadação fiscal, as contribuições sociais obrigatórias (7% do salário) e os copagamentos feitos pelos usuários. Existe desembolso direto para aquisição de medicamentos ou insumos médicos em farmácias particulares. Os recursos das três primeiras fontes são repassados para o FONASA, que atua

⁷ Na metodologia empregada para a coleta dos dados, a denominação “fundos” corresponde aos agentes do financiamento, enquanto a denominação “provedores” correspondem aos fornecedores das atenções em saúde.

como gerenciador e compra os serviços aos provedores: os municípios, que administram os dispositivos de APS; e também o SNSS, que coordena a rede de hospitais públicos. Por sua vez, apenas os trabalhadores do mercado formal, fazendo copagamentos, podem acessar à atenção com prestadores privados conveniados (“*Modalidad de Libre Elección*” (MLE)).

As fontes do setor privado são os copagamentos, as contribuições sociais obrigatórias (7% do salário), e contribuições adicionais. Essas últimas correspondem aos fundos contribuídos pelos trabalhadores quando o valor do plano de saúde é superior ao valor da contribuição obrigatória, pois, neste caso a prima pagada está ajustada pelo risco esperado. O valor real da contribuição dos filiados às ISAPRE foi estimado, como média, para o ano de 2011, em 10% do salário (GOYENECHEA, 2011). Os recursos das três fontes são administrados pelas ISAPRE, que estabelecem contratos com os prestadores das atenções: médicos, clínicas e hospitais particulares, que fornecem os serviços à população filiada.

As fontes possuem diferentes magnitudes. Becerril-Montekio et al., (2011), estabeleceram, para 2003, que os impostos gerais representaram 27% dos recursos do sistema. Outro estudo atualizou os dados para 2008, estabelecendo a seguinte distribuição: aporte do Estado 21%, impostos municipais 1%, contribuições sociais do FONASA 15%, contribuições dirigidas ao sistema de acidentes e enfermidades do trabalho 4,6%, contribuições sociais das ISAPRE 10,9%, contribuições adicionais das ISAPRE 4,8%, e desembolso direto 40% (URRIOLA, 2010). Utilizando uma classificação menos complexa, Cid (2011) estabeleceu o desembolso direto como a principal fonte (40%), seguido das contribuições sociais (35%) e do aporte do Estado (25%).

Por outra parte, estudos estabeleceram as diferenças do *gasto per capita*. Informações difundidas pelo MINSAL apontam que, em 2014, os filiados das ISAPRE tiveram um *gasto per capita* 2,7 vezes maior em comparação aos do FONASA, com uma média de \$1.146.336 (USD 1.910) e \$411.720 (USD 686) respectivamente⁸ (CHILE, 2017). Também se observou que, para 2003, 38% dos recursos totais que o país tem disponíveis é gasto com 21% da população assegurada pelas ISAPRE, enquanto que 62% dos recursos destina-se para a atenção de 79% das pessoas pertencentes ao FONASA (CID et al., 2006).

Quanto à cobertura dos setores, no estudo de Vergara-Iturriaga e Martínez-Gutiérrez (2006) observou-se que o número de assegurados se manteve constante entre 1984 e 2003. Infere-se que as ISAPRE não incluíram novos segmentos populacionais ao sistema. As estatísticas mais recentes quantificaram, para o ano de 2015, que o FONASA forneceu uma

⁸ As conversões foram feitas com o valor de dólar de 600 pesos chilenos, dado vigente no dia 12 de fevereiro de 2018

cobertura de 77% e as ISAPRE 15% (MDS, 2016a). Outras fontes oficiais dimensionaram, para 2016, que o FONASA representou uma cobertura de 74% e as ISAPRE 18% (FONASA, 2017).

Por outro lado, detectou-se altos níveis de segmentação por gasto esperado e rendas, pois, a população com maiores necessidades de saúde tende a se concentrar no FONASA (VERGARA-ITURRIAGA; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, 2006). No decil 1 o FONASA e as ISAPRE tiveram uma cobertura de 93% e 2% respectivamente (MDS, 2016a). Na população maior de 65 anos de idade o FONASA forneceu uma cobertura de 85%, enquanto que as ISAPRE só chegaram a 8% (MDS, 2016a). Nos segmentos com rendas menores de \$500.000 (USD 823) o FONASA cobriu 96% deste grupo (CIFUENTES, 2015).

A população coberta pelo FONASA está classificada segundo sua capacidade de pagamento. Existe o grupo A, formado por pessoas carentes de recursos ou desempregadas que não ajudam financeiramente ao sistema. Por sua vez, os grupos B, C, e D, aportam sua contribuição social de 7% do salário. Os primeiros acessam aos serviços gratuitamente e os segundos devem fazer copagamentos ao momento da atenção, cujo valor varia proporcionalmente segundo seu nível de renda. Esses últimos podem acessar a uma rede de prestadores privados conveniados, mediante copagamentos fixos. As estimativas confirmam que o grupo A representou, em 2015, apenas 18% da população nacional (FONASA, 2017).

Em sínteses, baseando-nos em Larrañaga (2000) e Fleury (2003, 2008), podemos afirmar que o sistema de saúde chileno é de caráter dual, materializado na existência de dois tipos de seguros: o sistema público, dirigido pelo FONASA, organizado numa modalidade de solidariedade social; e o sistema privado, liderado pelas ISAPRE, que oferece seguros privados de saúde sob uma lógica individual. Segundo Parada (2014), o seguro público constitui uma modalidade solidária de financiamento, pois o acesso aos serviços não depende do valor da contribuição social; contrariamente, as ISAPRE estabelecem o valor do plano oferecido segundo o risco e a quantidade de pessoas filiadas por família, constituindo uma modalidade de seguridade não solidária. Inclusive, para Gattini e Arteaga (2016) as seguradoras privadas não deveriam fazer parte da seguridade social, pois, pese a que recebem recursos vindos das contribuições sociais obrigatórias, discriminam por risco individual dos filiados.

2.2 Tendências e contra tendências na Atenção Primária à Saúde

Em seguida será abordada a incorporação da APS nos sistemas de saúde, tanto no âmbito internacional, quanto regional e nacional. Far-se-á uma revisão da discussão conceitual após Alma Ata, das tendências nos sistemas latino-americanos, e finalmente, das características da APS no sistema de saúde chileno.

2.2.1 Debate conceitual após Alma Ata

Logo depois da Declaração de Alma Ata, na década dos anos 80 e 90, surgiram várias interpretações da APS, que se distanciaram do sentido original que lhe tinha sido outorgado na Conferência de 1978. Nela, a APS foi entendida de modo abrangente, enquanto base dos sistemas nacionais de saúde, vinculada ao desenvolvimento social, além de um campo de atuação sobre os DSS e a participação social, visando a diminuição das desigualdades sociais (GIOVANELLA; MENDOÇA, 2012).

Procurando uma definição operativa da APS, Vuori (1984, 1986) distinguiu quatro dimensões do conceito: 1) enquanto “conjunto de atividades”, sendo o nível mais básico, refere-se às ações correspondentes à assistência sanitária essencial que foram especificadas na Declaração – alimentação e nutrição adequada, saneamento básico, imunizações, medicamentos essenciais, água potável, entre outros -; 2) como “nível de assistência”, correspondendo ao primeiro e habitual lugar dos cuidados; 3) como uma “estratégia” de organização dos serviços de saúde de forma acessível, integrada, baseada na participação da comunidade, custo-efetiva, além de incluir a intersectorialidade; 4) e por último, sendo a essência da APS, enquanto “princípio” orientador do sistema de saúde para a consecução dos valores da justiça social, equidade, solidariedade e de um conceito abrangente de saúde.

Sob uma perspectiva avaliativa, Starfield (2002b) identificou os atributos próprios dos sistemas de serviços de saúde baseados em uma APS abrangente, identificando o primeiro contato, que tem a ver com as condições de acesso e utilização dos serviços; a longitudinalidade, que diz respeito a uma fonte regular de cuidados ao longo do tempo; a integralidade, que se refere à variedade e pertinência dos serviços oferecidos, nos âmbitos promocional, preventivo e curativo; e a coordenação, que aponta à capacidade de integração dos diferentes serviços no nível individual e coletivo. Posteriormente, foram acrescentados o enfoque familiar e a comunidade, além de pertinência da formação profissional (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Mais recentemente, no contexto dos países da América Latina, vários

autores realçam à APS como estratégia para intervir nos DSS (HAGGERTY; YAVICH; BÁSCOLO, 2009).

Entretanto, as interpretações surgidas após Alma Ata dão conta que diversos sentidos da APS estão em disputa no campo da produção acadêmica e política (FAUSTO; MATA, 2007). Assim, duas polaridades perpassam o significado dado à APS, por um lado, o conceito “*primary health care*” (termo que foi traduzido do inglês como APS), mais próximo do sentido tido na Conferência de Alma Ata; por outro lado, o “*selective primary health*” (termo que traduzido do inglês indica saúde primária seletiva), que assinala um pacote mínimo de intervenções de baixo custo voltadas para as doenças dos mais pobres (CUETO, 2004). A primeira versão foi favorecida, nos anos 60 e 70, por um contexto mundial onde tradições socioculturais e intelectuais criticaram o paradigma hegemônico difundido pelos Estados Unidos nos países em desenvolvimento, que advogava pela implementação de programas verticais para a erradicação das doenças infecciosas; além disso, teve centralidade o trabalho de Halfdan Mahler como diretor da OMS para impulsionar internacionalmente soluções alternativas à verticalidade (GIOVANELLA; MENDOÇA, 2017).

A segunda foi desenvolvida depois da Declaração de Alma Ata, por várias agências mundiais, que criticaram a concepção abrangente da APS instaurada na Conferência, apontando para sua suposta “inviabilidade” (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986). Tais organizações, com o apoio que logo deu a própria UNICEF, difundiram um conjunto de intervenções voltadas para a saúde materno-infantil, que foram denominadas GOBI-FFF, as que incluíram o monitoramento do crescimento das crianças, reidratação oral, aleitamento materno e imunizações; depois também foram acrescentados o planejamento familiar, alfabetização feminina, e a suplementação alimentar (MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004).

Na discussão conceitual que origina tais interpretações divergentes, Rovere (2012), adverte para o fato de que a expansão da APS foi facilitada por imprecisões terminológicas que possibilitaram entender um leque de políticas contraditórias sob o conceito de atenção primária. Assim, a mistura das várias interpretações sobre a APS levou a nomeá-la como “uma receita para todas as estações” (PAIM, 2012). Outras das críticas feitas ao entendimento da APS apontam a sua alusão a uma “assistência sanitária essencial”, aproximando-a da versão de uma atenção primária seletiva e perdendo sua vinculação com transformações globais (FEO, 2012).

Uma leitura mais aprofundada das distorções conceituais vinculadas à APS mostra que são as influências do poder econômico do capital, em conjunto com o poder político do

Estado, que estabelecem a direcionalidade das ações em torno da APS, por sobre a tendência das concepções trazidas pelos órgãos internacionais (PAIM, 2012). Certamente, a prática médica mostra-se como um campo propício para a acumulação do capital ao constituir um vasto campo de consumo, influenciando nas estratégias que orientam o trabalho em saúde (DONNANGELO, 1976). Tal constatação ficou evidente a partir das críticas feitas pela indústria farmacêutica ao estímulo à produção nacional nos países não industrializados, questão trazida pela Declaração sobre Cuidados Primários à Saúde (MATTA, 2005).

Segundo Tejada (2003, 2013), as principais distorções dos conceitos propostos em Alma Ata foram propiciadas por um ordenamento mundial adverso; o conceito de saúde continuou sendo entendido como a ausência de doença, diferenciando-se da proposta defendida na Conferência, que apontava para o completo bem-estar físico, mental e social; além disso, o conceito de “atenção” foi levado para a língua espanhola e portuguesa, outorgando-lhe um sentido mais restrito em comparação ao de “cuidado”; finalmente, o mesmo termo “primário” não foi compreendido no sentido dado originalmente, que correspondia a uma atenção primordial ou colocada em primeiro nível de importância.

As contribuições de Testa (1992) ajudam a clarear as condições que favorecem o que veio a chamar de atenção primária “primitiva”, de baixo custo e destinada a pobres. Segundo o autor, uma atenção primária primitiva é facilitada por um sistema de saúde que não possui uma rede maior de serviços integrada, caso no qual a APS passa a ser o único serviço disponível; e é também salientada por uma ideologia sanitária biologicista que entende as respostas ao adoecimento sob o afastamento da normalidade biológica. De igual forma, determinados mecanismos de financiamento setorial à saúde comprometem o desenvolvimento da APS e podem acercá-la à primitividade; neste caso gera-se uma série complexa de inter-relações entre os grupos sociais que representam a origem dos recursos e seus destinatários finais, onde serviços de cobertura pública são financiados apenas com fundos públicos, enquanto estes financiam parte dos serviços destinados à população do setor privado e da seguridade social.

2.2.2 Atenção Primária à Saúde no cenário latino-americano

A implementação da APS na América Latina possui particularidades regionais diferentes do contexto europeu, cujos sistemas de saúde encontram-se mais próximos à universalidade, com financiamento público, abrangendo quase a totalidade da população e considerando uma ampla gama de serviços (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2015).

Reformas recentes introduzidas nos sistemas de saúde europeus fortaleceram a APS enquanto coordenadora dos cuidados e porta de entrada preferencial, a través do trabalho de médicos generalistas (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEM AND POLICIES SERIES, 2006). Ampliou-se o leque de prestações fornecidas e outorgou-se à APS maior controle sobre os outros níveis de atenção; no entanto, os maiores sucessos aconteceram nos países financiados por impostos gerais, institucionalizados em sistemas nacionais de saúde, do que em aqueles cujo financiamento se dá por meio de seguros sociais compulsórios (GIOVANELLA, 2006).

Diferentemente dos países europeus, a APS vem sendo implementada enquanto porta de entrada dos serviços públicos apenas em alguns países (Brasil, Chile e Costa Rica), existindo também países que implementaram programas verticais destinados a problemas específicos de saúde (El Salvador, Nicaragua, Bolívia), além de sistemas de seguros de saúde onde a APS depende da iniciativa municipal ou de instâncias subnacionais (Argentina) (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). As reformas aos sistemas de saúde da década dos anos 80 e 90 incentivaram a expansão de programas e políticas de saúde alinhados com uma APS seletiva (RAMÍREZ et al., 2011). Entretanto, na década dos anos 2000, após o ajuste estrutural, a região teve alguns governos de esquerda ou centro-esquerda comprometidos com a universalidade e com a consecução de uma atenção primária robusta (PEREIRA et al., 2012).

Diante desse panorama, o fortalecimento da APS constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde da região, entendendo que a coordenação dos cuidados é um aspecto crucial para a abordagem que os serviços de saúde devem fazer de face às transformações no perfil epidemiológico e demográfico da população (GIOVANELLA, 2017). Desde uma perspectiva ético-política, entende-se que uma APS abrangente conforma a base dos sistemas nacionais de saúde e é uma garantia da consecução do direito universal à saúde (MENDOÇA et al., 2018; ASE; BURIJOVICH, 2009). Não obstante, os aspectos elencados acima conformam obstáculos que condicionam negativamente a consecução de uma APS robusta.

Em seguida, será apresentada uma descrição geral da incorporação da APS no cone sul da região, com base em algumas das dimensões mais importantes reportadas pela literatura. Um primeiro elemento transversal aos países é a constatação de que as políticas nacionais sobre APS estão incorporando conteúdo baseado na concepção da APS abrangente presente na Declaração de Alma Ata, realçando a garantia da integralidade na atenção e a

equidade em saúde; inclusive, em sete dos dozes países a APS se concebe como a base dos sistemas universais de saúde; em casos como Bolívia, Equador e Venezuela a essas concepções foram acrescentadas a questão da interculturalidade em saúde (GIOVANELLA; FIDELIS, 2017). As mudanças ao modelo de atenção, com foco na conformação de equipes multiprofissionais para o trabalho com a comunidade e a família, a territorialização das ações, e a institucionalização de instâncias de participação social, também são elementos compartilhados nas políticas dos diferentes países (GIOVANELLA; FIDELIS, 2017).

O Quadro 7 mostra outras características relevantes da APS na região. Primeiramente, o nível nacional, representado pelo Ministério da Saúde, frequentemente é o órgão encarregado da direção da política de APS; as exceções são Argentina, onde as províncias possuem grandes níveis de autonomia, e a Colômbia, que não tem consolidado uma política nacional de atenção primária na legislação nacional (GIOVANELLA et al., 2015a).

Quadro 7 - Características relevantes da política de APS nos países de América do Sul

País	Principal responsável pela formulação da política de APS	Principal responsável pelo financiamento da APS	Mecanismo de transferência desde o nível nacional para as esferas subnacionais	Principal responsável pela prestação de serviços de primeiro nível
Argentina	Ministério da Saúde nacional e províncias	Ministério da Saúde e províncias	Por programa específico	Províncias e municípios
Bolívia	Ministério da Saúde	Departamentos, Ministério da Saúde, municípios e seguros focalizados (SUMI-SSPAM)	Per capita e orçamento geral	Departamentos
Brasil	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde e municípios	Per capita (Piso de Atenção Básica fixo e variável)	Municípios
Chile	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde (através do Fundo Nacional de Saúde) e municípios	Per capita ajustado por indexadores	Municípios e Serviços de Saúde
Colômbia	Ministério da Saúde e municípios	Orçamento da nação, municípios, SGSS, EPS	Unidades de pago per capita	Municípios e Departamentos. EPS contratam serviços públicos e privados
Equador	Ministério da Saúde Pública	Ministério da Saúde Pública e províncias	Orçamento geral e programas específicos	Províncias
Guyana	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde e doações externas	Por programa específico	Serviços regionais de saúde do Ministério da Saúde e ONG internacionais
Paraguai	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social	Não existe	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social e municípios
Perú	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde, seguro focalizado (SIS) e seguro social (EsSalud)	Não existe	Governos locais. Administradoras de fundos de seguro em saúde (Iafas) contratam serviços públicos e privados
Suriname	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Não existe	Ministério da Saúde e ONG
Uruguai	Ministério de Saúde Pública	Ministério da Saúde Pública e Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE)	Per capita ajustado por indexadores	Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), Intendências municipais e seguros sociais contratam serviços ao setor privado
Venezuela	Ministério do poder popular para a Saúde	Ministério do poder popular para a Saúde	Orçamento geral e programas específicos	Municípios e Ministério do poder popular para a saúde

Fonte: baseado em Giovanella et al., (2015a).

Quanto ao financiamento, usualmente a APS é financiada da mesma modalidade que o sistema de saúde, e apenas no Brasil não existem aportes das contribuições sociais sobre a folha dos salários. Ao considerar só as fontes públicas, na maioria dos países a responsabilidade financeira é do nível nacional; entretanto, no Brasil e no Chile os municípios fazem aportes destinados à APS; em Peru e Bolívia existem aportes dos seguros sociais focados na população pobre; e na Colômbia os serviços de primeiro nível recebem fundos do nível nacional, municipal e dos seguros contributivos e subsidiados (GIOVANELLA et al., 2015b). As transferências desde o nível central aos órgãos subnacionais são feitas por meio de programas específicos (Argentina, Equador, Venezuela), a través de um cálculo *per capita* da população municipal (Chile e Brasil) ou por repasses diretos segundo o orçamento geral do Ministério da Saúde (Paraguai, Uruguai e Suriname); além disso, na Bolívia o e Peru as

transferências *per capita* são feitas aos municípios, mas, devendo ser direcionadas aos seguros para problemas de saúde específicos que esses países implementaram (GIOVANELLA; FIDELIS, 2017).

Por outro lado, a prestação é feita pelos municípios nos casos do Chile e do Brasil, ao tempo que instâncias subnacionais prestam serviços na Argentina, Equador e Bolívia, além de que o Ministério da Saúde também atua como prestador no Uruguai, Paraguai, Guyana e Venezuela (GIOVANELLA et al, 2015b).

Em sínteses, os resultados dos estudos estão mostrando que governos de esquerda ou centro-esquerda da região, na década dos anos 2000, introduziram mudanças à política de atenção primária, tentando incorporar a conceptualização da APS abrangente presente na declaração de Alma Ata; porém, essas tentativas foram obstaculizadas, pela herança de uma proteção social à saúde fortemente segmentada (GIOVANELLA et al., 2015a, 2015b; GIOVANELLA; FIDELIS, 2017). Os mesmos trabalhos também sugerem que o panorama da América do Sul mostra uma vinculação entre sistemas universais de saúde e maiores sucessos na consecução de uma APS integral, ao tempo que sistemas de saúde baseados em seguros, públicos e privados, com populações e cestas de serviços restritas, encaminham seus esforços para uma APS seletiva (LABONTÉ et al., 2009).

Essas considerações também foram apontadas no trabalho de Vega e Acosta (2015), quem analisaram a incorporação da APS em sistemas baseados no asseguramento, países nos quais a APS está inserida no subcomponente público, o qual geralmente está destinado à população sem capacidade de pagamento ou de baixas rendas. Os autores evidenciaram que os principais obstáculos são a inconsistência entre as diretrizes da política de saúde e a direcionalidade introduzida pelas instituições encarregadas dos fundos de asseguramento, além da pouca integração do financiamento para ações coletivas e individuais.

Estudos evidenciaram que as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) estão mais consolidadas em países com sistemas universais de saúde que resguardam de forma ampla o direito à saúde nas Constituições (Brasil, Bolívia e Cuba), enquanto que sistemas que promovem o livre mercado (Chile) possuem dificuldades maiores, dada a composição público-privada da rede de prestadores e da população pertencente aos diversos tipos de seguros (OPAS, 2010; PÉREZ; ARRIVILLAGA, 2017). A ruptura entre a provisão e o financiamento dos serviços é apontado como um desafio para a consecução das RISS (OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013). Antigos reportes determinaram que na região das américas, em torno de 70% dos egressos hospitalares eram passíveis de resolução em um

nível ambulatorial (CASTELLANOS, 1997). Esta constatação mostra os desafios dos países da região em torno da APS.

2.2.3 Atenção Primária à Saúde no cenário chileno

O desenvolvimento da APS no Chile possui uma dimensão sócio histórica relevante. Segundo Campillay (2018) no início do século XX constituíram-se as bases da APS atual, a través da criação de dispensários de atenção ambulatorial que incluíam a prevenção em saúde e o trabalho interdisciplinar com inclusão de visitadoras sociais; logo, entre 1930 e 1970, a medicina social chilena impulsionou políticas modernizadoras baseadas em princípios como a promoção e prevenção; e desde 1980 até os dias atuais, o período se caracteriza pela coexistência de uma fragmentada “tradição primarista” e pela herança neoliberal da ditadura.

Contemporaneamente, a política dos governos democráticos considerou o fortalecimento da APS, sendo prioritários os âmbitos de melhora da administração dos serviços, financiamento, e ampliação da cobertura aos territórios rurais (CAPILLAY, 2018). A municipalização da APS, instaurada pela ditadura, foi mantida. Existe evidência apontando a que a administração dos dispositivos de APS por parte dos municípios aprofundou a desintegração da rede de atenção, aumentou o gasto administrativo, promoveu maiores iniquidades entre municípios pobres e ricos, deteriorou a infraestrutura física e os equipamentos das unidades, além de prejudicar a estabilidade laboral dos profissionais e técnicos (MONTROYA-AGUILAR, 2008; SEPÚLVEDA, 2004; GOIC; ARMAS, 2003). Vale destacar a análise de Tetelboin (2003), para quem a municipalização da APS concebeu-se como uma estratégia intermédia para uma futura privatização dos serviços, além de conter o gasto do nível nacional e dividir as organizações políticas dos trabalhadores da saúde.

Foi implementado o Modelo de Atenção Integral de Saúde Familiar e Comunitária (MAIS), orientado por três princípios: atenção centrada no usuário, integralidade da atenção e continuidade do cuidado, além de nove eixos de ação que recolhem o conteúdo de Alma Ata (MINSAL, 2013; DOIS; BRAVO; SOTO, 2017). Entretanto, existe uma discordância entre o enfoque do MAIS, que tem foco na prevenção e promoção, e o AUGE-GES, pois este último centra-se na resolução da doença (BASS DEL CAMPO, 2012).

Além do mais, instrumentos avaliativos reportaram 56% de cumprimento do MAIS no âmbito nacional, existindo piores níveis em municípios pequenos, com população rural e maior porcentagem de pobreza; por outro lado, não existiu relação estatisticamente significativa com a variável gasto em saúde (GARCÍA-HUIDOBRO et al., 2018). O novo

modelo teve como antecedente a reconversão das unidades de saúde tradicionais em Centros de Saúde Familiar (CESFAM) desde 1997, conformando equipes multiprofissionais com população a cargo e prioridade nas ações preventivas (TÉLLEZ, 2006).

O Chile apresenta os obstáculos que têm sido reportados mundialmente para a consolidação da APS: hospitalocentrismo, fragmentação das ações, e mercantilização dos serviços (OMS, 2008; ROSAS; NARCISO; CUBA, 2013). Os frequentes anúncios governamentais de construção de hospitais, políticas públicas como o AUGE, com foco na resolução de doenças, e as elevadas cifras de cesáreas em prestadores privados, são manifestações desses fatores (CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC, 2014). Por outro lado, a educação médica está excessivamente concentrada na formação de especialistas no âmbito hospitalar e existem resistências dos atores educativos à mudança desse paradigma (PARADA-LEZCANO; ROMERO; MORAGA, 2015, 2016).

Quanto ao financiamento, a lei n 19.378, de 1995, regulamentou que o repasse dos recursos desde o MINSAL para os municípios seja feito por meio de um cálculo *per capita* segundo a quantidade de população registrada em cada uma das unidades, incluindo um ajustamento por alguns indexadores que procuram beneficiar aos municípios com piores condições socioeconômicas (CHILE, 1995; DUARTE, 1995). Entretanto, em municípios pequenos, de menos de 3.500 habitantes, o montante de recursos é calculado segundo o orçamento histórico. Existe outro mecanismo de transferência, destinado à execução de programas de saúde específicos, os PRAPS. Em 2005, 68% dos recursos aportados pelo ministério foi repassado a través da modalidade *per capita* e 32% por meio de PRAPS (DEBROT; IBÁÑEZ, 2014). Por sua vez, os municípios podem realizar aportes à APS, a depender das prioridades orçamentárias. Além do mais, os estabelecimentos que não foram municipalizados ficaram sob a administração de regiões de saúde, com transferências segundo níveis de gasto histórico.

As críticas feitas ao mecanismo de repasse de recursos aponta à insuficiência do valor *per capita*, pois não consegue cobrir os custos reais das atenções consideradas no “*Plan de Salud Familiar*”; quantificou-se que o custo real, em 2007, era de CLP 3.708, enquanto que o valor empregado para o cálculo dos repasses foi de CLP 1.700, evidenciando um déficit de 54% (MONTERO et al., 2008). Vale destacar que nessa estimativa não foi incluso o gasto em administração dos próprios municípios.

Também documentou-se que as medições dos ajustes estavam sendo feitas por indicadores indiretos, especialmente o ajuste relativo à pobreza comunal (ARENAS, 2016;

ARAVENA; ARENAS, 2015). Considera-se que o atual mecanismo *per capita* precisa melhorar a equidade na distribuição dos recursos, e propõe-se a inclusão de morbidade de problemas de saúde crônicos, além de melhorar as estimativas de pobreza e ruralidade com indicadores contínuos e diretos (VARGAS; POBLETE, 2006, 2007). Ademais, os municípios mais ricos conseguem diminuir o déficit de recursos do nível central fazendo transferências próprias do orçamento municipal (RAÑA et al, 2007).

Uma recente proposta tem sido construída para substituir o atual modelo de alocação de recursos. A diferença da modalidade *per capita*, propõe-se uma estimativa do gasto esperado a partir do custeio das prestações contidas no “*Plan de Salud Familiar*” (CASTRO et al., 2017). Essa proposta não considera um aumento dos recursos do orçamento da nação. Entretanto, a modalidade *per capita* segue vigente.

Algumas informações ajudam a dimensionar os gastos em APS. O órgão encarregado da programação financeira do governo nacional quantificou, entre 1990 e 2013, uma média de incremento anual de 14% real, chegando a representar 20% do orçamento do Ministério da Saúde no último ano (DIPRES, 2013). Entre 2003 e 2011, o gasto em APS, em termos nominais, passou de CLP\$ 216.249 milhões para CLP\$ 711.983, representando um acréscimo de 3,3 vezes (DEBROT; IBÁÑEZ, 2014). Isto mostra um ritmo de crescimento superior ao dos outros níveis de complexidade. Entretanto, estas cifras não incluem os aportes feitos pelos próprios municípios.

Quanto ao valor do *per capita* estabelecido na lei 19.378, também se comprovou, entre 2002-2013, uma média de incremento anual de 9% (DIPRES, 2013). O valor correspondeu, em 2013, à CLP\$ 3.509 mensais, porém, considerando os outros programas específicos, o gasto por pessoa chega a CLP\$ 5.000 mensais (CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC, 2014). Entretanto, foram documentadas reduções orçamentarias, entre 2011 e 2012, de alguns programas específicos: “*Programa Ampliado de Inmunizaciones*” (-14%) e “*Inversiones em salud primaria*” (-27%) (GOYENECHEA, 2011).

Ao incluir o aporte que fazem os municípios, esses repasses representaram, em 2011, 12% do total de recursos destinados à APS; os PRAPS 26%, e os recursos da lei 19.378, 63% (GOYENECHEA; BASS DEL CAMPO, 2013). Alguns estudos sugerem que os municípios mais ricos conseguem destinar maiores recursos à APS, sendo uma causa importante de iniquidade (ARTEAGA et al., 2002a). Porém, outras publicações têm matizado essa constatação, afirmando que os aportes não estão relacionados à condição socioeconômica do

município, inclusive, existindo municípios que fazem repasses próprios maiores aos recebidos do Ministério (CEP-ESP, 2017; AMUCH, 2015).

2.3.4 Pesquisas sobre a equidade na alocação de recursos em saúde

De acordo com Giovanella et al., (2015a) o Chile e o Brasil possuem uma organização da APS similar; nos dois países as diretrizes da política são lideradas pelo Ministério da Saúde e os centros encarregados da prestação dependem dos municípios; além disso, os dois implementaram uma modalidade de repasse de recursos em base a valores *per capita*, com algum incremento a depender das condições de cada município. Entretanto, no Chile o financiamento considera aporte das contribuições sociais vindas dos salários dos filiados ao FONASA, e no Brasil os fundos são arrecadados exclusivamente por impostos gerais. As semelhanças apontadas permitem fazer alguns apontamentos quanto à modalidade de distribuição dos recursos desde o nível central para os municípios.

O Brasil possui uma posição de destaque neste tipo de estudos, sendo um país que implementou o SUS com participação das entidades federais, estaduais e municipais. Ferreira et al., (2015) pesquisaram a evolução dos recursos geridos pelos municípios da macrorregião leste do Estado de Bahia, entre 2010 e 2012, observando uma manutenção dos recursos federais destinados à APS, uma vez feita a correção pela inflação; junto com isso, constataram que os fundos pertencentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) fixo foram menores que aos indicados nas portarias do Ministério da Saúde, contribuindo para o subfinanciamento da APS. Em outro estudo similar, Teles, Coelho e Ferreira (2016a), analisaram os blocos de financiamento federal do SUS para o Estado da Bahia, entre os anos 2009 e 2012, quantificando um aumento dos valores corrigidos pela inflação de 23%; no último ano foram destinados 1,2 bilhões à APS, totalizando 48% das transferências, sendo superior aos recursos destinados aos hospitais.

Também no Estado da Bahia, esses mesmos autores analisaram o gasto público com saúde, no período de 2009 a 2012, levando em consideração as diferentes unidades territoriais que compõem a rede do SUS, achando uma tendência crescente dos gastos com saúde, um aumento dos valores deflacionados, um incremento dos gastos *per capita*, e uma melhora do gasto como proporção do PIB (TELES, COELHO; FERREIRA, 2017). Dentre os resultados obtidos, destaca-se que, na comparação macrorregional, o gasto tende a ser maior naquelas regiões onde existe uma maior oferta pública do SUS, medida pelos leitos hospitalares disponíveis; o qual também está acompanhado por uma forte variação do gasto entre as

regiões do Estado, dado que a metade delas não conseguiu atingir o gasto *per capita* do Estado.

As fortes desigualdades também foram descritas em outro estudo no Estado da Bahia, com dados do ano 2010, que empregou o Índice de Desenvolvimento Humano Comunal (IDHM) como uma variável aproximada às necessidades de saúde da população baiana e as Curvas de Lorenz como técnica de análise. Constatou-se que a maior parte dos recursos federais são destinados a poucos municípios com os melhores IDHM, o qual fica exemplificado no fato de que 50% dos municípios com menores IDHM recebem apenas 20% dos recursos, enquanto que o outro 50% dos municípios com melhores condições recebe 80% dos recursos (TELES, COELHO e FERREIRA, 2016b).

No Chile, a pesquisa de Fuenzalida (2010), centrou-se na análise da distribuição territorial dos equipamentos hospitalares, empregando como unidades de análise os 29 Serviços de Saúde que compõem a rede pública do SNSS, evidenciando que três deles apresentam déficits de equipamentos de alta complexidade e seis apresentam déficit de equipamentos de baixa complexidade, enquanto outros têm excesso de equipamento.

Em relação à APS, já o antigo trabalho de Larrañaga (1996) demonstrou que, na década de 90, houve uma distribuição não equitativa dos recursos que os municípios recebiam para destinar à APS, sendo ainda mais regressivos que os dirigidos à educação; concretamente, observou-se que 10% dos municípios mais pobres recebiam 2 vezes menos recursos do que os mais ricos. Outra publicação respaldou esses resultados diferenciando entre os municípios mais ricos e pobres; chegou-se a estabelecer diferenças de 1,6 vezes nos fundos totais, 0,9 vezes nos fundos nacionais e 3,5 vezes nos fundos dos fundos municipais (BOSSERT et al., 2003; BOSSER; LARRAÑAGA; RUIZ, 2000).

Arteaga et al., (2002a) correlacionaram o gasto em saúde, ao nível municipal, com a renda média dos lares, observando que os municípios com maiores rendas fazem repasses mais elevados à APS, situação que não é melhorada totalmente ao incluir o aporte do nível central. Outra pesquisa analisou a distribuição de recursos à APS empregando razões estandarizadas de mortalidade comunal, achando uma correlação negativa e significativa com os aportes *per capita* dos municípios ($r = -0,3$) (ARTEAGA; ASTORGA; PINTO 2002b). Sugere-se que municipios com menores taxas de mortalidade fazem maiores aportes *per capita* à APS. Entretanto, os resultados desse estudo devem ser tomados com cautela, pois considerou apenas a região metropolitana e incluiu os municípios que tinham as informações disponíveis.

Mais recentemente, o trabalho de Riquelme et al., (2017), teve como objetivo avaliar a evolução da distribuição dos recursos ao nível comunal e verificar possíveis diferenças por alguns fatores considerados, no período 2001-2013. O estudo documentou um incremento da desigualdade na distribuição de gastos, ingressos e inversões, medidas através das Curvas de Lorenz, entre os anos 2001, 2007 e 2013; uma correlação inversa entre percentagem de pobreza e ruralidade com gasto *per capita*, ou seja, a maior pobreza e ruralidade o gasto *per capita* é menor; observou que variáveis relacionadas à oferta são determinantes do gasto (taxa de profissionais sanitários, disponibilidade de centros, taxa de consultas médicas, e contar com serviços de urgência). Em relação aos resultados sanitários, achou-se que a maior gasto existe uma melhoria na taxa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPPP) e na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI).

Já trabalhos anteriores tinham demonstrado relação positiva entre o nível de desenvolvimento socioeconómico dos municípios e indicadores epidemiológicos. Particularmente, identificaram-se como fatores determinantes da TMI as seguintes variáveis: a taxa de pobreza, o nível educacional, a presença de atenção primária de urgência, menor inversão em saúde municipal e maior distância em relação ao hospital base (MORALES; LANDERRETCHÉ; MARTÍNEZ, 2015). Esses resultados são concordantes com os reportes de Castro-Landman (2015), quem construiu um indicador socioeconômico comunal para os anos 1990-2010, achando uma relação com a TMI. Também se evidenciou, na Região Metropolitana de Santiago, que o município com menor renda familiar tinha uma TMI 2,2 vezes maior que o município com mais altas rendas (DONOSO, 2014).

2.3 Discussão sobre a equidade em saúde e alocação de recursos financeiros

Nesta seção será elaborado o baseamento teórico para discutir o conceito de equidade em saúde e suas implicações à problemática de alocação de recursos financeiros. Um referente nas discussões sobre equidade e saúde é Margaret Whitehead (1991), que considera às iniquidades como desigualdades de saúde desnecessárias, evitáveis e injustas. Por sua vez, a autora concebe que “equidade na saúde implica que, idealmente, todos devem ter a oportunidade justa para ter plenamente seu potencial de saúde, e de modo mais pragmático, que ninguém deve estar desfavorecido para obtê-lo, na medida que isso possa se evitar” (WHITEHEAD, 1991, p. 8). O anterior implica estratégias por minorar as iniquidades, considerando-as passíveis de modificação.

São sete os fatores determinantes das desigualdades em saúde, dos quais os primeiros três não gerem iniquidades: as variações biológicas ou naturais; as condutas que provocam danos à saúde escolhidas conscientemente; e as vantagens de um grupo para obter uma conduta promotora da saúde mais rápido. Os determinantes geradores de iniquidades correspondem às condutas danosas à saúde, diante as quais a escolha de estilos de vida saudáveis está restrita; a exposição a entorno não saudáveis; acesso inadequado aos serviços de atenção à saúde; e mobilidade social prejudicial para as pessoas doentes (WHITEHEAD, 1991).

Baseando-se no conceito de Whitehead (1991), Linares e López-Arellano (2015) consideram que tanto desigualdades como igualdades injustas podem alicerçar uma iniquidade; também reconhecem que os fatores determinantes das iniquidades possuem relações múltiplas e complexas, tendo os fatores socioeconômicos uma importância preponderante.

A OMS considera que a equidade em saúde precisa de uma distribuição das oportunidades seguindo as necessidades da população, independentemente dos privilégios que os grupos possam ter; diferenciando entre brechas no estado de saúde e no acesso aos serviços (WHO, 1995). O posicionamento da OPAS (2000, 2003) respalda a ideia de que uma distribuição igualitária das oportunidades mantém as iniquidades se existe um estado de saúde desigual; deste mesmo modo, defende-se que a equidade implica imparcialidade, pois uma distribuição desigual, que beneficia aos desfavorecidos, orienta-se a corrigir as iniquidades do estado de saúde da população.

Para Kawachi, Subramaniam e Almeida-Filho (2002) a distinção das desigualdades que são injustas implica um juízo de valor que depende da teoria de justiça empregada. Desta maneira, é preciso conhecer os marcos interpretativos que sustentam as análises em relação à equidade. Fabianne e Timothy (2002) discutem quatro enfoques filosóficos-morais relacionados à questão da equidade-justiça em saúde: o enfoque utilitarista, o igualitarista, o da prioridade e o baseado nos princípios de justiça social. O primeiro defende a ideia de potenciar o maior nível possível de saúde, tendo as desigualdades o caráter de injustas quando conformam obstáculos para atingir esse objetivo. Para este enfoque é indiferente quais indivíduos contribuem a melhorar a saúde da população, podendo ser ricos ou pobres indistintamente.

A perspectiva igualitarista centra-se em considerações distributivas sem considerar a contribuição à população. Algumas correntes igualitaristas referem-se a igualdade dos

resultados, que no caso da saúde apontam à igualdade no estado de saúde; outras assinalam a necessidade de que as pessoas tenham igualdade na oportunidade de possuir o mesmo estado de saúde; e outras consideram a igualdade de recursos, o que implica que cada pessoa tenha a opção de gerir seus recursos individualmente. As críticas aos enfoques igualitaristas consideram que a igualdade não constitui um valor em si mesmo, pois pode discordar com a busca pela equidade.

Diferentemente, o enfoque da prioridade exige que os recursos sejam distribuídos com prioridade nos grupos mais doentes; entretanto, as desigualdades sociais estão consideradas em um lugar secundário, pois o realmente importante são os logros nos resultados sanitários finais, desconsiderando as causas que propiciam as doenças que se concentram em determinados grupos.

O quarto enfoque sobre a equidade nasceu do ideal de Rawls, que considera as desigualdades sociais como injustas quando elas se originam numa divisão do trabalho social que coloca a alguns grupos com maiores desvantagens sociais, políticas e econômicas, as quais diminuem as possibilidades de conservar a saúde. Desta forma, de acordo com Porto (1998), a teoria da justiça rawlsiana baseia-se em dois princípios; 1.- cada indivíduo tem o direito ao exercício mais amplo da sua liberdade; 2.- as desigualdades sociais na distribuição dos recursos devem servir ao benefício dos mais desfavorecidos.

Os três primeiros enfoques assinalados acima compartilham o fato de se centrar na distribuição dos resultados sanitários finais, enquanto que a perspectiva rawlsiana considera os processos através dos quais se geram as desigualdades, pelo qual também é chamado de “procedimental”; outra diferença diz respeito a que neste último caso, a equidade não é um propósito “tecnocrático” restrito à assistência sanitária e se orienta à busca mais ampla de justiça social (LINARES-PÉREZ; LÓPEZ-ARELLANO, 2015).

O enfoque da justiça social foi desenvolvido com maior profundidade por Amartya Sen (2002), para quem a discussão da equidade em saúde se encontra fora dos limites da questão da saúde-doença, e mais ainda da questão da assistência sanitária; para o autor a injustiça aparece quando não todas as pessoas têm a oportunidade de ter um bom estado de saúde por causa de determinados “acordos sociais”, ferindo o valor da justiça social. Ainda reconhece facilidades sociais que promovem a consecução de uma saúde ótima, dentre as quais a assistência sanitária é apenas um dos fatores que nele intervém.

Para o autor a questão da alocação de recursos faz parte dos acordos sociais que comprometem a equidade. Deste modo, nem sempre as reduções das desigualdades sociais em

saúde incidirão num melhoramento da equidade, pois isso deve estar acompanhado por modificações nas regras de distribuição dos recursos tidos, além das instituições e políticas sociais; ainda mais, aponta que não é suficiente quantificar as desigualdades, pois é preciso verificar a forma como os recursos estão sendo distribuídos para prejudicar ou favorecer uma boa saúde e a justiça dos acordos sociais que geram uma determinada distribuição de recursos.

Segundo Barata (2009) há sistemas de saúde que potencializam as desigualdades sociais e outros que se orientam a compensá-las. Os primeiros deveriam ofertar serviços iguais para grupos com as mesmas necessidades de saúde (equidade horizontal) e resguardar uma provisão prioritária aos grupos com maiores necessidades (equidade vertical). A mesma autora identifica três níveis de ações em matéria de políticas públicas para redução das desigualdades sociais; 1) políticas macrossociais que modificam a estratificação social; 2) políticas que intervêm na exposição dos grupos sociais a condições não saudáveis ou vulneráveis; 3) políticas que reduzem os impactos negativos das desigualdades.

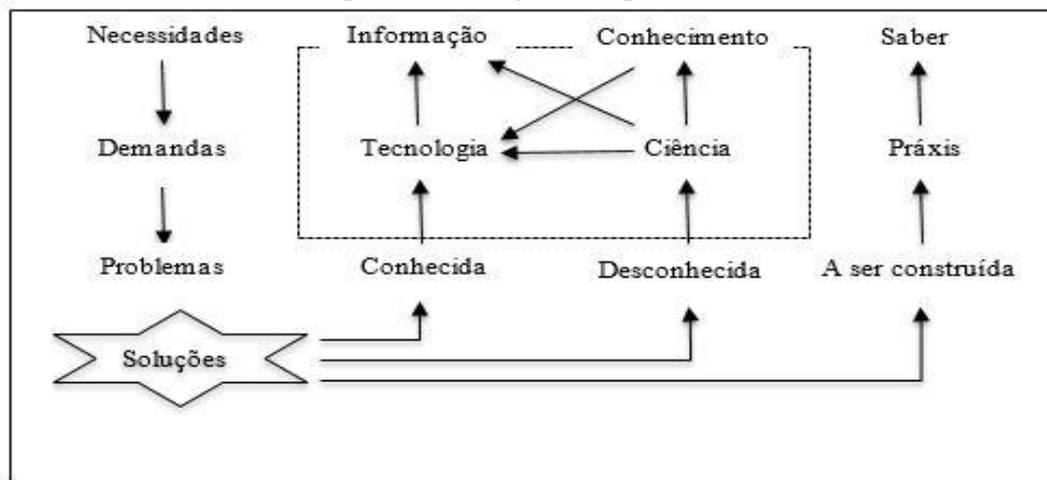
Nesta linha, Paim (2006) aponta que sistemas universais de saúde, a exemplo do SUS, se orientados pela equidade, têm o potencial de conseguirem minorar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A experiência brasileira mostra que a diminuição destas desigualdades foi salientada por uma leve diminuição das diferenças regionais nos indicadores de oferta e produção de serviços de saúde, logo após da implantação do SUS (FIDELIS; GIOVANELLA; MATTOS, 2002).

De acordo com a definição de equidade, uma distribuição equitativa dos recursos deve ter como critério fornecer maiores recursos aos setores com maiores necessidades de saúde. Em seguida vamos analisar com maior precisão este conceito. Para Paim e Almeida-Filho (2014) deve-se distinguir entre os problemas de saúde, que se definem como a distância entre uma situação desejada e a realidade; as necessidades de saúde, conceito que aponta às condições que possibilitam uma boa saúde; e os determinantes, que visam explicar a determinação da saúde-doença. Uma definição mais precisa acerca das necessidades destaca que elas “podem ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população” (TEIXEIRA, 2010, p. 140).

Uma problematização mais ampla dos conceitos descritos se mostra no Quadro 8. O raciocínio inicia-se nas necessidades, entendidas como carências básicas, cujo cumprimento é primordial para manter uma boa saúde, por exemplo, fome, sede ou sono; logo, essas necessidades são expressas pelos homens como demandas, que podem ser coletivas ou

individuais; e quando essas demandas apontam ao modo de atendimento ou preenchimento das necessidades, constituem-se também problemas de saúde. As soluções aos problemas gerados podem ser conhecidas, caso no qual a tecnologia disponível utiliza informação pertinente para o preenchimento da necessidade; quando as soluções são desconhecidas, é a ciência a chamada para a geração das soluções baseadas em novas tecnologias; quando a solução deve ser construída, ela deve se desenvolver enquanto práxis em combinação com o uso da tecnologia (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Quadro 8 - Processo de problematização a respeito das necessidades de saúde



Fonte: Paim e Almeida-Filho (2014).

Paim (1980) amplia a discussão a respeito da diferença entre as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, confusão que é promovida por interesses políticos e econômicos que incentivam a crença de que a boa saúde depende apenas de ter serviços de saúde disponíveis, base da medicalização da sociedade e da acumulação do capital. Assim, enquanto as necessidades de serviços de saúde fazem referência a um conceito restrito e vinculado à existência de doenças, as necessidades de saúde apontam a um ideal mais abrangente, como fica evidente na ideia de “qualidade de vida” ou de “bom viver”.

Em um nível mais operativo, Porto (1998) identificou os principais indicadores empregados para dimensionar as necessidades de saúde, agrupando-os em três dimensões: perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico. No primeiro, encontra-se a distribuição por sexo e idade, pois supõe-se que grupos determinados da população possuem maiores necessidades de saúde; no entanto, esses indicadores apenas consideram as variações biológicas. Quanto ao perfil epidemiológico, identificou a taxa de mortalidade na medida com que guarda certa relação com a morbidade de algumas doenças; não obstante, as críticas apontam à não distinção entre a mortalidade de doenças agudas e doenças crônicas. No perfil

socioeconômico, utilizam-se variáveis de educação, emprego, saneamento básico e o PIB, porém apresentam falências quando são aplicados em comunidades com alta desigualdade social.

No caso do Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Avançada (IPEA), tem proposto indicadores que pretendem analisar as desigualdades sociais em saúde, conformando cinco dimensões dessas desigualdades: oferta (recursos humanos e capacidade instalada), acesso e utilização dos serviços, financiamento, qualidade da atenção, situação da saúde, e saúde e condições de vida (NUNES et al., 2001).

3 METODOLOGÍA

Em seguida serão apontados os componentes da estratégia metodológica pela geraram-se informações pertinentes aos propósitos da investigação e atingiram-se objetivos propostos ao início da pesquisa. Concretamente, serão detalhados os elementos técnicos que fornecem a base dos resultados; dentre esses, as variáveis submetidas à análise, as fontes das informações e os procedimentos da análise.

3.1 Tipo de estudo

O estudo corresponde a uma pesquisa quantitativa. Os métodos quantitativos dimensionam as propriedades dos objetos, segundo sua magnitude, grau ou tipologia (ASÚN, 2006). Neste caso, o objeto de análise corresponde ao GAPS. Trata-se de um estudo descritivo-analítico; o caráter descritivo está dado pela quantificação simples do GAPS durante o período considerado; o caráter analítico está justificado pela comparação feita entre os dois governos e pela correlação entre o GAPS e variáveis *proxies* das necessidades de saúde. O estudo é de natureza retrospectiva, dado que a análise se concentra no período 2010-2017.

A pesquisa emprega dados secundários disponibilizados por fontes oficiais. Para Cea (2001) esta técnica faz parte da estratégia “uso fontes documentais e estatísticas”. Trata-se da análise de informações já obtidas antes da pesquisa, cuja produção original não necessariamente teve o mesmo propósito do estudo em andamento. As estadísticas publicadas por organismos públicos ou privados são as principais fontes empregadas nessa estratégia de investigação. Uma das desvantagens das fontes documentais e estatísticas é sua inadequação, pois geralmente os dados disponibilizados estão desagregados de forma diferente aos requerimentos da pesquisa; em compensação, algumas das vantagens são o baixo custo, o registro de acontecimentos do passado, e a utilidade em estudos que pretendem estabelecer comparações e tendências.

3.2 Lócus da pesquisa

O lócus da pesquisa é o Chile. Esse país localiza-se no hemisfério ocidental e meridional da América Latina, limitando ao norte com o Peru, e ao este com a Bolívia e a

Argentina. Conta com uma superfície de 2.006.096 km² e uma longitude de 8.000 km⁹ (INE, 2016). Segundo as estimativas do “*Instituto Nacional de Estadísticas*” (INE), no ano de 2017, o Chile possuiu uma população de 18.371.917 de pessoas no território nacional, sendo 51% mulheres e 49% homens; no ano 2020, 88% da população estava no meio urbano e 12% no meio rural (INE, 2014).

O país foi recentemente classificado de ingresso alto pelo BM. Baseando-nos no indicador do PIB *per capita*¹⁰, no ano de 2016, o Chile possui USD 15.020 (WB, 2017). Esses mesmos dados indicam que, apesar de o Chile se encontrar sobre a média do continente (USD 9.274), continua distante dos níveis dos membros da OCDE (USD 38.311).

Em relação à evolução da pobreza, o país destaca-se positivamente. As informações fornecidas pelo “*Ministerio de Desarrollo Social*” (MDS), através da “*Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)*”¹¹, mostram uma forte redução depois do término da ditadura militar: entre os anos 1990 de 2011 a pobreza caiu de 38% para 14%, enquanto a pobreza extrema diminuiu de 13% para 2,8% (MDS, 2012). Ao analisar a distribuição da renda, observa-se que o país mostra alguns avanços leves. Conseguiu-se reduzir levemente o Coeficiente de Gini (CG), desde 1990 (0,4999) até 2015 (0,482) (MDS, 2016). As comparações da CEPAL, colocam o Chile numa melhor condição que a média da América Latina (ECLAC, 2016).

3.3 Unidades de análises

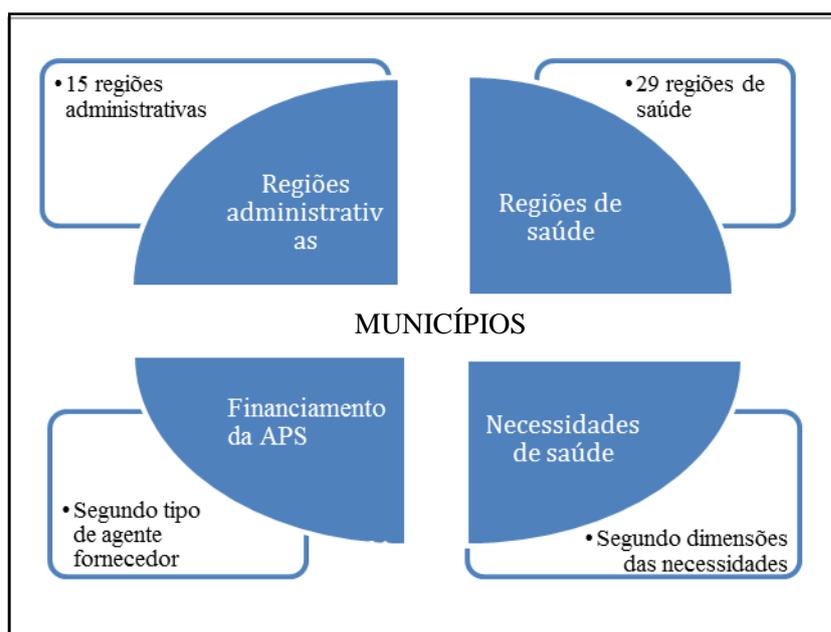
As unidades mínimas de análises correspondem aos municípios do Chile (345). Para cada um deles foram coletadas as variáveis incorporadas ao estudo. Os municípios do Chile, dadas as características do processo de descentralização, agrupam-se segundo regiões administrativas e de saúde. O Quadro 9 mostra a conformação das unidades de análises, tanto em relação às informações coletadas, quanto à agrupação por regiões.

Cada um dos 345 municípios pertence a uma das 29 regiões de saúde e a uma das 16 regiões de administrativas. Assim, em cada município foi quantificado o GAPS e os *proxies* das necessidades de saúde.

⁹ Chile possui território no Antártica e na Oceania (Isla de Pascua), além do território continental na América Latina.

¹⁰ Os dados apresentados correspondem ao PIB *per capita*, expressados como \$USD em preços constantes do ano de 210. O PIB *per capita* corresponde ao produto interno bruto de cada país dividido pela quantidade de população à metade do ano. Por sua vez, o produto interno bruto, é a somatória total do valor de todas as transações econômicas de bens e serviços no país, agregando o valor dos impostos e diminuindo os subsídios.

¹¹ A “*Encuesta CASEN*” é o principal instrumento do governo para conhecer a situação socioeconômica das famílias. Desde o ano 2003 as aplicações são feitas a cada três anos. A última medição foi em 2015.



Quadro 9 - Conformação das unidades de análises do estudo

Fonte: elaboração própria.

3.3.1 Desagregação territorial das unidades de análises

Os municípios representam o órgão político-administrativo de cada cidade, e é governado por um prefeito e vários vereadores, cujo número depende da quantidade de população. A administração da APS é uma das funções desenvolvidas pelos municípios.

A pesar de possuir uma gestão autônoma, os municípios pertencem à divisão política-administrativa do Chile, que considera 15 regiões administrativas, e 54 províncias, além dos 345 municípios (SUBDERE, 2008). As regiões administrativas são lideradas pelo Intendente, quem atua como o representante do Presidente da República na localidade.

As regiões de saúde fazem parte, especificamente, da divisão territorial da rede pública do setor. Atualmente contabilizam-se 29 regiões de saúde e são lideradas por um diretor institucional, que deve gerir a rede dos serviços públicos, incluindo hospitais e centros ambulatoriais. Geograficamente, é possível estabelecer uma relação entre regiões administrativas, mais amplas, e as regiões de saúde nelas localizadas. No Quadro 10 mostra-se a distribuição entre regiões administrativas e de saúde, observando-se que nem sempre elas coincidem, pois, em 6 regiões administrativas existem mais de uma região de saúde. O quadro mostra as regiões segundo o ordenamento geográfico, de norte a sul.

Quadro 10 - Agrupamento das unidades de análises

Regiões administrativas	Regiões de saúde	Número de municípios
Región de Arica y Parinacota	Servicio de Salud de Arica	4
Región de Tarapacá	Servicio de Salud de Iquique	7
Región de Antofagasta	Servicio de Salud de Antofagasta	9
Región de Atacama	Servicio de Salud de Atacama	9
Región de Coquimbo	Servicio de Salud de Coquimbo	15
Región de Valparaíso	Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio	8
	Servicio de Salud Vina del Mar-Quillota	18
	Servicio de Salud de Aconcagua	10
Región Metropolitana	Servicio de Salud Metropolitano-Norte	9
	Servicio de Salud Metropolitano-Occidente	15
	Servicio de Salud Metropolitano Central	4
	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	8
	Servicio de Salud Metropolitano Sur	10
Región del Libertador Bernardo O Higgins	Servicio de Salud de O Higgins	33
Región del Maule	Servicio de Salud del Maule	30
Región del Biobío	Servicio de Salud de Concepción	8
	Servicio de Salud de Arauco	7
	Servicio de Salud Talcahuano	4
	Servicio de Salud del Bio Bio	14
Región del Nuble	Servicio de Salud Nuble	21
Región de la Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Norte	11
	Servicio de Salud Araucanía Sur	21
Región de los Ríos	Servicio de Salud de Valdivia	12
Región de los Lagos	Servicio de Salud de Osorno	7
	Servicio de Salud de Reloncaví	13
	Servicio de Salud de Chiloé	10
Región de Aysén	Servicio de Salud de Aysén	11
Región de Magallanes	Servicio de Salud de Magallanes	11

Fonte: elaboração própria baseada em Gattini (2015).

3.4 Método de coleta dos dados

A coleta dos dados financeiros foi feita com auxílio do modelo das Contas Nacionais em Saúde (“*National Health Accounts*” – NHA), o qual adota os princípios do “*System of Health Accounts*” (SHA) e a classificação do “*International Classification for Health Accounts*” (ICHA). O modelo do NHA distingue quatro entidades no fluxo dos recursos financeiros: as fontes do financiamento, que são as entidades que fornecem os recursos para saúde; os agentes do financiamento, que podem ser caracterizados como intermediários, pois, recebem os fundos e os usam para gerar as ações, serviços ou bens em saúde; os provedores, que são os receptores finais dos recursos e fornecedores diretos das ações e serviços de saúde; e finalmente as funções, que se referem às ações providas com os fundos empregados (PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS, 2003).

O modelo do NHA materializa-se em quatro tabelas, que mostram a passagem dos recursos de uma entidade para outra. As tabelas são as seguintes: fontes do financiamento por

agentes do financiamento, agentes do financiamento por provedores das atenções, agentes do financiamento por funções, e provedores das atenções por funções (PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS, 2003). Este estudo empregou a Tabela 1 (fontes do financiamento por agentes), adaptando-a à realidade do financiamento das APS no Chile. Diferenciou-se entre fontes nacionais e fontes municipais; os agentes correspondem aos municípios e às regiões de saúde.

A Tabela 1 do NHA, adaptada ao financiamento da APS no Chile, mostra-se no Quadro 11. No lugar dos agentes, os dados foram preenchidos para cada município e região de saúde, diferenciando entre fontes nacionais e municipais. As regiões de saúde recebem fundos exclusivamente do nível nacional. A casela “Total da região de saúde 1” considera a soma dos fundos recebidos pelos municípios e pela região de saúde, sendo o total do GAPS na região. A fila localizada depois dos municípios corresponde aos fundos geridos apenas por estes, sendo o total do GAPSM na região. Desta forma, o GAPSM está contido no GAPS.

O total de gasto nacional corresponderá à soma de cada uma das 29 regiões de saúde do Chile.

Quadro 11 - Tabela de coleta dos dados financeiros

AGENTES			FONTES		
			Nacionais	Municipais	Total
Região administrativa	Região de Saúde 1	Município 1	A	B	A + B
		Município 2	C	D	C + D
		Município 3	E	F	E + F
		GAPSM	A+C+E	B+D+F	A+B+C+D+E+F
		Região de Saúde 1	G		G
		GAPS	A+C+E+G	B+D+F	Total GAPS região de saúde 1

Fonte: elaboração própria com base em MINSAL (2018a).

3.5 Fontes das informações

As informações coletadas seguem a proposta de Nunes et al., (2001) que identifica vários indicadores em cada uma das dimensões das desigualdades de saúde. Na dimensão

“acesso”, foi empregada a variável consultas médicas em APS (CMAPS) por habitante; na dimensão “financiamento”, foi estimado o GAPS e GAPSM *per capita*; na dimensão “situação de saúde”, a variável Taxa de Mortalidade Infantil (TMI); na dimensão “saúde e condições de vida”, as variáveis Pobreza por Renda (PR) e Pobreza Multidimensional (PM).

As fontes empregadas correspondem ao “*Sistema Nacional de Información Municipal*” (SINIM), que leva o registro dos recursos destinados aos municípios; o MDS, que é o encarregado de gerar informações socioeconômicas, para a tomada de decisão das políticas públicas; e o MINSAL, que disponibiliza a informação de saúde por regiões e municípios. Existe também a dimensão “oferta dos serviços de saúde”, que mostra a capacidade de fornecer os serviços em cada território. Neste caso, a disponibilidade de serviços confunde a análise, pois localidades que contam com uma oferta maior receberão maiores recursos para financiar os mesmos. Interessa conhecer se para localidades com “oferta semelhante” existem diferenças do gasto *per capita*. Para isto foi empregada a variável “número de estabelecimentos ambulatoriais”, separando a distribuição dos casos segundo a mediana.

Quadro 12 - Indicadores incorporados ao estudo segundo fontes empregadas

Dimensão da desigualdade	Variável	Fonte
Acesso / utilização dos Serviços de Saúde	Consultas médicas em APS (CMAPS) por habitante	SINIM
Financiamento	Gasto per capita com saúde	SINIM
Situação de saúde	Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	MINSAL
Saúde e condições de vida	% da população em pobreza multidimensional (PM)	MDS
	% da população em pobreza por rendas (PR)	MDS

Fonte: elaboração própria baseada em Nunes et al., (2001).

Na dimensão “saúde e condições de vida”, foram incorporadas duas variáveis relacionadas ao desenvolvimento social: PR e PM. Esta última corresponde a uma mudança recente do MDS quanto à necessidade de medir a pobreza de maneira mais abrangente, sem restringi-la à questão das rendas e incorporando outras tipologias de carências. No Quadro 13, apresentam-se as dimensões e os indicadores considerados na estimativa desta variável.

Quadro 13 - Indicadores considerados na estimação do PM

Dimensão	Indicador	População de referência	Carência
Educação	Assistência	Pessoas de 4 a 18 anos de idade (e pessoas inválidas de 6 a 26 anos)	Não está frequentando um estabelecimento educacional nem começou ensino médio
	Retraso escolar	Estudantes do ensino básico e médio	Se encontra atrasado dois ou mais anos de estudo
	Anos de escolaridade	Pessoas de 18 ou mais anos	Tem conseguido menos anos de estudo dos estabelecidos legalmente (segundo sua idade)
Saúde	Malnutrição em crianças	Crianças de 0 a 6 anos	Se encontra desnutrido, em risco de desnutrição, sobrepeso ou obesidade
	Cobertura do sistema de saúde	Toda a população	Não pertence a nenhum sistema de saúde e não possui um seguro complementar
	Atenção em saúde	Pessoas que necessitaram de atenção médica ou estão em tratamento por alguma patologia AUGE-GES	Não recebeu atenção de saúde nos últimos três meses e não teve cobertura do sistema AUGE-GES por razões além da sua vontade
Trabalho e seguridade social	Tipo de ocupação	Pessoas de 18 anos ou mais	Está desempregado
	Seguridade social	Pessoas de 15 anos ou mais ocupadas (excluídos trabalhadores/as independentes com educação superior completa)	Não contribui para o sistema da previdência social
	Aposentadorias	Pessoas em idade de se aposentar (que não recebem ingressos por aluguel, retiro de utilidades, ou interesses)	Não recebe aposentadoria contributiva nem não contributiva
Moradia e entorno	Habitabilidade	Total da população	A casa tem cinco ou mais pessoas por quarto. Pessoas morando numa vivenda precária ou em mal estado
	Serviços básicos	Toda a população	Reside numa casa sem serviços sanitários básicos
	Entorno	Toda a população	Reside numa casa próxima de problemas meio ambientais ou não dispõe de serviços públicos a menos de uma hora de viagem
Redes e coesão social	Apoio e participação social	Toda a população	Nenhum dos membros da casa maiores de 14 anos de idade participa em organizações sociais ou laborais. A casa não tem disponível redes de apoio para qualquer situação
	Trato Ameno	Toda a população	Algum integrante da família tem sido discriminado injustamente nos últimos 12 meses
	Segurança	Toda a população	Algum integrante tem vivido ou visto tráfico de drogas ou tiros nos últimos 12 meses constantemente

Fonte: MDS (2017).

3.6 Técnicas de análise dos dados

Para responder aos primeiros dois objetivos específicos, empregaram-se gráficos de barras e linhas que mostram a evolução do GAPS e GAPSM, em termos totais e *per capita*, entre 2010 e 2017. Foi estimada a taxa de variação percentual para um dos governos analisados. Também foram usadas tabelas para representar a desagregação por tipo de fontes e agentes. Para responder ao terceiro objetivo específico, empregou-se o coeficiente de correlação de Spearman Braund. Este coeficiente possui uma amplitude de -1 a +1. Ao estar mais próximo dos extremos, maior é a força da correlação; ao contrário, um valor 0 indica inexistência absoluta da correlação.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1

GASTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (GAPS) EM DOIS GOVERNOS DO CHILE APÓS DITADURA (2010-2017)

Fabián Andrés Moraga Cortés

Thereza Christina Bahia Coelho

Clara Aleida Prada Sanabria

RESUMO

Desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo promovida por diferentes órgãos internacionais como componente essencial dos sistemas de saúde, realçando a importância da suficiência e pertinência dos recursos financeiros. No caso chileno, a gestão da atenção primária foi municipalizada durante a ditadura e mantida pelos governos posteriores, com algumas reformas. O objetivo do trabalho foi estimar e analisar o Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) no Chile, durante os governos de Sebastián Piñera e Michelle Bachelet. A coleta dos dados financeiros foi orientada pelo Modelo de Contas Nacionais em Saúde (NHA) e posteriormente os valores foram deflacionados segundo o Índice de Preços do Consumidor (IPC). A principal fonte das informações foi o Sistema Nacional de Informação Municipal (SINIM). Os resultados mostram que no período houve aumento permanente do GAPS; entretanto, a média de variação percentual foi um pouco maior no primeiro governo (11,6% ao ano) do que no segundo (9,8% ao ano). A percentagem do GAPS em relação ao Gasto Público com Saúde foi (GPS) quantificada em 21,4% para os oito anos, tendo poucas variações. A região metropolitana de Santiago concentra a maior proporção do GAPS, mas ao ser a mais populosa do país o gasto *per capita* diminui consideravelmente. A diferença entre regiões com GAPS *per capita* altos e baixos está ampliando-se.

PALAVRAS CHAVE: Financiamento, Atenção Primária à Saúde, Gasto em Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO

Desde a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata em 1978, a APS considerou-se a função principal e núcleo fundamental dos sistemas nacionais de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, espaço privilegiado para a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e para promover a participação social, procurando diminuir as desigualdades sociais (OMS, 1978). Dois anos depois, foi centro da estratégia para atingir a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, que esteve baseada na consolidação de sistemas nacionais de saúde mediante programas universais que incluíssem a promoção e prevenção (OMS, 1981).

Na primeira década do século XX, com o conceito “APS Renovada” afirma-se que os sistemas de saúde baseados na APS devem orientar suas funções e estruturas nos valores da equidade, solidariedade, e garantindo o direito a ter o melhor nível possível de saúde. Os princípios fornecem a base do sistema, encontrando-se a capacidade de responder às necessidades de saúde, serviços orientados à qualidade, responsabilidade dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação social e intersetorialidade. Dentre os elementos centrais estão a cobertura e acesso universal, integralidade das ações, políticas pro equidade, além dos recursos financeiros suficientes e adequados (OPAS-OMS, 2007).

Mais recentemente o fortalecimento dos sistemas de saúde por meio da APS também foi sugerido, em outubro de 2011, na Declaração Política do Rio de Janeiro sobre DSS (OMS, 2011). Posteriormente, na Declaração de Astana destaca-se a importância da APS para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e para a consecução da cobertura universal (OMS, 2018).

As vantagens da APS têm sido amplamente documentadas na literatura internacional. Barbara Starfield (2002a) apontou que, ao final dos anos 80, sistemas orientados fortemente à APS conseguiam diminuir as desigualdades sociais em saúde, possuíam melhores indicadores sanitários, com um custo *per capita* mais baixo, e com ótimos níveis de satisfação das pessoas. Posteriormente, essa conclusão foi respaldada com maiores evidências, inclusive para os países de renda média e baixa (STARFIELD, 2002b, 2012). No trabalho de Rohde et al., (2008) analisaram-se os 30 países com maiores progressos após Alma Ata, dos quais 14 conseguiram uma APS integral, sendo as nações com melhores logros sanitários e governança da saúde.

As experiências de alguns países na região das Américas também mostram os benefícios de políticas orientadas pela APS (ALMEIDA et al., 2018). No Brasil, vários estudos reportam resultados positivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na queda da mortalidade infantil e na redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, entre outros (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; DOURADO et al., 2011; HONE et al., 2017; ROSSELA; AQUINO; BARRETO, 2010). No Canadá, observou-se que nas regiões com maior número de médicos de APS as crianças tinham menor utilização desnecessária das salas de emergências; outro exemplo está representado por Cuba, que consegue indicadores de saúde próprios dos países desenvolvidos (ALMAGUER et al., 2005; GUTTMANN et al., 2010).

Na região, durante a década dos anos 2000, governos de esquerda e centro-esquerda implantaram políticas de saúde inspiradas na concepção da APS abrangente presente na Declaração de Alma Ata, realçando a garantia da integralidade na atenção e a equidade em saúde; inclusive, em sete dos doze países da América do Sul, a APS concebe-se como a base dos sistemas universais de saúde; em casos como Bolívia, Equador e Venezuela a essas concepções foram acrescentadas a questão da interculturalidade. As mudanças ao modelo de atenção, com foco na conformação de equipes multiprofissionais para o trabalho com a comunidade e a família, a territorialização das ações, e a institucionalização de instâncias de participação social, também são elementos compartilhados nas políticas dos diferentes países (GIOVANELLA; FIDELIS, 2017).

O nível nacional, representado pelo Ministério da Saúde, frequentemente é o órgão encarregado da direção da política de APS; as exceções são Argentina, onde as províncias possuem grandes níveis de autonomia, e a Colômbia, que não tem consolidado uma política nacional de atenção primária na legislação nacional (GIOVANELLA et al., 2015a).

Quanto ao financiamento, usualmente a APS é financiada da mesma modalidade que o sistema de saúde, e apenas no Brasil não existem aportes das contribuições sociais sobre a folha dos salários. Ao considerar só as fontes públicas, na maioria dos países a responsabilidade financeira é do nível nacional; entretanto, no Brasil e no Chile os municípios fazem aportes destinados à APS; em Peru e Bolívia existem aportes dos seguros sociais focados na população pobre; e na Colômbia os serviços de primeiro nível recebem fundos do nível nacional, municipal e dos seguros contributivos e subsidiados (GIOVANELLA et al., 2015b).

As transferências desde o nível central aos órgãos subnacionais são feitas por meio de programas específicos (Argentina, Equador, Venezuela), a través de um cálculo *per capita* da população dos municípios (Chile e Brasil) ou por repasses diretos segundo o orçamento geral do Ministério da Saúde (Paraguai, Uruguai e Suriname); além disso, na Bolívia e Peru as transferências *per capita* são feitas aos municípios, mas, devendo ser direcionadas aos seguros para problemas de saúde específicos que esses países implementaram (GIOVANELLA; FIDELIS, 2017). Por outro lado, a prestação é feita pelos municípios nos casos do Chile, da Colômbia e do Brasil, ao tempo que instâncias subnacionais prestam serviços na Argentina, Equador e Bolívia, além de que o Ministério da Saúde também atua como prestador no Uruguai, Paraguai, Guyana e Venezuela (GIOVANELLA et al, 2015b).

Os resultados dos estudos estão mostrando que governos de esquerda ou centro-esquerda da região, na década dos anos 2000, introduziram mudanças à política de saúde de atenção primária, tentando incorporar a conceptualização da APS abrangente presente na declaração de Alma Ata; porém, essas tentativas foram obstaculizadas, pela herança de uma proteção social à saúde fortemente segmentada (GIOVANELLA et al., 2015a, 2015b; GIOVANELLA; FIDELIS, 2017). Os mesmos trabalhos também sugerem que o panorama da América do Sul mostra uma vinculação entre sistemas universais de saúde e maiores sucessos na consecução de uma APS integral, ao tempo que sistemas de saúde baseados em seguros, públicos ou privados, com populações e cestas de serviços restritas, encaminham seus esforços para uma APS seletiva (LABONTÉ et al., 2009).

No caso chileno, a política dos governos após ditadura considerou o fortalecimento da APS, sendo prioritários os âmbitos de melhora da administração dos serviços, financiamento, e ampliação da cobertura aos territórios rurais (CAPILLAY, 2018). A municipalização da APS, instaurada pela ditadura, foi mantida. Existe evidência apontando que a administração dos dispositivos de APS por parte dos municípios aprofundou a desintegração da rede de atenção, aumentou o gasto administrativo, promoveu maiores iniquidades entre municípios pobres e ricos, deteriorou a infraestrutura física e os equipamentos das unidades, além prejudicar a estabilidade laboral dos profissionais e técnicos (MONTROYA-AGUILAR, 2008; SEPÚLVEDA, 2004; GOIC; ARMAS, 2003). Vale destacar a análise de Tetelboin (2003), para quem a municipalização da APS concebeu-se como uma estratégia intermédia para uma futura privatização dos serviços, além de conter o gasto do nível nacional e dividir as organizações políticas dos trabalhadores da saúde.

Desde 2005, foi implementado o Modelo de Atenção Integral de Saúde Familiar e Comunitária (MAIS), orientado por três princípios: atenção centrada no usuário, integralidade da atenção e continuidade do cuidado, além de nove eixos de ação que recolhem o conteúdo de Alma Ata (MINSAL, 2013; DOIS; BRAVO; SOTO, 2017). O MAIS considera um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes das unidades de saúde, destinadas a atingir os princípios e eixos definidos. Entretanto, paralelamente, aprovaram-se as leis que originaram a política de Acesso Universal com Garantias Explicitadas (AUGE), criando garantias de atenção que podem ser exigidas pelos pacientes. Esta política tem foco na resolução da doenças e prejudicou a integração da rede de atenção ao diferenciar entre pacientes “AUGE” e “NÃO AUGE” (BASS DEL CAMPO, 2012; ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018).

Instrumentos avaliativos reportaram 56% de cumprimento do MAIS no âmbito nacional, existindo piores níveis em municípios pequenos, com população rural e maior percentagem de pobreza; por outro lado, não existiu relação estatisticamente significativa com a variável gasto em saúde (GARCÍA-HUIDOBRO et al., 2018). O novo modelo teve como antecedente a reconversão das unidades de saúde tradicionais em Centros de Saúde Familiar (CESFAM) desde 1997, conformando equipes multiprofissionais com população a cargo e prioridade nas ações preventivas (TÉLLEZ, 2006).

O Chile apresenta os obstáculos identificados em relação à consolidação da APS: hospitalocentrismo, fragmentação das ações, e mercantilização dos serviços. Os frequentes anúncios governamentais de construção de hospitais, políticas públicas com foco na resolução de doenças, e atenções desnecessárias com alto custo são exemplos desses obstáculos (OMS, 2008; ROSAS; NARCISO; CUBA, 2013; CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC, 2014). Por outro lado, a educação médica está excessivamente focada na formação de especialistas no âmbito hospitalar (PARADA-LEZCANO; ROMERO; MORAGA, 2015, 2016).

Dado estes antecedentes, é preciso avaliar a pertinência do financiamento da APS. O objetivo deste trabalho foi estimar e analisar a evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS), durante o primeiro governo de Sebastián Piñera (2010-2013) e o segundo governo da ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017). Interessa quantificar o GAPS total e *per capita*, dimensioná-lo com alguns indicadores relevantes, conhecer sua distribuição regional e algumas medidas de desigualdade de recursos financeiros.

O governo de Piñera, de direita, enfrentou fortes mobilizações dos estudantes universitários nas ruas, exigindo educação de qualidade, com financiamento público, e sem

lucro privado. Segundo Mayol (2013), estas mobilizações evidenciaram a crise de legitimação do modelo de economia social de mercado imposto na ditadura. Por sua vez, o segundo governo de Bachelet, que teve uma orientação de centro-esquerda, enfrentou os desafios de incorporar as demandas dos movimentos sociais com uma coalisão política fraca e fortemente dividida (MAYOL, 2014). O incremento dos recursos financeiros à APS foi comprometido nos programas de governo dos dois governantes (COALICIÓN POR EL CAMBIO, 2009; NUEVA MAYORÍA, 2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso quantitativo, descritivo-analítico e retrospectivo. Os estudos quantitativos correspondem a uma estratégia de investigação que associa números às propriedades dos casos da pesquisa segundo sua magnitude, grau ou tipologia, empregando procedimentos estadísticos para manipular e interpretar as informações (ASÚN, 2006). Ao ser um estudo descritivo, procura-se detalhar as características de determinado fenômeno (o financiamento da APS no Chile) através da coleta de dados empíricos pertinentes às dimensões do objeto de estudo (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA, 2007). O caráter retrospectivo está dado porque os fatos registrados aconteceram previamente ao desenvolvimento da pesquisa e, por tanto, são independentes ao controle do pesquisador.

Já o componente analítico é dado pela comparação do financiamento da APS em dois governos identificados com diferentes posicionamentos políticos, onde se buscou identificar diferenças significativas que pudessem ser atribuídas à gestão.

A coleta dos dados financeiros foi orientada pelo modelo das Contas Nacionais em Saúde (“*National Health Accounts*” – NHA), o qual adota os princípios do “*System of Health Accounts*” (SHA) e a classificação do “*International Classification for Health Accounts*” (ICHA). O modelo do NHA distingue quatro entidades no fluxo dos recursos financeiros: as fontes do financiamento, que são as entidades que fornecem os recursos para saúde; os agentes do financiamento, que podem ser caracterizados como intermediários, pois, recebem os fundos e os usam para gerar as ações, serviços ou bens em saúde; os provedores, que são os receptores finais dos recursos e fornecedores diretos das ações e serviços; e finalmente as funções, que se referem às ações providas com os fundos empregados (PARTNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS, 2003).

O modelo do NHA materializa-se em quatro tabelas que registram a passagem dos recursos de uma entidade para outra. A Tabela 1 foi a empregada neste estudo e mostra o

fluxo dos recursos das fontes para os agentes. Aplicada ao modelo de financiamento da APS no Chile, distinguiu-se entre fontes nacionais e municipais. Os agentes correspondem aos municípios e às regiões de saúde. Estas últimas são as instituições encarregadas da gestão clínica da rede pública de maior complexidade, e administram a atenção primária naqueles poucos estabelecimentos que não foram municipalizados durante a ditadura.

A principal fonte das informações financeiras foi o Sistema Nacional de Informação Municipal (SINIM). Esta plataforma dispõe de informação sobre as funções desenvolvidas pelos municípios em várias áreas, além da gestão da atenção primária. Particularmente, foram extraídas as variáveis “Receita total em saúde” e “Aporte municipal ao setor saúde” para cada ano entre 2010 e 2017. Pese a que estas informações se referem às receitas de cada município para atenção primária, são um bom *proxy* do gasto na medida em que os municípios recebem parcelas mensais sob a condição de rendimento de contas dos repasses prévios. Além disso, essas informações permitem conhecer a desagregação por fontes, permitindo o uso do modelo do NHA. Isto não teria sido possível apenas com as despesas.

No período, houve quatro municípios que não declararam os gastos ao SINIM. Em dois deles, as informações foram obtidas das contas públicas do município que os prefeitos apresentam anualmente à comunidade. Estes documentos geralmente são disponibilizados na internet. Nos outros dois municípios, os dados foram estimados segundo a variação percentual dos anos nos quais declararam efetivamente as informações. Isto foi possível dado que os dados faltantes se referiam apenas a um ano da série.

No caso dos recursos repassados para as regiões de saúde, que não declaram seus gastos ao SINIM, a informação do gasto em atenção primária foi obtida das leis de orçamentos do governo nacional para cada ano. Este gasto não está desagregado por municípios, pelo qual a desagregação do gasto pode ser analisada até as regiões de saúde.

A soma dos gastos geridos pelos municípios e pelas regiões de saúde conformam o GAPS. Para dimensioná-lo foram usados o Gasto Total com Saúde (GTS) e o Gasto Público com Saúde (GPS); o primeiro corresponde ao montante de recursos que o país destina para saúde, independentemente do tipo de fontes, e o segundo considera apenas os recursos vindos de fontes públicas. No caso chileno, este último inclui a arrecadação fiscal que financia instituições públicas de saúde, além das contribuições sociais dos filiados ao FONASA. Foram obtidos os valores anuais para o período 2010-2016. O ano 2017 não estava disponibilizado ainda, pelo qual foi estimado segundo o valor do ano 2016, adicionando a média de variação do período.

O GAPS também foi comparado com o Gasto do Governo Geral (GGG), o Gasto dos Governos Municipais (GGM) e o Produto Interno Bruto (PIB). Os dois primeiros são a somatória das despesas dos respectivos governos e incluem todos os setores, além da saúde. Entende-se que o governo geral abrange as instâncias nacionais e subnacionais, pelo qual o GGM está contido no GGG (DIPRES, 2018). O PIB é a soma de todos os bens e serviços produzidos pelo país em um determinado período e é considerado uma medida de desenvolvimento econômico.

As fontes destas informações foram o Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, a Direção de Orçamentos do governo (DIPRES) e o Banco Central do Chile (BCCH).

A estimação do GAPS *per capita* considerou três tipos de população: população total (PT), população filiada ao seguro público de Saúde (FONASA) (PFF) e a população registrada nos estabelecimentos de atenção primária municipal (PAPM). A primeira corresponde aos habitantes totais de determinado município ou região; a segunda às pessoas cobertas pelo setor público de saúde, sem plano privado; a terceira às pessoas inscritas anualmente nos estabelecimentos de APS sob gestão municipal. Estas últimas constituem a fonte para a estimação dos repasses aos municípios. Para ter acesso às atenções por morbidade é preciso ser parte da PAPM; entretanto, as atenções preventivas e promocionais consideradas no MAIS estão destinadas à população total.

As fontes para determinar os três tipos de populações foram o Instituto Nacional de Estadísticas (INE), o mesmo FONASA e o próprio SINIM.

A análise do GAPS foi desagregada para regiões de saúde e regiões administrativas. Estas últimas fazem parte da divisão político-administrativa do poder executivo e são lideradas por um intendente regional que atua como representante do presidente da república sob o território. As regiões de saúde seguem um ordenamento territorial parecido com as regiões administrativas, mas, em algumas das regiões administrativas mais populosas existem várias regiões de saúde. Esta desagregação faz com que existam 16 regiões administrativas e quase o dobro de regiões de saúde (29). As regiões de saúde são encarregadas da gestão em rede dos estabelecimentos públicos, incluindo os serviços de atenção primária geridos pelos municípios.

A análise dos dados financeiros considerou a deflação dos valores segundo o Índice de Preços ao Consumidor (IPC) com valores ao ano inicial da série analisada (2010) para anular

o efeito de desvalorização posterior do dinheiro. Os seguintes indicadores também foram deflacionados segundo o IPC: PIB, GGG, GGM, GTS, GPS.

Os dados foram expressos em pesos chilenos (CLP). Para uma melhor compreensão, o GAPS que inclui mais de um ano foi representado em trilhões, as cifras anuais em milhões e as cifras *per capita* apenas em pesos chilenos. A análise considerou a média anual de variação percentual, o *ranking* de gasto, e a distribuição regional das despesas. Para a análise de desigualdade de recursos financeiros, considerou-se as diferenças entre valores mínimos e máximos e as diferenças das médias entre os decis 1 e 10.

RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra um crescimento permanente do GAPS em todo o período. Em valores nominais, o gasto aumentou de CLP\$ 701.942 milhões para CLP\$ 1.742.914 milhões, entre 2010 e 2017, implicando um aumento de 2,5 vezes. Em valores deflacionados, o incremento foi de 2 vezes, passando de CLP\$ 701.942 milhões para CLP\$ 1.418.156 milhões. Esta última mudança também pode ser expressa em um incremento percentual de 102%. O GAPS acumulado nos oito anos de estudo foi quantificado, em valores deflacionados, em CLP\$ 8,3 trilhões. Deste montante de recursos, 60% (CLP\$ 5,0 trilhões) foi gasto durante o governo de Michelle Bachelet e 40% (CLP\$ 3,3 trilhões) no governo de Sebastián Piñera.

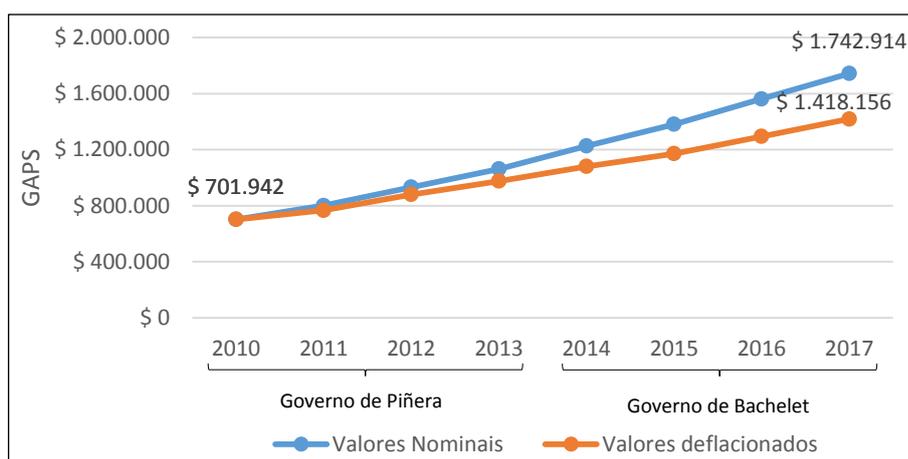


Gráfico 1 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) no Chile, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Considerando apenas os valores deflacionados, a taxa média de variação foi de 10,6% ao ano. O Gráfico 2 mostra o GAPS em valores deflacionados e a taxa de variação, evidenciando as diferenças entre os dois governos. O ritmo de crescimento foi maior no

período de Sebastián Piñera, registrando-se uma variação de 11,6% ao ano. Entre 2010 e 2011, o GAPS cresceu 9,4%; entre 2011 e 2012, apresentou-se o maior incremento do período analisado, de 14,7%; e entre 2012 e 2013, a taxa foi de 10,8%. Destaca-se que, por se localizar ao início da série, o cálculo da variação durante o governo de Sebastián Piñera, foi baseado em três medições, sendo o ano 2010 o momento inicial dos registros.

Durante o governo de Michelle Bachelet, a média de variação foi menor, situando-se em 9,8% ao ano. Entre 2013 e 2014, o ritmo de variação continuou com a tendência dos anos anteriores, situando-se em 10,7%. Entretanto, entre 2014 e 2015, registrou-se o incremento mais baixo do período, com 8,4%. Nos anos seguintes, a variação é maior, mas, não consegue se aproximar ao nível máximo observado no pico do primeiro governo. Entre 2015 e 2016, o aumento foi de 10,5% e entre 2016 e 2017 foi de 9,5%.

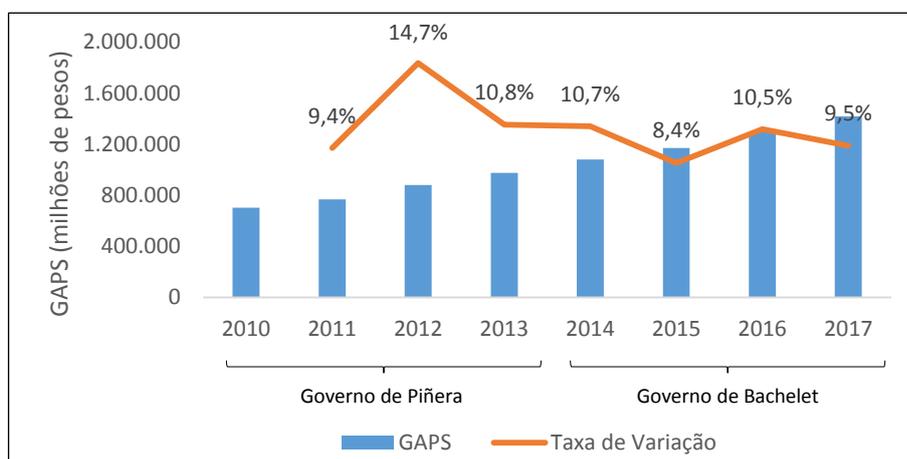


Gráfico 2 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) em valores deflacionados e taxa média de variação percentual, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

A composição do GAPS para o período 2010-2017, segundo fontes e agentes, é mostrado na Tabela 1. As fontes nacionais foram maioritárias, sendo quantificadas em CLP\$ 7,4, trilhões nos oito anos, o que equivale a 88,7% do GAPS. As fontes municipais forneceram CLP\$ 0,9 trilhões, representando 11,4% do GAPS.

Os municípios foram os principais agentes, dado que geriram a maior seção das despesas, CLP\$ 7,4 trilhões, representando 88,8% do GAPS; as regiões de saúde geriram CLP\$ 0,9 trilhões, representando 11,2% do GAPS.

Tabela 1 - Composição do GAPS segundo fontes e agentes em valores deflacionados, 2010 a 2017

Anos	Fontes	Agentes
------	--------	---------

	Fontes Nacionais		Fontes Municipais		Municípios		Regiões de saúde	
	GAPS	%	GAPS	%	GAPS	%	GAPS	%
2010	\$ 627.128	89,3%	\$ 74.814	10,7%	\$ 624.238	88,9%	\$ 77.704	11,1%
2011	\$ 685.245	89,3%	\$ 82.391	10,7%	\$ 690.204	89,9%	\$ 77.431	10,1%
2012	\$ 786.880	89,4%	\$ 93.552	10,6%	\$ 774.071	87,9%	\$ 106.362	12,1%
2013	\$ 872.630	89,4%	\$ 103.198	10,6%	\$ 856.637	87,8%	\$ 119.191	12,2%
2014	\$ 961.407	89,0%	\$ 119.001	11,0%	\$ 953.703	88,3%	\$ 126.705	11,7%
2015	\$ 1.009.735	86,2%	\$ 161.780	13,8%	\$ 1.049.341	89,6%	\$ 122.175	10,4%
2016	\$ 1.142.533	88,2%	\$ 152.530	11,8%	\$ 1.150.627	88,8%	\$ 144.435	11,2%
2017	\$ 1.271.200	89,6%	\$ 146.956	10,4%	\$ 1.265.725	89,3%	\$ 152.431	10,7%
Total	\$ 7.356.758	88,7%	\$ 934.222	11,3%	\$ 7.364.546	88,8%	\$ 926.434	11,2%

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Cabe destacar que o incremento do GAPS também é observado em termos *per capita*. O Gráfico 3 mostra a evolução do GAPS *per capita* segundo PT, PFF e PAMP.

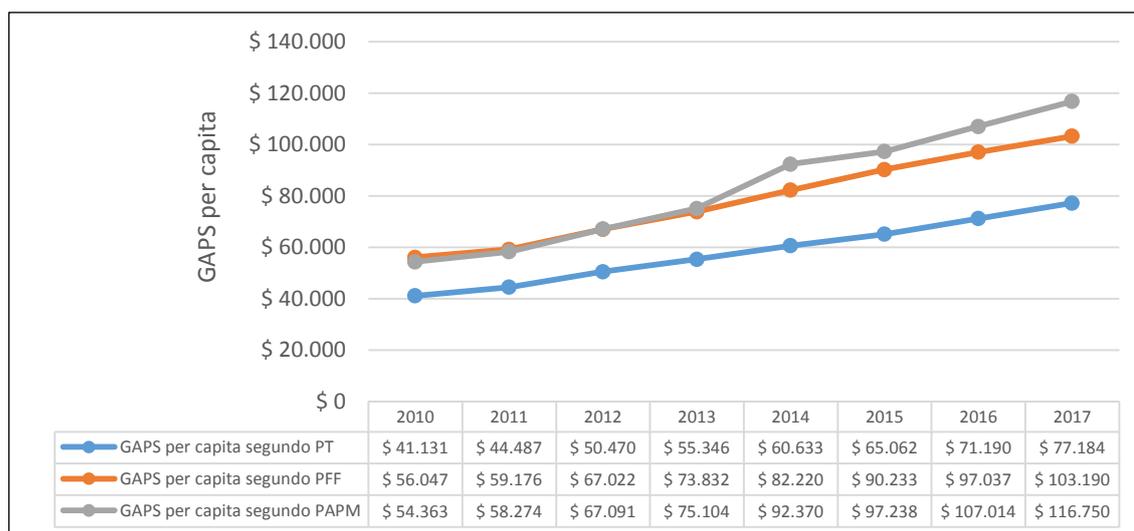


Gráfico 3 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* no Chile segundo População Total (PT), População Filiada ao FONASA (PFF) e População registrada nos estabelecimentos de Atenção Primária Municipal (PAMP) em valores deflacionados, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria com base em SINIM (2018), INE (2018), FONASA (2018).

A evidência mostra que o GAPS *per capita* segundo a PT é menor ao ser comparado com o GAPS *per capita* baseado na PFF e na PAMP, dado que as duas últimas fazem um subconjunto da primeira. Em 2017, o GAPS *per capita* calculado segundo a PT foi 66% do GAPS *per capita* baseado na PAMP. Tal como foi apontado na metodologia, a PAMP constitui a base para uma das transferências do Nível Central aos municípios, através da metodologia *per capita*, e constitui um requisito para acessar aos serviços de atenção por morbidade. Entretanto, as atenções preventivas e promocionais contidas no MAIS devem ser fornecidas a toda a população dos municípios. Assim, na prática, a existência da PAMP

incentiva a focalização dos serviços apenas na população registrada, pois são as pessoas consideradas no cálculo dos repasses. Desta maneira, as atenções não curativas ficam sem prioridade.

Levando em conta a PT, o GAPS *per capita* aumentou de CLP\$ 41.131 para CLP\$ 77.184, entre 2010 e 2017, representando um acréscimo de 2,1 vezes.

O GAPS *per capita* segundo PT e a taxa de variação é mostrada no Gráfico 4. No período do governo de Piñera o GAPS *per capita* aumentou, em média, 10,4% ao ano. No governo de Bachelet o aumento foi de 8,7% ao ano. Entre 2011 e 2012, registrou-se o pico de crescimento, com 13,4%.

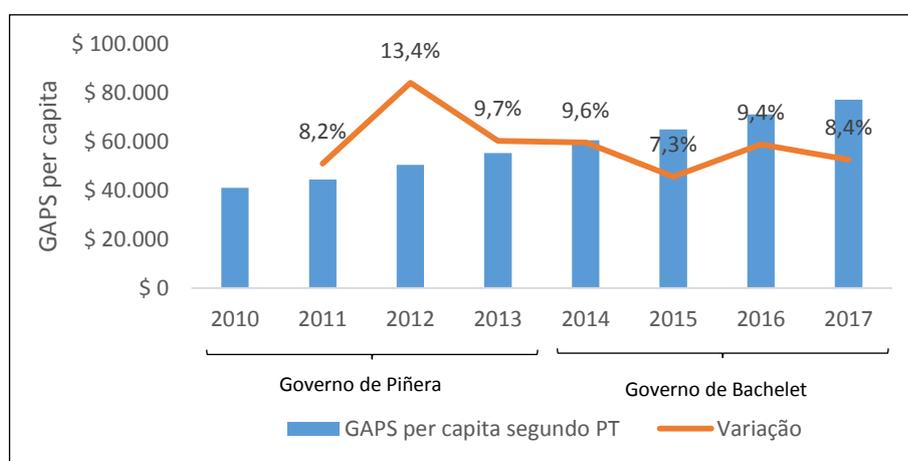


Gráfico 4 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* segundo População Total (PT) em valores deflacionados e taxa de variação percentual, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Tal como foi apontado, o PIB é um bom indicador para dimensionar a parcela da riqueza do país que é destinada para uma determinada finalidade. O Gráfico 5 apresenta a percentagem que representa o GAPS, entre 2010-2017. Observa-se um incremento permanente desta proporção, que passou de 0,6%, em 2010, até 1,0%, em 2017. A média de variação da percentagem do PIB destinado para APS foi de 6% ao ano para a série inteira, sendo 7% ao ano durante o governo de Piñera e 5,9% ao ano durante o governo de Bachelet.

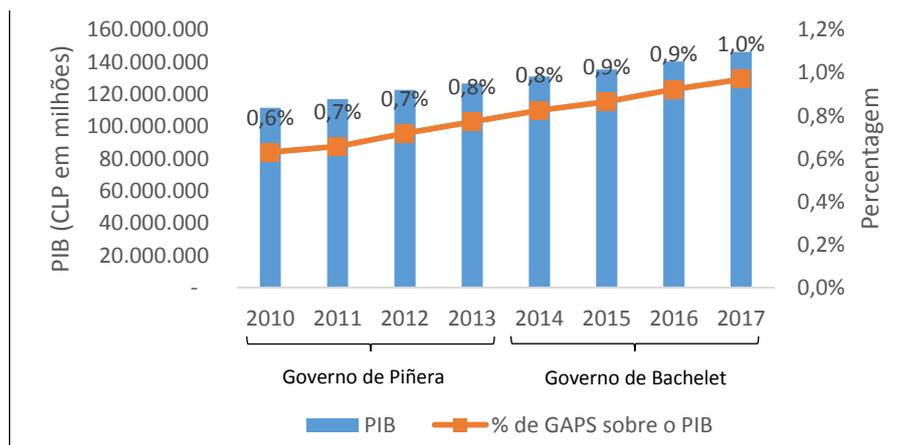


Gráfico 5 - Evolução do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) como percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018) e BCCH (2018).

Em 2017, o GAPS representou 1% do PIB; entretanto, no mesmo ano, fontes oficiais reportaram que o GTS representou 8,5% do PIB (MINSAL, 2018a). Esta comparação permite afirmar que o GAPS constitui uma parcela minoritária em comparação ao total dos recursos destinados para a saúde.

A Tabela 2 mostra a evolução de indicadores empregados para dimensionar o GAPS. No nível nacional, encontram-se GGG, GTS e GPS; no nível municipal, GGM.

Tabela 2 - Evolução do Governo Geral (GGG), Gasto Total em Saúde (GTS), Gasto Público em Saúde (GPS) e Gasto dos Governos Municipais (GGM) em valores deflacionados, 2010 a 2017

Anos	Nível Nacional			Nível Municipal
	GGG	GTS	GPS	GGM
2010	\$ 26.053.547	\$ 7.553.818	\$ 3.558.552	\$ 3.312.849
2011	\$ 26.664.553	\$ 7.913.627	\$ 3.731.939	\$ 3.248.911
2012	\$ 28.376.019	\$ 8.615.072	\$ 4.129.750	\$ 3.648.049
2013	\$ 29.242.567	\$ 9.395.489	\$ 4.491.284	\$ 3.925.963
2014	\$ 31.139.651	\$ 10.190.344	\$ 4.879.408	\$ 4.328.390
2015	\$ 33.713.224	\$ 11.202.254	\$ 5.395.150	\$ 4.727.385
2016	\$ 35.539.500	\$ 11.933.532	\$ 5.939.541	\$ 5.189.693
2017	\$ 37.225.164	\$ 12.998.325	\$ 6.586.077	\$ 5.389.018
Total	\$ 247.954.224	\$ 79.802.461	\$ 38.711.700	\$ 33.770.259

Fonte: DIPRES (2018) e MINSAL (2018b).

Sendo assim, a Tabela 3 mostra a percentagem do GAPS calculado sobre estes indicadores. O GAPS representou 3,3% do GGG para todo o período, passando de 2,7% em

2010 para 3,8% em 2017. O GAPS também foi quantificado em 10,4% do GTS, o qual mostra um acréscimo de 9,3% em 2010 para 10,9% em 2017.

O GAPS como proporção do GPS apresenta o menor aumento dos quatro indicadores; passou de 19,7%, em 2010, para 21,5%, em 2017, tendo sido quantificado em 21,4% para todo o período. A média de variação deste indicador foi apenas 1% ao ano, tendo dois momentos em que se registrou uma leve diminuição; entre 2014 e 2015, quando representou 22,1% e 21,7%, respectivamente; e também entre 2016 e 2017, quando passou de 21,8% para 21,5% respectivamente.

Por outro lado, o GAPS foi estimado em 24,6% do GGM para os oito anos. Registrou-se um aumento, passando de 21,2% em 2010 para 26,3% em 2017. O maior incremento observou-se entre 2010 e 2011, quando se estimou em 21,2% e 26,3% respectivamente. A média de variação para os oito anos foi 3% ao ano.

Tabela 3 - Proporção do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) sobre Gasto do Governo Geral (GGG), Gasto Total em Saúde (GTS), Gasto Público em Saúde (GPS) e Gasto dos Governos Municipais (GGM), 2010 a 2017

Anos	Nível Nacional			Nível Municipal
	GAPS/ GGG	GAPS/ GTS	GAPS/ GPS	GAPS/ GGM
2010	2,7%	9,3%	19,7%	21,2%
2011	2,9%	9,7%	20,6%	23,6%
2012	3,1%	10,2%	21,3%	24,1%
2013	3,3%	10,4%	21,7%	24,9%
2014	3,5%	10,6%	22,1%	25,0%
2015	3,5%	10,5%	21,7%	24,8%
2016	3,6%	10,9%	21,8%	25,0%
2017	3,8%	10,9%	21,5%	26,3%
Total	3,3%	10,4%	21,4%	24,6%

Fonte: Elaboração própria com base em SINIM (2018), DIPRES (2018) e MINSAL (2018b).

A Tabela 4 apresenta a distribuição do GAPS segundo regiões administrativas no início e término do período analisado, 2010 e 2017. Acrescenta-se o *ranking* que as regiões administrativas ocuparam em relação ao conjunto. Este *ranking* foi estabelecido na ordem descendente para o ano 2017, onde o lugar 1 é ocupado pela região com maior gasto e a posição 16 pela região com menores despesas.

Tabela 4 - Distribuição do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) segundo regiões administrativas, 2010 e 2017

Região	2010			2017		
	GAPS	%	Ranking	GAPS	%	Ranking
Metropolitana	\$ 271.994	39	1	\$ 506.809	36	1
Biobío	\$ 63.264	9	3	\$ 139.078	10	2
Valparaíso	\$ 70.421	10	2	\$ 134.677	9	3
Maule	\$ 45.895	7	4	\$ 104.120	7	4
Araucanía	\$ 44.231	6	5	\$ 95.048	7	5
Los Lagos	\$ 39.153	6	6	\$ 88.615	6	6
Libertador B.O.	\$ 33.812	5	7	\$ 71.202	5	7
Coquimbo	\$ 27.201	4	8	\$ 60.269	4	8
Ñuble	\$ 24.499	3	9	\$ 49.260	3	9
Los Ríos	\$ 17.456	2	11	\$ 40.133	3	10
Antofagasta	\$ 18.196	3	10	\$ 35.323	2	11
Tarapacá	\$ 14.356	2	12	\$ 27.835	2	12
Atacama	\$ 11.249	2	13	\$ 24.984	2	13
Arica y Parinacota	\$ 8.141	1	14	\$ 19.279	1	14
Magallanes	\$ 7.199	1	15	\$ 14.681	1	15
Aysén	\$ 4.875	1	16	\$ 6.843	0	16
Total	\$ 701.942	100	-	\$ 1.418.156	100	-

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Observam-se poucas mudanças em relação ao padrão de gasto entre os dois anos. As regiões “*Metropolitana*”, “*Valparaíso*” e “*Biobío*” mantiveram-se como as três regiões com maior GAPS, nos dois anos. Em 2010, elas representaram 58% do GAPS e, em 2017 55%. Neste último ano, tiveram um GAPS de CLP\$ 506.809 milhões, CLP\$ 134.677 milhões e CLP\$ 139.078 milhões respectivamente. A região Metropolitana teve a proporção mais alta do GAPS nos dois anos, concentrando acima de 30%.

Diferentemente, as regiões com menor gasto foram “*Aysén*”, “*Magallanes*” e “*Arica e Parinacota*”, que não conseguiram superar, em conjunto, 3% do GAPS. Trata-se das regiões mais extremas do país, as duas primeiras localizadas no território pertencente à Patagônia chilena, e a última faz fronteira com o Perú, no extremo norte do país. Esta constatação pode estar evidenciando uma concentração do GAPS nas regiões administrativas mais próximas da zona metropolitana do país.

Quatro regiões administrativas mostraram mudanças no *ranking* de gasto entre os dois anos. Melhoraram sua posição a região “*Los Ríos*” e “*Biobío*”; a primeira passou da posição 11 para a 10, e a segunda passou do lugar 3 para o 2. Pioraram as posições no *ranking*

a região de “Antofagasta” e “Valparaíso”; a primeira passou de ocupar a posição 10 para a 11 e a segunda mudou do lugar 2 para o 3.

Entretanto, o tamanho populacional das regiões faz mudar o ordenamento do *ranking* de gasto. A Tabela 5 apresenta o GAPS *per capita* segundo regiões administrativas e o *ranking*, em 2010 e 2017. Neste caso, há evidência de mudanças mais marcantes no decorrer do período. A região de “Aysén”, apesar de ter aumentado seu GAPS *per capita* de CLP\$ 47.149 para CLP\$ 62.048, apresenta uma forte queda no *ranking*, pois, em 2010, ocupava a posição 4, e em 2017 a 15. No último ano, esta região passa a ser uma das que possui um GAPS *per capita* mais baixo. As regiões de “Tarapacá” e “Arica e Parinacota” apresentam mudanças mais leves entre os dois anos; a primeira aumentou o gasto *per capita* de CLP\$ 48.243 para CLP\$ 78.917, implicando piorar sua posição no *ranking* ao passar da posição 3 para a 8. A região de “Arica y Parinacota”, em 2010, tinha um GAPS *per capita* de CLP\$ 37.190 e, em 2017, registrou CLP\$ 78.011, melhorando a posição ao passar do lugar 15 para 9. No restante das regiões as mudanças no *ranking* GAPS *per capita* foram menores, inclusive, 2 delas mantiveram a posição do início.

Tabela 5 - Distribuição do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* segundo regiões administrativas considerando a População Total (PT), 2010 e 2017

Região	2010		2017	
	GAPS <i>per capita</i>	Ranking	GAPS <i>per capita</i>	Ranking
Los Lagos	\$ 48.423	2	\$ 103.805	1
Ñuble	\$ 51.839	1	\$ 101.019	2
Maule	\$ 45.654	6	\$ 98.456	3
Los Ríos	\$ 44.747	8	\$ 97.861	4
Araucanía	\$ 46.195	5	\$ 94.861	5
Magallanes	\$ 45.026	7	\$ 88.338	6
Biobío	\$ 40.247	10	\$ 84.116	7
Tarapacá	\$ 48.243	3	\$ 78.917	8
Arica y Parinacota	\$ 37.190	15	\$ 78.011	9
Atacama	\$ 38.626	12	\$ 77.882	10
Libertador B.O.	\$ 38.529	13	\$ 76.178	11
Coquimbo	\$ 38.269	14	\$ 75.871	12
Valparaíso	\$ 40.551	9	\$ 72.420	13
Metropolitana	\$ 39.489	11	\$ 67.731	14
Aysén	\$ 47.149	4	\$ 62.048	15
Antofagasta	\$ 31.576	16	\$ 55.111	16
Total	\$ 41.131	-	\$ 77.184	-

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Em 2017, os valores *per capita* mais baixos corresponderam à região “*Antofagasta*”, “*Aysén*” e “*Metropolitana*”, com um GAPS *per capita* de CLP\$ 55.111, CLP\$ 62.04, e CLP\$ 67.731, respectivamente. Diferentemente, o maior gasto *per capita* correspondeu às regiões de “*Los Lagos*”, “*Ñuble*” e “*Maule*”. Estas regiões apresentam um GAPS *per capita* em torno de CLP\$ 100.000.

A região “*Metropolitana*” apresenta uma alta concentração do GAPS total, mais ao obter os valores de CAPS *per capita*, passa a ser uma zona com baixo gasto, por ser a mais populosa do país. Assim, os recursos totais são gastos em uma maior quantidade de habitantes. Certamente, em 2017, esta região ocupava a primeira posição de GAPS total, porém, quase a última quando os dados são divididos pela PT.

O caso contrário apresenta-se na região de “*Magallanes*”, que se encontra dentre as que possuem um baixo GAPS total, ocupando a posição 15 em 2017, mas, quando os dados são obtidos em valores *per capita*, localiza-se dentre as seis regiões com maior GAPS *per capita*.

Diferente é o caso da região de “*Maule*”, que, em 2017, encontra-se entre as que possuem um GAPS total elevado, e ao obter as cifras *per capita* mantem-se com um alto gasto. Certamente, aparece como a terceira com maior gasto *per capita*.

Estas evidências sugerem que regiões com GAPS relativamente alto e menos populosas do que a zona metropolitana de Santiago, têm um melhor equilíbrio entre repasses e habitantes, obtendo os melhores valores *per capita*, comparativamente.

A Tabela 6 apresenta indicadores de desigualdade dos recursos financeiros para regiões de saúde e administrativas. Em 2010, o GAPS *per capita* da região de saúde com maior gasto representou 2,5 vezes fundos destinados à região com menor gasto, ao tempo que a relação entre o decil 1 e o 10 foi de 1,9 vezes. O primeiro indicador foi constantemente aumentando, até alcançar, em 2017, 3,6 vezes. A relação entre os decis, mesmo se ampliando progressivamente, teve um avanço mais leve; em 2017, 10% das regiões de saúde com maiores despesas tiveram um GAPS *per capita* que representou 2,3 vezes os recursos repassados às regiões de saúde com menor gasto.

Tabela 6 - Indicadores de desigualdade do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) *per capita* para regiões administrativas e de saúde, 2010 a 2017

Anos	Regiões de Saúde		Regiões administrativas	
	Quociente min/máx.	Quociente d10/d1	Quociente min/máx.	Quociente d10/d1
2010	2,5	1,9	1,6	1,5

2011	2,7	1,9	1,7	1,5
2012	2,7	2,0	1,7	1,5
2013	3,2	2,1	1,8	1,6
2014	3,2	2,1	1,7	1,6
2015	3,3	2,2	1,7	1,6
2016	3,2	2,1	1,6	1,6
2017	3,6	2,3	1,9	1,7

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Ao analisar o gasto desagregado segundo regiões administrativas, os dados mostram diferenças leves entre as localidades de menor e maior gasto *per capita*, e também menores mudanças ao comparar as cifras, entre 2010 e 2017. No último ano, a região administrativa com maior GAPS *per capita* teve recursos que foram 1,9 vezes dos destinados à região administrativa com pior GAPS *per capita*, ao tempo que 10% das regiões com maior GAPS *per capita* tiveram repasses que representaram 1,7 vezes dos repassados às regiões com menores GAPS *per capita*.

Os dois indicadores empregados mostram, entre 2010 e 2017, uma ampliação das diferenças para as regiões administrativas com melhor e pior GAPS *per capita*. Tal comprovação sugere que a alocação de recursos está sendo cada vez mais desigual. Por outro lado, as diferenças de gasto tendem a aumentar quando os repasses são desagregados para unidades de análises menores; por exemplo, em 2017, quando a análise considera regiões administrativas, a relação entre valores máximos e mínimos foi de 1.9 vezes; mas, sobe para 3,6 vezes se os repasses são diferenciados ao nível das regiões de saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou o GAPS em dois governos chilenos após ditadura: o primeiro governo do ex presidente Sebastián Piñera (2010-2013), conformado por uma coalisão de partidos políticos de centro-direita; e o segundo governo da ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017), de orientação centro-esquerda.

O total de gasto, acumulado nos oito anos, foi de CLP\$ 8,3 trilhões, em valores deflacionado. Em 2010, o GAPS foi de CLP\$ 701.942 milhões e, em 2017, foi de CLP\$ 1.418.156 milhões. A variação para o período inteiro foi de 10,6% ao ano, sendo maior durante o governo de Sebastián Piñera (11,6%) ao compará-lo com o governo de Michelle Bachelet (9,8%). Chama a atenção esta diferença no ritmo de gasto, dado que o governo de direita aumentou o GAPS mais do que o governo de esquerda. Entretanto, a sociedade chilena

após ditadura caracteriza-se pela despolitização da vida pública e pela massificação do consumo baseado no crédito como médio de integração social (MOULIAN, 2002). Sendo assim, a discussão em torno dos fins sociais deixou de ser orientada pela confrontação entre atores representantes de projetos políticos diferentes e passou a ser ditado pelo discurso econômico hegemônico, de clara orientação neoliberal. Consequentemente, as categorias de esquerda e direita, entendidas da forma tradicional, deixaram de ser um fator diferenciador das políticas sociais.

O incremento do GAPS, em valores nominais, quantificado neste estudo (2,5 vezes) foi menor que os achados entregues por Debrot e Ibáñez (2014), que observaram um incremento de 3,3 vezes, considerando os valores nominais, entre 2003 e 2013. Trata-se de um período de tempo diferente do analisado neste trabalho, porém, a comparação com um período de tempo mais amplo mostra que o incremento de 2,5 vezes foi menor do que o observado em anos prévios. A “*Dirección de Presupuestos*”, instituição encarregada da programação financeira do governo nacional, quantificou a evolução do valor *per capita* empregado para calcular os repasses aos municípios, estabelecendo 5% de incremento, entre 1997 e 2004; entretanto, esta cifra aumentou para 9% durante a discussão da reforma de saúde aprovada em 2005 (DIPRES, 2013). Possivelmente, já passados quase 20 anos da aprovação da reforma, o ritmo de crescimento diminuiu, o que explica o menor incremento estimado neste estudo.

A variação de 10% ao ano observada nesta pesquisa foi menor do que a cifra informada pela DIPRES (14%) (DIPRES, 2013). Destaca-se que o cálculo feito pela instituição de governo abrangeu o período de 1990 até 2012; além disso, não incluiu os aportes vindos das fontes municipais. Apesar destas diferenças metodológicas, pode-se afirmar que o ritmo de crescimento evidenciado neste estudo foi menor do que o observado nas décadas de 90 e 2.000.

Segundo a DIPRES, em 2012, o GPS representou 20% do GTS (DIPRES, 2013). A cifra calculada neste estudo, para o mesmo ano, foi similar (21%). Além disso, a proporção do GAPS sobre GTS foi quantificada em torno de 10%. Estas cifras mostram a pouca prioridade da APS na distribuição nacional dos recursos. O anterior não é concordante com a evidência internacional, que assinala que sistemas com uma atenção primária robusta conseguem resolver 80% dos problemas de saúde na atenção primária (GIRALDO; VÉLEZ, 2013; SAGREDO, 2009). Certamente, estudos antigos já quantificaram, na década dos anos 90, na

América Latina, que a grande maioria dos egressos hospitalares correspondiam a problemas de saúde que poderiam ter sido resolvidos na APS (CASTELLANOS, 1997).

Evidentemente, esta contradição entre o nível do GAPS e a importância sanitária da APS é apenas um dos fatores que dificultam a sua consolidação. O Chile apresenta os obstáculos que têm sido reportados mundialmente para o desenvolvimento da APS: hospitalocentrismo, fragmentação das ações, e mercantilização dos serviços (OMS, 2008; ROSAS; NARCISO; CUBA, 2013). Os frequentes anúncios governamentais de construção de hospitais, políticas públicas com foco na resolução de doenças e as elevadas cifras de cesáreas em prestadores privados são manifestações desses fatores (CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC, 2014). Por outro lado, a educação médica está excessivamente concentrada na formação de especialistas no âmbito hospitalar e existem resistências dos atores educativos à mudança desse paradigma (PARADA-LEZCANO; ROMERO; MORAGA, 2015, 2016).

A diferença entre um GAPS *per capita* baseado na PT, menor do que o gasto *per capita* baseado na população registrada nas unidades de saúde, faz parte das distorções acarretadas pelos sistemas de seguros. Tem sido estudado que sistemas que promovem o livre mercado, como o caso chileno, possuem dificuldades maiores para a expansão da APS, dada a composição público-privada da rede de prestadores e da população pertencente aos diversos tipos de seguros (OPAS, 2010; PÉREZ; ARRIVILLAGA, 2017). A ruptura entre a provisão e o financiamento dos serviços é apontado como um desafio para a consecução das RISS (OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013). No caso chileno, esta ruptura está representada por uma rede pública de saúde que tenta expandir políticas de fortalecimento da APS, a exemplo do MAIS, porém, mantendo um esquema de seguros privados de saúde. O anterior dificulta a coordenação e a territorialização da rede de serviços de saúde, dentre outros atributos de sistemas baseados na APS (STARFIELD, 2002b).

Chama a atenção a alta proporção do GAPS em relação ao GGM. Entretanto, o Chile destaca-se por ser um país com baixa descentralização dos recursos financeiros. Horsh (2010) estabeleceu que no Chile o GGM representa 12% do GGG, sendo uma cifra menor em comparação com os países unitários membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde a média de patamar é de 30%. Sendo assim, o baixo gasto dos governos municipais faz com que a proporção do GAPS seja maior.

Finalmente, é preocupante a constatação de que as diferenças entre as regiões com altos e baixos gastos está ampliando-se. Apesar dessa evidência não ser suficiente para

afirmar que contribui para as iniquidades de saúde, outorga uma primeira provocação para seu estudo posterior.

CONCLUSÃO

Embora que o GAPS apresente um incremento permanente, entre 2010-2017, tanto em valores nominais quanto em valores deflacionados, o ritmo de crescimento foi levemente superior no primeiro governo do que no segundo. Entretanto, o aumento do gasto foi menor do que os resultados dos reportes oficiais, que consideraram um período prévio ao abordado neste estudo. O GAPS foi estimado em torno de 20% do GPS e 10% do GTS. Também foi observado uma ampliação das diferenças regionais do GAPS *per capita*. Estas constatações respaldam a conclusão de que o incremento do GAPS ainda é insuficiente e existem dúvidas razoáveis em relação à equidade na sua distribuição.

Dentre as fortalezas deste estudo estão o fato de basear-se na metodologia do NHA, que permitiu a coleta das informações financeiras distinguindo entre fontes e agentes. Isto é relevante, na medida de que os reportes da DIPRES consideram as fontes nacionais, sem considerar as fontes municipais. Se bem que estas representam em torno de 11% do GAPS, sua inclusão neste estudo dá maior exatidão aos resultados achados. Dentre as limitações encontram-se seu caráter descritivo, que não permite afirmar relações de causalidade entre os fenômenos estudados.

Este estudo comprovou que as diferenças do GAPS entre governos são mínimas. Deste ponto de vista, é sugerido para outros estudos considerar não apenas as mudanças nas coalizões dos governos, mas também a comparação de políticas que intervenham na APS. No caso chileno, a implantação do MAIS, ou da Reforma de Saúde AUGE, constituem bons exemplos para futuras investigações.

REFERÊNCIAS

ALMAGUER, M. et al. Primary health care strategies for the prevention of end-stage renal disease in Cuba. **Kidney International**, v. 68, n. 97, p. 4-10, aug 2005.

ALMEIDA, G. et al. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, n. 104, p. 1-6, 2018.

- ALMEIDA, P.; OLIVEIRA, S.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência e saúde coletiva**, Santiago do Chile, v. 23, n. 7, p. 2213-2228, jul 2018.
- ASÚN, R. Medir la Realidad Social. El sentido de la metodología cuantitativa. In: CANALES, M. **Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2006. p. 31-61.
- BASS DEL CAMPO, C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? **Medwave**, Santiago de Chile, v. 12, n. 11, p. 1-12, dic 2012.
- CAMPILLAY, M. **¿Salud para todos? La Atención Primaria de Salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018**. 1. ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2018.
- CASTELLANOS, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. **Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 82, n. 6, p. 478-492, 1997.
- CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC. **Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema chileno**, 2014. Disponível em: <<https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>>. Acesso em: 12 set 2018.
- COALICIÓN POR EL CAMBIO. **Programa de gobierno para el cambio, el futuro y la esperanza. Chile 2010-2014**, 2009. Disponível em: <<https://www.archivochile.com/entrada.html>>. Acesso em: 12 out 2018.
- DIPRES. **Sistema Público de Salud. Situación actual y proyecciones fiscales**, 2013. Disponível em: <<http://www.dipres.gob.cl/598/w3-search.php>>. Acesso em: 12 set 2018.
- DOIS, A.; BRAVO, P.; SOTO, G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 145, n. 1, p. 879-887, jul 2017.
- DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical care**, Philadelphia, v. 49, n. 6, p. 579-584, jun 2011.
- FONASA. **Boletín Estadístico 2016-2017**, 2018. Disponível em: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>>. Acesso em: 14 ago 2018.
- GARCÍA-HUIDOBRO, D. et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-9, 2018.
- GIOVANELLA, L. et al. Atención Primaria en Salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: GIOVANELLA, L. **Atención Primaria en Salud en Suramérica**. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015a. p. 23-58.
- GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 115, p. 300-322, abr/jun 2015b.
- GIOVANELLA, L.; FIDELIS, P. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-21, out 2017.

GIRALDO, A.; VÉLEZ, C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Atención Primaria**, v. 45, n. 7, p. 384-392, ago-sep 2013.

GOIC, A.; ARMAS, R. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. **Revista médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 131, n. 7, p. 788-798, jul 2003.

GUTTMANN, A. et al. Primary Care Physician Supply and Childrens Health Care Use, Access, and Outcomes: Findings From Canada. **Pediatrics**, v. 125, n. 6, p. 1119-1126, jun 2010.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. **Fundamentos de metodología de la investigación**. 1. ed. Madrid: McGraw-Hill, 2007.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1-19, mai 2017.

HORST, B. **Fuentes de financiamiento de gobiernos subnacionales y descentralización fiscal**, 2010. Disponible em: <https://lyd.org/other/files_mf/SIE-202-Fuentes-de-Financiamiento-de-Gobiernos-Subnacionales-y-Descentralizacion-Fiscal-BHorst-En.pdf>. Acceso em: 12 ene 2019.

INE. **Proyecciones de población comunal 1992-2050**, 2018. Disponible em: <<https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acceso em: 12 ago 2018.

LABONTÉ, R. et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. **Gerencia Política y Salud**, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 14-29, ene/jun 2009.

MAYOL, A. **El derrumbe del modelo, la crisis de la economía de mercado en el Chile contemporáneo**. 2. ed. Santiago de Chile: LOM, 2013.

MAYOL, A. **La Nueva Mayoría y el fantasma de la Concertación. Cambios estructurales o la medida de lo posible**. 1. ed. Santiago de Chile: CEIBO, 2014.

MINSAL. **Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria**, 2013. Disponible em: <http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf>. Acceso em: 12 Enero 2018.

MONTOYA-AGUILAR. Atención Primaria de Salud. Alma Ata una otra vez y la experiencia de Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 48, n. 3, p. 147-154, sep 2008.

MOULIAN, T. **Chile actual, anatomía de un mito**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2002.

NUEVA MAYORIA. **Chile de todos. Programa de gobierno de Michelle Bachelet 2014-2018**, 2013. Disponible em: <<http://www.subdere.gov.cl/sala-de-prensa/programa-de-gobierno-michelle-bachelet-2014-2018-2>>. Acceso em: 12 out 2018.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 114-129, ene-jun 2013.

OMS. **Declaração de Alma Ata**, 1978. Disponible em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en>. Acceso em: 12 Janeiro 2018.

OMS. **Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000**, Ginebra, 1981. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/197241>>. Acesso em: 1 ago 2017.

OMS. **Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf>. Acesso em: 12 Agosto 2018.

OMS. **Declaración de Astana sobre Atención Primaria de Salud**: desde Alma Ata hasta la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=717-declaracion-de-astana-sobre-atencion-primaria-de-salud-desde-alma-ata-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible&category_slug=politicas-siste>. Acesso em: 22 dic 2018.

OMS-OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, Washington DC, 2007. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965>. Acesso em: 14 jan 2017.

OPAS. **Redes integradas de serviços de saúde. Conceitos, opções de políticas, e folha de rota para sua implementação nas américas**, 2010. Disponível em:

<https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307>. Acesso em: 12 ago 2018.

PARADA, M.; ROMERO, M.; MORAGA, F. Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 143, n. 4, p. 512-519, abr 2015.

PARADA-LEZCANO, M.; ROMERO, M. I.; MORAGA, F. Educación Médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 144, n. 8, p. 1059-1066, ago 2016.

PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS. **Understanding national health accounts: the methodology and implementation process**. 1. ed. Bethesda: Primer for Policymakers, 2003.

PÉREZ, S.-L.; ARRIVILLAGA, M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. **Salutem Scientia Spiritus**, Cali, v. 3, n. 2, p. 32-49, dic 2017.

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **The Lancet**, v. 372, n. ISSUE 9642, p. 950-961, set 2008.

ROSELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and the reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, London, v. 10, n. 380, p. 1-8, jan 2010.

SEPÚLVEDA, C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 43, n. 1, p. 21-35, ago 2004.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primaria, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002a. p. 19-42.

STARFIELD, B. Sistemas de atenção primária em nações ocidentais industrializadas. In: STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002b. p. 565-596.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS REPORT 2012. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 16, n. 1, p. 20-26, sep 2012.

TÉLLEZ, Á. Atención Primaria: factor clave en la reforma de salud. **Temas de la agenda pública**, Santiago de Chile, v. 1, n. 2, p. 1-12, ago 2006.

TETELBOIN, C. **La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990**. 1. ed. Ciudad de México: UAM-X, 2003.

4.2 Artigo 2

EQUIDADE E GASTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB GESTÃO MUNICIPAL (GAPSM) NO CHILE DURANTE 2010-2017

Fabián Andrés Moraga Cortés

Thereza Christina Bahia Coelho

Clara Aleida Prada Sanabria

RESUMO

O sistema de saúde chileno tem sido descrito como dual, onde a maioria da população com piores condições de saúde pertence ao “*Fondo Nacional de Salud*” (FONASA) e a restante é filiada a um conjunto de seguros privados que discrimina segundo risco esperado, chamados “*Instituciones de Salud Previsional*” (ISAPRE). O objetivo deste artigo é explorar as

iniquidades na alocação do Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM). Os dados financeiros foram coletados com auxílio do Modelo de Contas Nacionais em Saúde (NHA) e posteriormente foram deflacionados segundo o Índice de Preços do Consumidor (IPC). No nível regional, o GAPSM foi comparado com a distribuição do Produto Interno Bruto (PIB). Para a análise ao nível municipal, usaram-se quatro indicadores de desigualdades como *proxy* das necessidades de saúde. Empregou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman Braund. Os resultados mostram uma correlação positiva marcada apenas entre o número de consultas médicas por habitante e o GAPS *per capita*. A evidência mostra que a alocação dos recursos financeiros para os municípios é “igualitária”, sem diferenciar entre as condições socio-sanitárias, contribuindo à manutenção das iniquidades em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Equidade, Iniquidade, Gasto em Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O debate em torno da equidade em saúde vem tendo cada vez mais importância no campo da saúde coletiva. As iniquidades em saúde correspondem a desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas. Sendo assim, a “equidade na saúde implica que, idealmente, todos devem ter a oportunidade justa para ter plenamente seu potencial de saúde, e de modo mais pragmático, que ninguém deve estar desfavorecido para obtê-lo, na medida que isso possa se evitar” (WHITEHEAD, 1991, p. 8). São sete os fatores determinantes das desigualdades em saúde, dos quais os primeiros três não geram iniquidades: as variações biológicas ou naturais; as condutas que provocam danos à saúde escolhidas conscientemente; e as vantagens de um grupo para obter uma conduta promotora da saúde mais rápida. Os determinantes geradores de iniquidades correspondem às condutas danosas à saúde, diante as quais a escolha de estilos de vida saudáveis está restrita; a exposição a entorno não saudáveis; acesso inadequado aos serviços de atenção à saúde; e mobilidade social prejudicial para as pessoas doentes (WHITEHEAD, 1991).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a equidade precisa de uma distribuição das oportunidades seguindo as necessidades da população, independentemente dos privilégios que os grupos possam ter; diferenciando entre brechas no estado de saúde e no acesso aos serviços (WHO, 1995). O posicionamento da Organização Pan Americana da Saúde (2000, 2003) respalda a ideia de que uma distribuição igualitária das oportunidades mantém as iniquidades se existe um estado de saúde desigual. Deste modo, defende-se que a equidade implica imparcialidade, pois uma distribuição desigual, que beneficia aos desfavorecidos, orienta-se a corrigir as iniquidades no estado de saúde da população.

Segundo Barata (2009) há sistemas de saúde que potencializam as desigualdades sociais e outros que se orientam a compensá-las. Os primeiros deveriam ofertar serviços iguais para grupos com as mesmas necessidades de saúde (equidade horizontal) e resguardar uma provisão prioritária aos grupos com maiores necessidades (equidade vertical). A mesma autora identifica três níveis de ações em matéria de políticas públicas para redução das desigualdades sociais; 1) políticas macrossociais que modificam a estratificação social; 2) políticas que intervêm na exposição dos grupos sociais a condições não saudáveis ou vulneráveis; 3) políticas que reduzem os impactos negativos das desigualdades.

Nesta linha, Paim (2006) aponta que sistemas universais de saúde, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, se orientados pela equidade, têm o potencial de conseguirem minorar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A experiência brasileira mostra que a diminuição destas desigualdades foi salientada por uma leve diminuição das diferenças regionais nos indicadores de oferta e produção de serviços de saúde, logo após da implantação do SUS (FIDELIS; GIOVANELLA; MATTOS, 2002).

Consequentemente, uma distribuição equânime das oportunidades é orientada a privilegiar aos grupos com maiores necessidades de saúde. Para Paim e Almeida-Filho (2014) deve-se distinguir entre os problemas de saúde, que se definem como a distância entre uma situação desejada e a realidade; as necessidades de saúde, conceito que aponta às condições que possibilitam uma boa saúde; e os determinantes, que visam explicar a determinação da saúde-doença. Uma definição mais precisa acerca das necessidades destaca que elas “podem ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população” (TEIXEIRA, 2010, p. 140).

Este estudo aborda a questão da equidade na alocação dos recursos financeiros destinados para a APS no sistema de saúde chileno. Tal como destaca Fleury (2003, 2008), o

sistema de saúde chileno é de caráter dual, materializado na existência de dois tipos de seguros: o seguro público, dirigido pelo “*Fondo Nacional de Salud*” (FONASA), organizado em uma modalidade de solidariedade social; e o sistema privado, liderado pelas “*Instituciones de Salud Previsional*” (ISAPRE), que oferecem seguros privados de saúde sob uma lógica individual. Segundo Parada (2014b), o seguro público constitui uma modalidade solidária de financiamento, pois o acesso aos serviços não depende do valor da contribuição social; contrariamente, as ISAPRE estabelecem o valor do plano oferecido segundo o risco e quantidade de pessoas filiadas por família, constituindo uma modalidade de seguridade não solidaria.

Estudos estabeleceram as diferenças do gasto *per capita* entre os dois setores. Informações difundidas pelo ministério apontaram que, em 2014, os filiados às ISAPRE tiveram um gasto *per capita* 2,7 vezes maior em comparação aos do FONASA, com uma média de \$1.146.336 (USD 1.910) e \$411.720 (USD 686) respectivamente¹² (CHILE, 2017). Também se observou que, para 2003, 38% dos recursos totais que o país tem disponíveis é gasto em 21% da população assegurada pelas ISAPRE, enquanto que 62% dos recursos destina-se para a atenção de 79% das pessoas pertencentes ao FONASA (CID et al., 2006).

Quanto à cobertura dos setores, quantificou-se que, em 2015, o FONASA forneceu uma cobertura de 77% e as ISAPRE 15% (MDS, 2016a). Outras fontes oficiais dimensionaram, para 2016, uma cobertura de 74% e 18%, respectivamente (FONASA, 2017). Detectou-se altos níveis de segmentação por gasto esperado e rendas, pois, a população com maiores necessidades de saúde tende a se concentrar no FONASA (VERGARA-ITURRIAGA; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, 2006). No primeiro decil de renda, o FONASA e as ISAPRE tiveram uma cobertura de 93% e 2%, respectivamente (MDS, 2016a). Na população maior de 65 anos de idade, o FONASA forneceu uma cobertura de 85%, enquanto que as ISAPRE só chegaram a 8% (MDS, 2016a).

No Chile, a maior parte da administração da APS foi municipalizada como parte das reformas feitas pela ditadura cívico-militar (1973-1990) (CHILE, 1981a). Na década dos anos 90, o repasse dos recursos financeiros aos municípios foi regulamentado, estabelecendo um valor *per capita* basal ajustado por alguns indexadores; entretanto, os municípios com menos de 3.5000 habitantes recebem os fundos com um custo fixo, dada a baixa quantidade de população (CHILE, 1995). Existe outra via de repasse, os “*Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud*” (PRAPS), que correspondem a programas de saúde com

¹² As conversões foram feitas com o valor de dólar de 600 pesos chilenos, dado vigente no dia 12 de fevereiro de 2018

financiamento próprio e que são adjudicados aos municípios de modo variável. Em 2005, 68% dos recursos foram repassados através da modalidade *per capita* e 32% via PRAPS (DEBROT; IBÁÑEZ 2014). Os municípios também podem fazer aportes, dependendo das prioridades do orçamento municipal.

Os estabelecimentos que não foram municipalizados ficaram sob administração das regiões de saúde, com um financiamento segundo orçamento histórico.

Algumas informações ajudam a dimensionar os gastos em APS. O órgão encarregado da programação financeira do governo nacional quantificou, entre 1990 e 2013, uma média de incremento anual de 14%, chegando a representar 20% do orçamento do Ministério da Saúde no último ano (DIPRES, 2013). Entre 2003 e 2011, o gasto em APS, em termos nominais, passou de CLP\$ 216.249 milhões para CLP\$ 711.983, representando um acréscimo de 3,3 vezes (DEBROT; IBÁÑEZ, 2014). Isto mostra um ritmo de crescimento superior ao dos outros níveis de complexidade. Entretanto, estas cifras não incluem os aportes feitos pelos próprios municípios.

Quanto ao valor do *per capita* estabelecido na lei 19.378, também se comprovou, entre 2002-2013, uma média de incremento anual de 9% (DIPRES, 2013). O valor correspondeu, em 2013, à CLP\$ 3.509 mensais, porém, considerando os outros programas específicos, o gasto por pessoa chega a CLP\$ 5.000 mensais (CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC, 2014). Entretanto, foram documentadas reduções orçamentarias, entre 2011 e 2012, de alguns programas específicos: “*Programa Ampliado de Inmunizaciones*” (-14%) e “*Inversiones em salud primaria*” (-27%) (GOYENECHEA, 2011).

Ao incluir o aporte que fazem os municípios, esses repasses representaram, em 2011, 12% do total de recursos destinados à APS; os PRAPS 26%, e os recursos da lei 19.378, 63% (GOYENECHEA; BASS DEL CAMPO, 2013). Alguns estudos sugerem que os municípios mais ricos conseguem destinar maiores recursos à APS, sendo uma causa importante de iniquidade (ARTEAGA et al., 2002a). Porém, outras publicações têm matizado essa constatação, afirmando que os aportes não estão relacionados à condição socioeconômica do município, inclusive, existindo municípios que fazem repasses próprios maiores aos recebidos do Ministério (CEP-ESP, 2017; AMUCH, 2015).

Este estudo tem por objetivo analisar o Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM), no Chile, entre 2010 e 2017. Trata-se de uma parte importante do Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS), pois os municípios são os principais administradores de estabelecimentos de APS no Chile. Apenas o gasto gerido pelas regiões de saúde não é

considerado nas análises. O estudo avalia a equidade do GAPSM ao nível municipal, comparando-o com quatro indicadores de necessidades de saúde. Esta comparação foi feita de modo transversal, dependendo da disponibilidade das informações. Destaca-se que o estudo aborda o setor público do sistema de saúde chileno, dado que os planos oferecidos pelas ISAPRE consideram apenas atenções curativas com foco individual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso quantitativo, correlacionar e retrospectivo. Os estudos quantitativos associam números às propriedades dos casos da pesquisa segundo sua magnitude, grau ou tipologia, empregando procedimentos estadísticos para manipular e interpretar as informações (ASÚN, 2006). Ao ser um estudo de correlação, procura-se conhecer a influência de uma variável independente sobre uma outra dependente, sendo as duas de tipo quantitativas-contínuas (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA, 2007). O caráter retrospectivo está dado porque os fatos registrados aconteceram previamente ao desenvolvimento da pesquisa e, por tanto, são independentes ao controle do pesquisador.

A coleta dos dados financeiros foi orientada pelo modelo das Contas Nacionais em Saúde (“*National Health Accounts*” – NHA), o qual adota os princípios do “*System of Health Accounts*” (SHA) e a classificação do “*International Classification for Health Accounts*” (ICHA). O modelo do NHA distingue quatro entidades no fluxo dos recursos financeiros: as fontes do financiamento, que são as entidades que fornecem os recursos para saúde; os agentes do financiamento, que podem ser caracterizados como intermediários, pois, recebem os fundos e os usam para gerar as ações, serviços ou bens em saúde; os provedores, que são os receptores finais dos recursos e fornecedores diretos das ações e serviços; e finalmente as funções, que se referem às ações providas com os fundos empregados (PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS, 2003).

O modelo do NHA materializa-se em quatro tabelas que registram a passagem dos recursos de uma entidade para outra. A Tabela 1 foi a empregada neste estudo e mostra o fluxo dos recursos das fontes para os agentes. Adaptada à realidade do modelo de financiamento da APS no Chile, usou-se uma seção desta tabela, conformada pelos fundos geridos pelos municípios, que podem vir de fontes nacionais e municipais.

A principal fonte das informações financeiras foi o Sistema Nacional de Informação Municipal (SINIM). Esta plataforma dispõe de informação sobre as funções desenvolvidas

pelos municípios em várias áreas. Particularmente, foram extraídas as variáveis “Receita total em saúde” e “Aporte municipal ao setor saúde” para cada ano, entre 2010 e 2017. Apesar de essas se referirem às receitas de cada município para atenção primária, são um bom *proxy* do gasto na medida em que os municípios recebem parcelas mensais sob a condição de rendimento de contas dos repasses prévios. Além disso, essas informações permitem conhecer a desagregação por fontes, permitindo o uso do modelo do NHA.

No período, houve quatro municípios que não declararam os gastos ao SINIM. Em dois deles, as informações foram obtidas das contas públicas do município que os prefeitos apresentam anualmente à comunidade. Estes documentos geralmente são disponibilizados na internet. Nos outros dois municípios, os dados foram estimados segundo a variação percentual dos anos nos quais declararam efetivamente as informações. Isto foi possível dado que os dados faltantes se referiam apenas a um ano da série.

A análise considerou duas dimensões. Primeiramente avaliou-se a evolução do GAPSM, entre 2010 e 2017, em valores nominais e deflacionados. Segundamente, correlacionou-se o GAPSM *per capita*, segundo a população total (PT), com alguns indicadores considerados representativos das necessidades de saúde.

Na primeira dimensão foi calculada a taxa média de variação anual. Os valores foram expressos em pesos chilenos (CLP). Para um melhor entendimento, os valores que consideram a série inteira foram representados em trilhões de pesos chilenos; os valores que consideram apenas um ano foram representados em milhões de pesos chilenos; e os valores *per capita* foram representados apenas em pesos chilenos.

Na segunda dimensão, o GAPSM *per capita* foi correlacionado, ao nível regional, com o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* regionalizado. Este indicador representa a soma dos valores dos bens e serviços produzidos em determinado território e período. Geralmente é empregado como uma medida de desenvolvimento econômico.

Ao nível municipal, empregou-se a Curva de Lorenz para conhecer o nível de concentração do GAPSM segundo o tamanho populacional dos municípios. Logo, o GAPSM *per capita* foi correlacionado com as seguintes variáveis: Pobreza por Rendas (PR), Pobreza Multidimensional (PM), Taxa de mortalidade infantil (TMI) e consultas médicas em APS por habitantes (CMAPS). Estas variáveis atuam como *proxy* das necessidades de saúde. A PR corresponde à percentagem das pessoas com uma renda menor ao custo de um conjunto de bens e serviços essenciais. Já PM é um índice composto que inclui medições de indicadores em outras dimensões: educação, saúde, trabalho, moradia, redes e coesão social. Pelas

dimensões consideradas, este indicador é similar ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

De acordo com Nunes et al., (2001) estas variáveis refletem diferentes dimensões das necessidades de saúde: a PR corresponde à dimensão “saúde e condições de vida”; a TMI à “situação de saúde”; e a CMAPS à dimensão “acesso e utilização dos serviços de saúde”. Infere-se que a PM também faz parte da dimensão “saúde e condições de vida”.

As correlações foram feitas com o Coeficiente de Correlação de Spearman Braund. Este coeficiente faz parte da análise estatística não paramétrica e foi escolhido dado que a variável *GAPSM per capita* não teve a normalidade estadística que é requerida para coeficientes paramétricos. Os coeficientes de correlação variam em uma escala de -1 para +1, sendo os valores extremos um sinal de correlação perfeita; contrariamente, valores próximos de 0 indicam ausência de correlação. Neste último caso, depreende-se que a variável independente não exerce influência sob a variável dependente. A correlação pode ter um signo positivo (+) ou negativo (-1); no primeiro, as duas variáveis diminuem ou aumentam conjuntamente; no segundo, uma variável aumenta conforme a outra diminui.

Para uma melhor interpretação dos coeficientes, tomaremos a escala proposta por Martínez et al., (2009). Segundo estes autores, uma correlação com valores entre 0,50 e 0,75 é moderada ou forte e uma correlação entre 0,76 e 1,0 é forte ou perfeita.

As correlações foram feitas controlando pela oferta dos serviços. Certamente, municípios com ampla oferta de serviços terão um GAPMS maior, independente das necessidades de saúde da população. Sendo assim, empregou-se o indicador “número de estabelecimentos de atenção primária no município” como indicador de oferta de serviços, e dividiu-se segundo a mediana da distribuição, em cada ano. Obteve-se municípios com baixa oferta (baixo da mediana) e com alta oferta (acima da mediana). Desta forma, correlacionou-se o *GAPSM per capita* com os *proxies* de necessidades de saúde, tendo em vista que os municípios inclusos na análise têm uma oferta de serviços similar.

Esta parte do estudo foi feita de modo transversal, em períodos específicos da série, segundo a disponibilidade das variáveis independentes. Foram obtidos os dados ao último ano disponíveis nas fontes oficiais. Especificamente, a PM, PR e TMI foram obtidas para o ano 2015; e o número de CMAPS por habitante, para o ano 2017. As fontes dessas informações foram o “*Ministerio de Desarrollo Social*” (MDS), o Departamento de Epidemiologia do “*Ministerio de Salud*” (MINSAL) e o próprio SINIM. A análise gráfica das informações foi feita em Excel 2016; já a correlação não paramétrica foi elaborada em SPSS, versão 15.0.

RESULTADOS

Entre 2010 e 2017, o GAPSMM teve um incremento permanente. O Gráfico 6 mostra esta evolução. Em valores deflacionados, as despesas aumentaram de CLP\$ 624.238 milhões, em 2010, para CLP\$ 1.265.725 milhões, em 2017, representando um aumento de 2,0 vezes. O gasto acumulado nos oito anos correspondeu a CLP\$ 8,4 trilhões.

Em valores nominais, o gasto passou de CLP\$ 624.238 milhões, em 2010, para CLP\$ 1.555.576 milhões, em 2017, representando um incremento de 2,5 vezes.

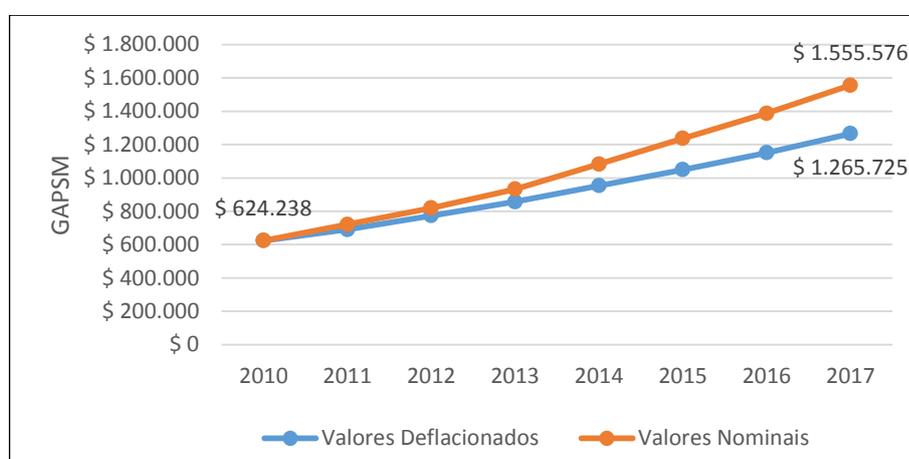


Gráfico 6 - Gasto em Administração Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSMM), 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

O Gráfico 7 mostra a evolução, em valores deflacionados, entre 2010 e 2017, do GAPS e do GAPSMM. Evidencia-se que o GAPSMM representa uma grande proporção do GAPS. Em 2017, o primeiro foi de CLP\$ 1.265.725 milhões e o segundo foi de CLP\$ 1.418.156 milhões. Neste ano, em termos percentuais, o GAPSMM quantificou-se em 89,3% do GAPS. Considerando as despesas dos oito anos, esta proporção foi similar, de 88,8%. Apenas em 2013, o GAPMS foi 87,8% do GAPS, sendo a menor cifra observada nos oito anos.

Destaca-se que o número de municípios que gerem fundos para APS foi 321 em quase todos os anos em estudo. Apenas em 2010 e 2013, foram 320 municípios.

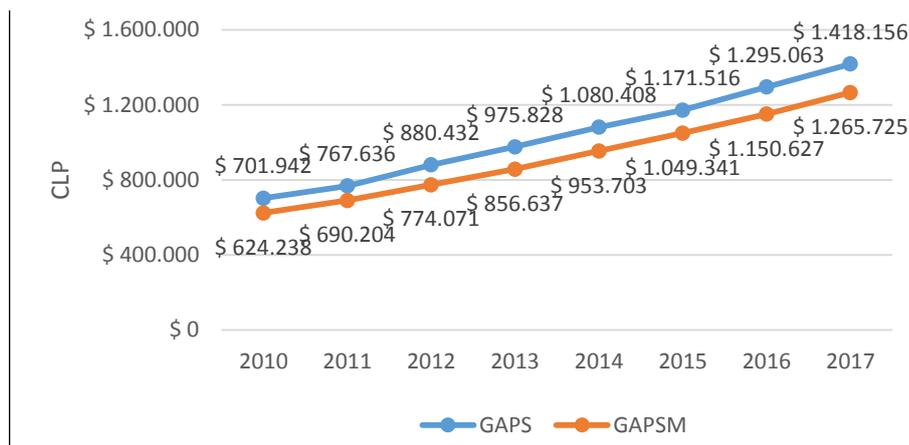


Gráfico 7 - Gasto em Atenção Primária à Saúde (GAPS) e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM), 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

A taxa de variação percentual, calculada em valores deflacionados, é mostrada no Gráfico 8. A média de variação para os oito anos foi de 10,6% ao ano. Entre 2011 e 2012, registrou-se o pico da série, com 12,2% de incremento. Em seguida, registraram-se variações acima da média do período, de 10,7% e de 11,3%. Diferentemente, os três últimos anos tiveram variações levemente baixo da média; entre 2015 e 2016, observou-se o incremento mais baixo do período, com 9,7%.

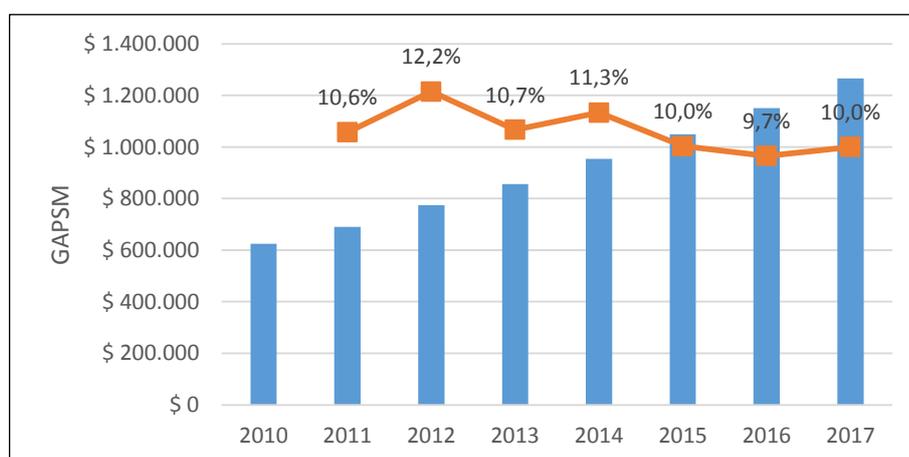


Gráfico 8 - Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) e taxa de variação percentual, 2010 a 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Conforme observado no Gráfico 9, a composição do GAPSM por tipo de fontes mostra uma maioria das fontes nacionais em comparação com as fontes municipais. Para todo o período, as primeiras representaram 87,3% do GAPSM e as últimas 12,7%. O maior volume de fontes municipais foi observado em 2015, quando representaram 15,4% do GAPSM.

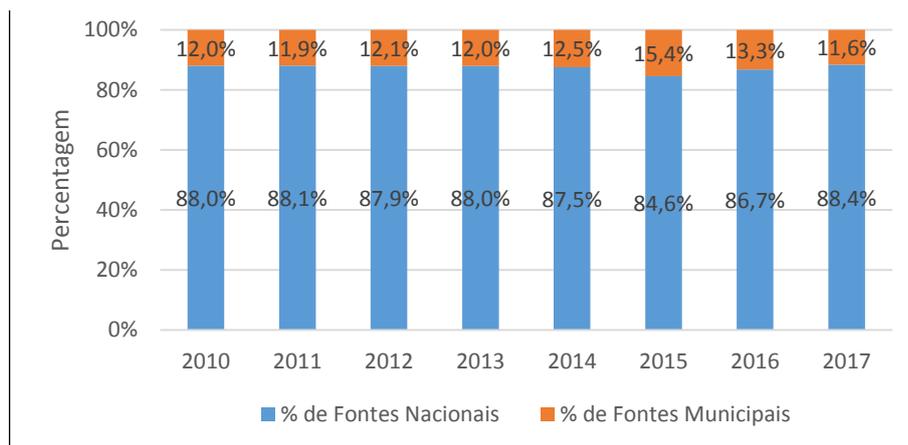


Gráfico 9 - Composição do Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) segundo tipo de fontes, 2010 a 2017
 Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018).

Para as regiões administrativas, o Gráfico 10 mostra a correlação entre o PIB *per capita* e o GAPSM *per capita*, em 2017. Os resultados descrevem uma leve tendência negativa da reta. Deste modo, as regiões administrativas que possuem PIB *per capita* mais baixo conseguem um GAPSM *per capita* mais alto, comparativamente. Inclusive podem ser identificados dois grupos: um primeiro grupo de regiões administrativas com PIB *per capita* inferior de CLP\$ 6.000.000 e GAPSM *per capita* maior de CLP\$ 80.000. O segundo grupo de regiões administrativas possui PIB *per capita* superior a CLP\$ 6.000.000 e GAPSM *per capita* inferior de CLP\$ 80.000. Esta evidência sugere que o GAPSM está sendo repassado para as regiões administrativas menos desenvolvidas em termos econômicos.

Entretanto, esta constatação deve ser tomada com cautela, dado que a análise está baseada nas maiores agrupações territoriais do país. Além disso, o coeficiente indica uma correlação moderada, de -0,51. Deve ser acrescentado o fato de que no Gráfico 5 foi apagado o valor correspondente à região de “Antofagasta” por ser considerado um valor *outsider*. Esta região, ao ser uma zona de extração de cobre, possui um PIB *per capita* muito superior ao restante das regiões, gerando distorção na visualização do gráfico.

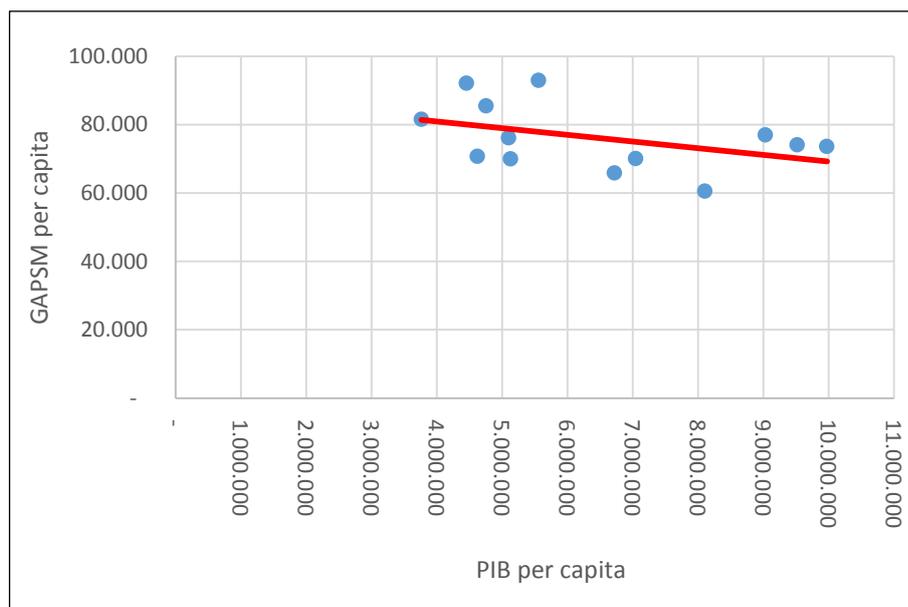


Gráfico 10 - Correlação entre Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPS) *per capita*, 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018) e BCCH (2018).

O Gráfico 11 mostra a Curva de Lorenz com o nível de concentração do GAPS em relação ao tamanho populacional dos municípios, em 2010 e 2017. Observam-se duas linhas paralelas, acima do traço vermelho. Este simula uma distribuição igualitária dos recursos em relação ao porte dos municípios. Evidencia-se que os municípios de pequeno porte gastam uma percentagem levemente superior do GAPS ao que representam na população total. Por exemplo, em 2017, 40% dos menores municípios gastaram em torno de 45% do GAPS, de modo que 60% dos maiores municípios gastaram 55% dos fundos, aproximadamente. Certamente existem mínimas diferenças entre os dois anos; porém, a linha de 2015 mantém-se sempre acima dos níveis de 2010. Isto pode estar indicando que os municípios de pequeno porte estão progressivamente concentrando uma maior seção do GAPS.

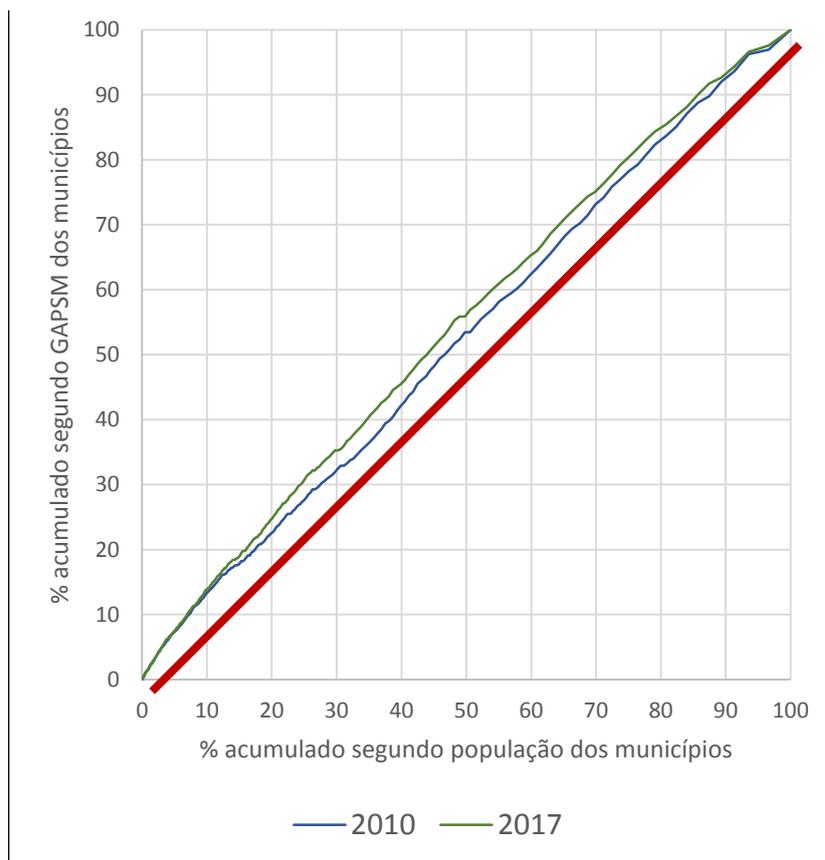


Gráfico 11 - Concentração do Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) segundo tamanho populacional dos municípios, 2010 e 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018) e (INE, 2018).

Estas apurações indicam que existe uma alocação que favoreceria os municípios de pequeno porte. Entretanto, é preciso conhecer a distribuição dos fundos contrastando-a com os *proxies* das necessidades de saúde. A Tabela 7 mostra os valores das correlações, entre o GAPSM *per capita* e os quatro *proxies* das necessidades de saúde empregados neste estudo. Os resultados já são apresentados diferenciando pela oferta de serviços, agrupando municípios com baixa e alta oferta. Além disso, analisou-se separadamente aos municípios pertencentes à região metropolitana e aos fora desta zona. Os coeficientes que mostram correlações moderadas ou fortes (entre 0,5 e 0,75) foram colocados em negrito.

Tabela 7 - Coeficiente de correlação de Spearman Braund entre Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) *per capita* e *proxies* de necessidades de saúde

	Total de municípios (n=321)	Municípios da região metropolitana (n=49)	Municípios fora da região metropolitana (n=272)
--	--------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

<i>Proxy das necessidades de saúde</i>	Baixa oferta	Alta oferta	Baixa oferta	Alta oferta	Baixa oferta	Alta oferta
PR	0,206	0,277	0,504	0,187	0,071	0,277
PM	0,189	0,398	0,45	0,234	0,122	0,4
TMI	-0,153	-0,086	-0,156	-0,081	-0,151	-0,097
CMAPS	0,544	0,538	0,802	0,538	0,516	0,576

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018), INE (2018), MINSAL (2018c).

O coeficiente de correlação entre *GAPSM per capita* e PR mostra uma correlação moderada apenas entre os municípios pertencentes à região metropolitana e com baixa oferta de serviços ($r = 0,504$). Destaca-se que as correlações entre *GAPSM per capita* com PM e TMI mostram coeficientes baixos, menores de 0,5. O anterior está mostrando que a PM e TMI exercem pouca ou nenhuma influência sob os níveis de *GAPSM per capita*.

Os coeficientes da correlação entre *GAPSM per capita* e TMI são próximos a 0; portanto, nestes casos, o *GAPSM per capita* é distribuído com independência dos níveis da mortalidade infantil. Inclusive, os mesmos coeficientes possuem signos negativo, pelo qual os municípios com maiores níveis de TMI tendem, levemente, a ter menores *GAPSM per capita*. O Gráfico 12 mostra a correlação entre as duas variáveis.

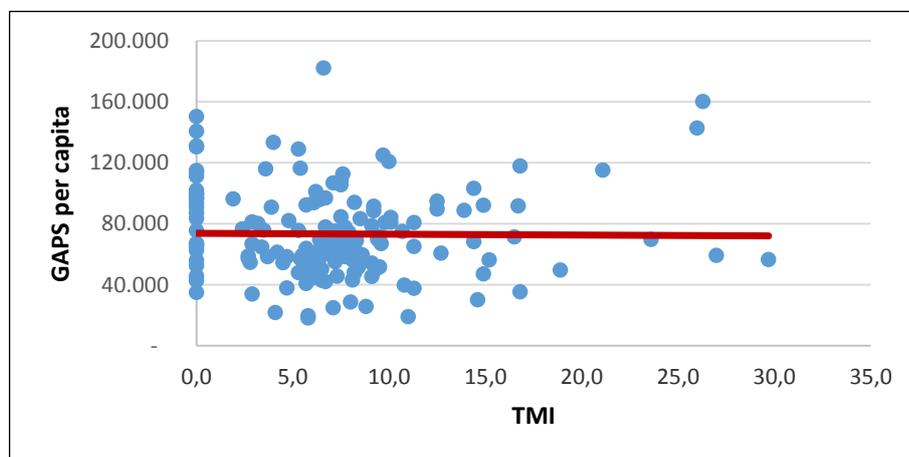


Gráfico 12 – Correlação entre Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (*GAPSM per capita*) em municípios com alta oferta de serviços de saúde, 2015

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018) e MINSAL (2018c).

Contrariamente, os coeficientes de correlação entre *GAPSM per capita* e CMAPS por habitante mostram correlações moderadas em todos os grupos de municípios. Para os municípios do país com baixa oferta, o coeficiente foi de 0,544. O Coeficiente mais alto foi obtido entre os municípios com baixa oferta e pertencentes à região metropolitana. O Gráfico 13 mostra esta correlação. Neste caso, municípios com menos de 1 CMAPS por habitante têm

um GAPSM *per capita* menor de CLP\$ 80.000; e junto com isso, municípios com mais de 1,5 CMAPS por habitante possuem PIB *per capita* maior deste patamar. Existe um grupo de municípios no meio da distribuição, que com CMAPS por habitante entre 1,0 e 1,5, cujo GAPSM *per capita* varia entre CLP\$ 60.000 e CLP\$ 80.000.

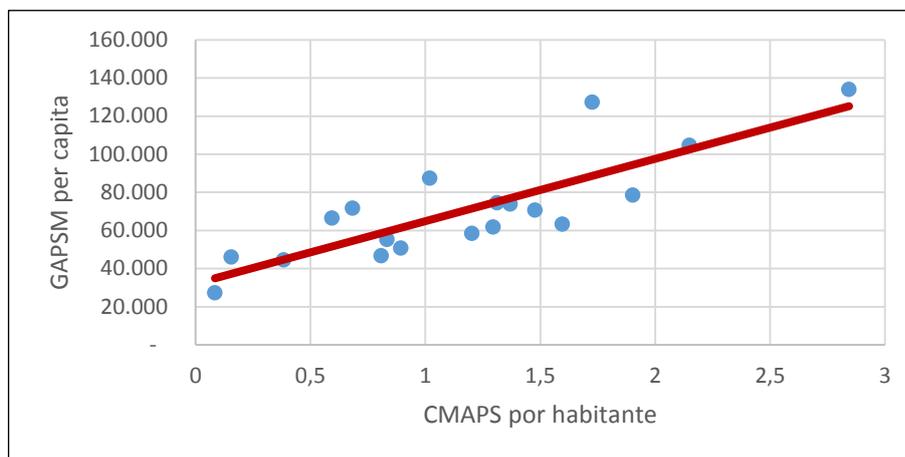


Gráfico 13 - Correlação entre Consultas Médicas em Atenção Primária à Saúde (CMAPS) por habitante e Gasto em Atenção Primária à Saúde sob gestão municipal (GAPSM) *per capita* em municípios da região metropolitana com baixa oferta de serviços, 2017

Fonte: elaboração própria baseada em SINIM (2018) e INE (2018).

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que, entre 2010 e 2017, os municípios geriram cerca de 88,8% do GPS e que as fontes nacionais forneceram a maior parte dos fundos, com 87,3% de GAPSM. Estas cifras não apresentaram variações importantes durante o período. Estes resultados são esperáveis, dado que, no caso chileno, a municipalização da maioria dos estabelecimentos de atenção primária foi parte das reformas impostas pela ditadura, na década dos anos 80. Posteriormente, o repasse de recursos aos municípios foi regulamentado, em 1995, estabelecendo um aporte mensal desde o nível central (ministério), estruturado segundo um valor *per capita* ajustado com alguns indicadores que, teóricamente, beneficiariam aos municípios com maiores dificuldades. Apesar de existirem outras vias de repasses, este é o esquema geral do modelo de financiamento da APS consolidado no sistema de saúde chileno. De fato, conforme informaram Debrot e Ibáñez (2014), 68% dos fundos repassados pelo ministério foram transferidos por meio desta modalidade. Desta forma, o modelo considera os municípios como os administradores da política de APS, gerindo os fundos que vem, em sua grande maioria, do nível nacional.

Vale a pena discutir a trajetória e pertinência deste modelo. No caso chileno, a municipalização da APS foi parte das políticas tendentes a desintegrar o antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado em 1952. Tratou-se de uma instituição pioneira na América Latina, por instaurar um órgão público, centralizado e técnico, que orientou a política de saúde em todo o país. No SNS, os serviços ambulatoriais faziam parte da rede de serviços de maior complexidade e eram geridos por uma única instituição de forma centralizada. Durante a ditadura, a municipalização foi feita com propósitos políticos tendentes a diminuir o gasto do nível nacional e dividir as organizações dos trabalhadores da saúde (TETELBOIN, 2003). Existe evidência apontando que esta forma de municipalização prejudicou a integração da rede e promoveu maiores iniquidades entre municípios ricos e pobres (MONTROYA-AGUILAR, 2008; SEPÚLVEDA, 2004; GOIC; ARMAS, 2003). Assim, os municípios continuaram administrando os dispositivos de APS, sem uma coordenação efetiva com o resto da rede pública de serviços de maior complexidade.

Esta situação é mais preocupante ainda ao observar a insuficiência de recursos financeiros transferidos pelo ministério. As críticas feitas ao mecanismo de repasse de recursos aponta à insuficiência do valor *per capita*, pois não consegue cobrir os custos reais das atenções consideradas no “*Plan de Salud Familiar*”; quantificou-se que o custo real, em 2007, era de CLP\$ 3.708, enquanto que o valor empregado para o cálculo dos repasses foi de CLP\$ 1.700, evidenciando um déficit de 54% (MONTERO et al., 2008). Também documentou-se que as medições dos ajustes estavam sendo feitas por indicadores indiretos, especialmente o ajuste relativo à pobreza dos municípios (ARENAS, 2016; ARAVENA; ARENAS, 2015). Considera-se que o atual mecanismo *per capita* precisa melhorar a equidade na distribuição dos recursos, e propõe-se a inclusão de morbidade de problemas de saúde crônicos, além de melhorar as estimativas de pobreza e ruralidade com indicadores contínuos e diretos (VARGAS; POBLETE, 2006, 2007). As principais críticas apontam à metodologia dos ajustes feitos, que são elaborados com informação indireta.

Consequentemente, os municípios estão administrando estabelecimentos de APS sem coordenação efetiva com o restante de serviços e com recursos insuficientes. Neste contexto, este estudo acrescenta a constatação de que o GAPSM não está alocado de forma equânime.

Regiões de saúde com PIB *per capita* mais baixos possuem GAPSM mais altos, comparativamente. Além disso, municípios pequenos ficam com uma seção do GAPSM maior à proporção que representam na população. Entretanto, a análise ao nível municipal mostra que, em termos gerais, existe uma distribuição “*igualitária*” dos gastos. Isto é evidente

ao correlacionar o GAPSM *per capita* e a TMI, que conformam uma reta paralela ao eixo X, evidenciando que municípios gastam de forma independente à mortalidade infantil, inclusive com signo negativo. Essa questão resulta preocupante, pois trata-se de um indicador que reflete as condições de saúde da população, e que possui fatores socioeconômicos determinantes.

O estudo de Arteaga et al., (2002a) já tinha mostrado resultados similares aos reportados nesta pesquisa. Os autores correlacionaram o gasto em saúde ao nível municipal, com a renda média dos lares, observando que os municípios com maiores rendas fazem repasses mais elevados à APS, situação que não é melhorada totalmente ao incluir o aporte do nível central. Outra pesquisa analisou a distribuição de recursos para APS, empregando razões estandarizadas de mortalidade comunal, achando uma correlação negativa e significativa com o gasto *per capita* dos municípios ($r = -0,3$) (ARTEAGA; ASTORGA; PINTO 2002b).

Os coeficientes das correlações entre GAPSM *per capita* com PR e PM, que refletem a saúde e condições de vida, também mostram uma distribuição “*igualitária*”, porém, com signos positivos.

Um efeito ainda mais nocivo apresenta-se ao analisar a correlação entre GAPSM *per capita* e CMAPS por habitante. Neste caso, trata-se de um indicador de acesso aos serviços de saúde. A reta conformada nas correlações informa uma distribuição “*desigual*”, mas, que favorece aos municípios com melhores níveis de acesso. Certamente, municípios com maior acesso tem um GAPSM *per capita* mais alto.

Estes resultados estão indicando que a alocação de recursos financeiros para APS no Chile não está contribuindo para a equidade. Os organismos internacionais consideram que uma distribuição equânime dos recursos deve ser desigual, mas, favorecendo aos grupos com maiores necessidades, respaldando o princípio de imparcialidade (WHO, 1995; OPAS 2000, 2003). Todavia, Barata (2009) aponta que sistemas de saúde que promovem a equidade devem procurar a equidade horizontal (provisão igual para grupos com as mesmas necessidades) e a equidade vertical (provisão prioritária para grupos com maiores necessidades). Assim, os resultados informados mostram que a distribuição do GAPSM *per capita*, não cumpre estes requisitos e, por tanto, contribui para consolidação das iniquidades.

Isto é grave, toda vez que a bibliografia informa iniquidades entre a população filiada ao FONASA e a filiada às ISAPRE: a primeira possui piores condições sócio sanitárias com um gasto *per capita* mais baixo; a segunda corresponde aos segmentos mais ricos e saudáveis, além de ter um gasto *per capita* mais alto (CHILE, 2017; CID et al., 2006; (VERGARA-

ITURRIAGA; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, 2006; MDS, 2016a). Isto chama à discussão em relação à possibilidade de gerar uma modalidade equânime de recursos para APS dentro de um sistema de seguros de saúde fortemente iniquitativo. Antecedentes mostram que a equidade em saúde é facilitada por sistemas de saúde universais, a exemplo do SUS brasileiro (PAIM, 2006).

Um achado relevânte da pesquisa foi a diferenciação entre municípios que pertencem à região metropolitana e ao resto do país. Ao correlacionar o GAPSM *per capita* e PR, apenas nos municípios da região metropolitana e com baixa oferta de serviços, o coeficiente mostra uma correlação positiva-moderada ($r = 0,504$). Neste grupo, os municípios com maiores níveis de PR apresentam um GAPSM *per capita* maior. Entretanto, a correlação entre os municípios com igual nível de oferta de serviços, mas, localizados fora da região metropolitana, o coeficiente de correlação obtido mostra uma relação fraca ($r = 0,071$). Esta mudança pode estar evidenciando que os municípios localizados mais próximos da zona metropolitana tem uma distribuição que tende a ser mais equânime. Provavelmente, este grupo de municípios possui recursos humanos e financeiros que facilitam uma melhor gestão. Entretanto, esta hipótese deve ser testada com maiores estudos.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que GAPSM não está sendo distribuído de forma equânime, mantendo ou ainda contribuindo à geração de iniquidades. Dentre as vantagens da pesquisa encontra-se seu caráter associativo, que permitiu correlacionar duas variáveis de interesse e analisar as iniquidades propriamente ditas, além da simples desigualdade. Outro fator positivo foi o controle estatístico da análise, agrupando municípios que possuem ofertas de serviços similares. Foi uma técnica que não tinha sido considerada nos estudos prévios. Entretanto, uma limitação foi seu caráter transversal, além de não ter sido considerado um indicador de qualidade dos serviços de saúde, que é uma dimensão reconhecida das desigualdades. Isto não foi possível, pois as informações não estavam disponibilizadas ao nível municipal.

Este estudo constitui um primeiro antecedente para encaminhar futuras investigações em torno do financiamento da APS. Faz-se necessário estudos comparativos internacionais, que mostrem as diferenças ou similitudes do padrão de gasto entre diferentes tipos de sistemas de saúde. O Brasil e o Chile são bons exemplos para estas investigações. Apesar das várias

dificuldades, o primeiro implantou um sistema de saúde universal; diferentemente, o segundo tem mantido um sistema baseado em seguros contributivos.

REFERÊNCIAS

AMUCH. **Salud Municipal en Perspectiva. Caracterización del sistema de salud comunal, aportes financieros totales y según grupos de municipios**, 2015. Disponível em: <https://www.amuch.cl/pdf/estudio_salud_municipal.pdf>. Acesso em: 12 set 2018.

ARAVENA, M.; ARENAS, A. Hacia una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica. **Boletín MINSAL**, Santiago de Chile, v. 9, n. 1, p. 2-6, jul 2015.

ARENAS, A. Modelo de ajuste para el financiamiento per cápita de la APS municipal. **Boletín MINSAL**, Santiago de Chile, v. 10, n. 2, p. 2-9, dez 2016.

ARTEAGA, Ó. et al. Información para la equidad en salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. (5/6), p. 374-385, 2002a.

ARTEAGA, O.; ASTORGA, I.; PINTO, A. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1053-1066, jul/ago 2002b.

ASÚN, R. Medir la Realidad Social. El sentido de la metodología cuantitativa. In: CANALES, M. **Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2006. p. 31-61.

BARATAS, R. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BCCH. **Gasto del PIB a precios corrientes**, 2018. Disponível em: <<https://si3.bcentral.cl/Siete/secure/cuadros/arboles.aspx>>. Acesso em: 12 ago 2018.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC. **Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema chileno**, 2014. Disponível em: <<https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>>. Acesso em: 12 set 2018.

CEP-ESP. **Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud**, 2017. Disponível em: <<https://www.cepchile.cl/propuesta-de-modernizacion-y-fortalecimiento-de-los-prestadores/cep/2017-07-06/104922.html>>. Acesso em: 12 set 2018.

CHILE. **DFL 1-3.063. Reglamenta aplicación inciso segundo del artículo 38 del DFL N 3.063 de 1979**, 1981a. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3389>>. Acesso em: 12 Setembro 2017.

CHILE. **Ley 19.378 Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal**, 1995. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.

- CHILE. Más salud, mejora tu vida. **Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Chile**, 29 Mayo 2017. Disponible em: <https://www.camara.cl/trabajamos/comision_listadodocumento.aspx?prmID=411>. Acceso em: 12 Enero 2018.
- CID, C. et al. Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 46, n. 1, p. 5-12, 2006.
- DEBROT, D.; IBÁÑEZ, C. **Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal**, 2014. Disponible em: <<https://www.achm.cl/index.php/documentos/file/514-analisis-y-propuesta-de-financiamiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-municipal>>. Acceso em: 3 set 2018.
- DIPRES. **Sistema Público de Salud. Situación actual y proyecciones fiscales**, 2013. Disponible em: <<http://www.dipres.gob.cl/598/w3-search.php>>. Acceso em: 12 set 2018.
- FIDELIS, P.; GIOVANELLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 131-136, maio-ago 2002.
- GOIC, A.; ARMAS, R. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. **Revista médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 131, n. 7, p. 788-798, jul 2003.
- GOYENECHEA, M. Análisis del presupuesto en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. **Medwave**, Washington, v. 11, n. 12, p. 1-5, dez 2011.
- GOYENECHEA, M.; BASS DEL CAMPO, C. Análisis del presupuesto 2013 para atención primaria ¿estamos gastando lo suficiente? **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 53, n. 1, p. 26-32, jan 2013.
- HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. **Fundamentos de metodología de la investigación**. 1. ed. Madrid: McGraw-Hill, 2007.
- INE. **Proyecciones de población comunal 1992-2050**, 2018. Disponible em: <<https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acceso em: 12 ago 2018.
- MINSAL. **Mortalidad infantil y sus componentes, por región y comuna de residencia de la madre**, 2018c. Disponible em: <http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html>. Acceso em: 1 ago 2018.
- MARTÍNEZ, R. et al. El coeficiente de correlación de los rangos de spearman. **Revista Habana Ciencia Médica**, La Habana, v. 8, n. 2, p. 1-19, abr/jun 2009.
- MINSAL. **Mortalidad infantil y sus componentes, por región y comuna de residencia de la madre**, 2018c. Disponible em: <http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html>. Acceso em: 1 ago 2018.
- MONTERO, J. et al. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena. Pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. In: PUC **Camino al Bicentenario. Propuestas para Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: PUC, 2008. p. 73-94.
- MONTOYA-AGUILAR. Atención Primaria de Salud. Alma Ata una otra vez y la experiencia de Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 48, n. 3, p. 147-154, sep 2008.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. 1. ed. Brasília: IPEA,OMS,OPAS, 2001.

PAIM, J. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago 2006.

PAIM, S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são as necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva, Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014. p. 29-39.

PARADA, M. et al. Informe de Salud en Chile. In: GONZALEZ, R.; BARRIA, S.; SENGUPTA, A. **La lucha por el derecho a la salud en América Latina**. 1. ed. El Salvador: ALAMES, 2014b. p. 31-51.

PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS. **Understanding national health accounts: the methodology and implementation process**. 1. ed. Bethesda: Primer for Policymakers, 2003.

SEPÚLVEDA, C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 43, n. 1, p. 21-35, ago 2004.

SINIM. **Datos municipales 2017**, 2018. Disponível em: <<http://datos.sinim.gov.cl/>>. Acesso em: 13 ene 2018.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde, conceitos, métodos e experiências**. 1. ed. Salvador de Bahia: EDUFBA, 2010.

TETELBOIN, C. **La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990**. 1. ed. Ciudad de México: UAM-X, 2003.

VARGAS, V.; POBLETE, S. Incrementar la equidad en la Atención Primaria: Revisión de la fórmula del Per Cápita. **Revista Chilena de Medicina Familiar**, Santiago de Chile, v. 7, n. 2, p. 76-83, 2006.

VARGAS, V.; POBLETE, S. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la Atención Primaria. **Revista Chilena de Medicina Familiar**, Santiago de Chile, v. 8, n. 1, p. 24-31, abr 2007.

VERGARA-ITURRIAGA, M.; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, M. S. Financiamiento del sistema de salud chileno. **Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 48, n. 6, p. 512-521, nov/dic 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Copenhagen, v. 22, n. 1, p. 429-445, jul 1991.

WHO. **Renewing the Health for All Strategy**: elaboration of a policy for equity solidarity and health, Geneva, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62764/56672_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 jan 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA

Tal como foi apontado no começo da pesquisa, a APS constitui uma política fundamental para diminuir as iniquidades sociais em saúde. Esta afirmação tem sido sustentada por órgãos internacionais e por movimentos sociais, além de ter respaldo na evidência epidemiológica. Entretanto, para cumprir esse propósito, é necessário que os recursos destinados a financiar os serviços em torno da atenção primária sejam suficientes e alocados de forma equânime. O estudo pretendeu questionar e analisar se o GAPS estava contribuindo para o cumprimento dos objetivos da APS no Chile. Trata-se de um país com fortes desigualdades sociais e que conta com um sistema de saúde baseado em seguros contributivos.

Dentre os resultados relevantes da pesquisa, constatou-se um aumento permanente do GAPS, porém, com um ritmo de crescimento levemente maior no governo de direita. Destaca-se que este padrão de gasto foi menor ao reportado por outros estudos. O GAPS representou uma seção minoritária dos fundos destinados para saúde. Além disso, evidenciou-se que o GAPSM não está privilegiando aos municípios com maiores necessidades de saúde.

Sendo assim, a pesquisa conclui que, no caso chileno, o GAPS não está contribuindo à expansão de uma APS robusta. Evidentemente, além do financiamento, existem outros fatores que prejudicam a consolidação da APS. Dentre estes, a literatura internacional destaca ao hospitalocentrismo, a fragmentação da rede, e a mercantilização excessiva dos serviços.

Além desses fatores, grandes representantes da sociologia brasileira têm analisado a saúde como um campo propício para a acumulação do capital, não apenas enquanto reprodução da força de trabalho, senão também pela conformação de um amplo campo de consumo de insumos e equipamentos de alta tecnologia, que restringem a autonomia da prática médica. Conseqüentemente, é dado pensar que a capitalização da saúde fere a expansão da APS, pois neste processo a prioridade dos investimentos é a atenção especializada, medicalizada e curativa; por tanto, totalmente contrária aos atributos de uma APS abrangente.

Infelizmente, a experiência recente do sistema de saúde chileno mostra as características de um sistema reconvertido ao neoliberalismo durante a ditadura, e mantido pelos governos posteriores, inclusive aqueles apoiados por partidos de centro-esquerda. A desintegração do antigo sistema público de saúde, a criação de seguros privados de saúde baseados na seleção por riscos, e a consolidação de políticas públicas que desconsideram os

determinantes do processo saúde-doença, são sinais evidentes da neoliberalização da saúde chilena. Este fator constitui um obstáculo adicional ao desenvolvimento da APS no Chile.

Certamente, a existência de uma percentagem da população filiada às ISAPRE prejudica a territorialização das ações de saúde e a intervenção nos DSS; a coexistência de dois tipos de seguros compulsórios não estimula o crescimento de serviços orientados à promoção e prevenção em saúde; e a implantação de políticas que diferenciam às pessoas segundo patologias, dentro do próprio setor público, prejudica a integração da rede de atenção.

Sendo assim, a discussão em torno da consolidação da APS é inseparável da construção de um sistema universal de saúde. Este desafio tem estado totalmente ausente na discussão política após ditadura, pois as reformas feitas orientaram-se à regulamentação parcial dos seguros privados e ao estabelecimento de “garantias” aos filiados de ambos tipos de seguros. Certamente estas modificações são insuficientes, pois uma APS forte requer um sistema de saúde orientado a toda a população sem exclusões, com uma rede de prestadores públicos geridos por um comando técnico, e com financiamento vindo das fontes fiscais e alocado de forma equânime.

Apesar da enormidade deste desafio para o sistema chileno, a história do país outorga lições que não devem ser esquecidas, principalmente relativa aos acontecimentos da primeira metade do século XX. A instauração da Caixa do Seguro Social, já em 1924, mesmo com muitas limitações, representa o surgimento da responsabilidade estatal na saúde da população. A partir de então, foi desenvolvido um sistema de estabelecimentos ambulatoriais e políticas de saúde de combate à pobreza, pois entendia-se que esta era a causa fundamental de muitas doenças. Foi a época de destaque da medicina social chilena. Alguns anos depois, em 1952, com o impulso do médico e futuro Presidente da República, Salvador Allende Gossens, implantou-se o Sistema Nacional de Saúde, pioneiro na região pela proximidade com a universalidade. Assim, a herança de Allende e de muitos outros sanitaristas deve constituir a memória da salubridade chilena e ser trazida de face aos desafios atuais.

6 REFERÊNCIAS

- ALAMES-CHILE. Chile: el derecho a la salud. In: TORRES, M.; PAREDES, N. **Derecho a la salud, situación en países de América Latina**. Ecuador: [s.n.], 2015. p. 65-83. Disponível em: <<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/informes>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.
- ALMAGUER, M. et al. Primary health care strategies for the prevention of end-stage renal disease in Cuba. **Kidney International**, v. 68, n. 97, p. 4-10, aug 2005.
- ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise da crise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-13, 1996.
- ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: Experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.
- ALMEIDA, C. Reforma del estado y del sector salud en América Latina. In: MINAYO, M.; COIMBRA, C. **Críticas e atuantes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. p. 275-297.
- ALMEIDA, C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 4, n. 9, p. 6-60, dic 2005b.
- ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 759-803.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no nível local**, 2006. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Sala55641.pdf>>. Acesso em: 12 ago 2018.
- ALMEIDA, G. et al. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, n. 104, p. 1-6, 2018.
- ALMEIDA, P.; OLIVEIRA, S.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência e saúde coletiva**, Santiago do Chile, v. 23, n. 7, p. 2213-2228, jul 2018.
- ALVAREDO, F.; GASPARINI, L. Recent trends in Inequality and Poverty in Developing Countries. **CEDLAS**, v. 2, n. 1, p. 697-805, 2015.
- AMUCH. **Salud Municipal en Perspectiva. Caracterización del sistema de salud comunal, aportes financieros totales y según grupos de municipios**, 2015. Disponível em: <https://www.amuch.cl/pdf/estudio_salud_municipal.pdf>. Acesso em: 12 set 2018.

- ANUNCIACÃO, D. Aspectos gerais sobre proteção social e políticas sociais no capitalismo: das origens às tendências atuais. In: DE OLIVEIRA, M.; TRESCASTRO, S. **Políticas públicas, definições, interlocuções e experiências**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2012. p. 27-40.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, January 2009.
- ARAVENA, M.; ARENAS, A. Hacia una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica. **Boletín MINSAL**, Santiago de Chile, v. 9, n. 1, p. 2-6, Jul 2015.
- ARELLANO, J. P. **Políticas Sociales y Desarrollo**. 1. ed. Santiago de Chile: CIEPLAN, 1985.
- ARENAS, A. Modelo de ajuste para el financiamiento per cápita de la APS municipal. **Boletín MINSAL**, Santiago de Chile, v. 10, n. 2, p. 2-9, Dec 2016.
- ARTEAGA, O. El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago de Chile, v. 8, n. 1, p. 39-43, 2004.
- ARTEAGA, Ó. et al. Información para la equidad en salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. (5/6), p. 374-385, 2002a.
- ARTEAGA, O.; ASTORGA, I.; PINTO, A. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1053-1066, Jul/Ago 2002b.
- ASE, I.; BURIJOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? **Salud Colectiva**, Lanús, v. 5, n. 1, p. 27-47, ene-abr 2009.
- ASÚN, R. Medir la Realidad Social. El sentido de la metodología cuantitativa. In: CANALES, M. **Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2006. p. 31-61.
- AZEVEDO, C. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 192-199, abr 1998.
- BARATAS, R. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BASS DEL CAMPO, C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? **Medwave**, Santiago de Chile, v. 12, n. 11, p. 1-12, Dic 2012.
- BCCH. **Gasto del PIB a precios corrientes**, 2018. Disponible em:
<<https://si3.bcentral.cl/Siete/secure/cuadros/arboles.aspx>>. Acceso em: 12 ago 2018.
- BECERRIL-MONTEKIO, V.; REYES, J. D. D.; MANUEL, A. El sistema de salud de Chile. **Revista Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 53, n. 2, p. 32-43, ene 2011.
- BM. **Invertir en Salud**, 1993. Disponible em:
<<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDROSPANISH0B0x35456B01PUBLIC1.pdf>>. Acceso em: 12 set 2018.
- BOSSERT et al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. **Bulletin of the World Health Organization**, Washington, v. 81, n. 2, p. 95-100, mar 2003.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; RUIZ, F. Decentralization of health systems in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. (1/2), p. 84-92, jul/ago 2000.

CAMPILLAY, M. **¿Salud para todos? La Atención Primaria de Salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018**. 1. ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2018.

CANTU, R. Depois das reformas: os regimes de proteção social latino-americanos na década de 2000. **Revista de Sociología Política**, Curitiba, v. 23, n. 57, p. 47-53, dez 2015.

CASTELLANOS, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. **Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 82, n. 6, p. 478-492, 1997.

CASTILLO, C.; MIRANDA, S.; PALACIOS, A. Gasto de salud en Chile: análisis comparativo. **Boletín Economía y Salud**, Santiago de Chile, v. 5, n. 2, p. 13-23, oct 2011.

CASTRO, A.; FAUSTO, M. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.; BAPTISTA, T.; LIMA, L. **Políticas de Saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 173-198.

CASTRO, E. et al. Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 41, n. 173, p. 1-7, jul 2017.

CASTRO-LANDMAN, R. Indicios de desigualdad demográfica en Chile: el caso de la mortalidad infantil. **Revista Papeles de Población**, Ciudad de México, v. 21, n. 83, p. 189-201, ene/mar 2015.

CEA, M. **Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social**. 1. ed. Madrid: Síntesis, 2001.

CECCHINI, S.; FILGUEIRA, F.; ROBLES, C. **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Una perspectiva comparada**. 1. ed. Santiago de Chile: CEPAL, 2014.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC. **Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema chileno**, 2014. Disponible em: <<https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>>. Acceso em: 12 set 2018.

CEPAL. **Equidad, desarrollo y ciudadanía**, 2000. Disponible em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf;jsessionid=5F3976D3C8FC5EC77952A615064184BB?sequence=2>. Acceso em: 12 set 2018.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina 2000-2001**, 2002. Disponible em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1211/S015427_es.pdf?sequence=1>. Acceso em: 23 set 2018.

CEPAL. **Panorama social para América Latina 2002-2003**, 2004. Disponible em: <<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1217>>. Acceso em: 13 set 2018.

CEPAL. **Objetivos de Desarrollo del Milenio, la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe**, 2008. Disponible em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2887/1/S2008004_es.pdf>. Acceso em: 12 set 2018.

CEPAL. **CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas**, 2014. Disponible em: <<http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=807&idioma=e>>. Acceso em: 12 Agosto 2018.

CEP-ESP. **Popuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud**, 2017. Disponível em: <<https://www.cepchile.cl/propuesta-de-modernizacion-y-fortalecimiento-de-los-prestadores/cep/2017-07-06/104922.html>>. Acesso em: 12 set 2018.

CHILE. **Ley del Seguro Social Obligatório**, 1924. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosimple?cadena=ley+4054>>. Acesso em: 21 Agosto 2017.

CHILE. **Modifica Ley 4.053 relacionada con el Seguro Obligatorio**, 1952. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26387>>. Acesso em: 12 Setembro 2017.

CHILE. **Ley 16.781. Otorga asistencia médica y dental a los imponentes activos y jubilados de los organismos que señala**, 1968. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28663>>. Acesso em: 21 Setembro 2017.

CHILE. **Decreto Ley 2763. Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, y la Central de Abastecimiento del Sistema de Servicios de Salud.**, 1979. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>>. Acesso em: 23 Setembro 2017.

CHILE. **DFL 1-3.063. Reglamenta aplicación inciso segundo del artículo 38 del DFL N 3.063 de 1979, 1981a.** Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3389>>. Acesso em: 12 Setembro 2017.

CHILE. **DFL 3. Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por parte de Instituciones de Salud Previsional**, 1981b. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>>. Acesso em: 12 Setembro 2017.

CHILE. **Ley 19.378 Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal**, 1995. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.

CHILE. **Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno**, 2003. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=213493&idParte=0>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

CHILE. **Modifica el D.L. N°2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana**, 2004a. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&idParte=0>>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.

CHILE. **Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud**, 2004b. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

CHILE. **Ley 20.015. Modifica Ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional**, 2005. Disponível em: <<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

CHILE. **Ley 20. 584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud**, 2012. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

CHILE. **Informe. Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud**, Santiago de Chile, 2014. Disponível em:

<http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20141009/asocfile/20141009112031/informe_comision_20141008.pdf>. Acesso em: 21 set 2017.

CHILE. **Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud**, 2016. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088081&idVersion=2016-07-01>>. Acesso em: 13 Janeiro 2018.

CHILE. Más salud, mejora tu vida. **Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Chile**, 29 Mayo 2017. Disponível em: <https://www.camara.cl/trabajamos/comision_listadodocumento.aspx?prmID=411>. Acesso em: 12 Enero 2018.

CID, C. La persistencia del gasto de bolsillo de los hogares en salud: 1997-2007. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 49, n. 1, p. 44-48, mar 2009.

CID, C. Financiamiento agregado de la salud en Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 51, n. 3, p. 143-150, 2011.

CID, C. et al. Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 46, n. 1, p. 5-12, 2006.

CID, C. et al. Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. In: PUC **Propuestas para Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: Ediciones PUC, 2013. p. 183-220.

CID, C.; PRIETO, L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997, 2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 32, n. 4, p. 310-316, Jan 2012.

CIFUENTES, P. Perfil de edad y ingresos según previsión en salud. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago de Chile, v. 19, n. 3, p. 315-316, 2015.

COALICIÓN POR EL CAMBIO. **Programa de gobierno para el cambio, el futuro y la esperanza. Chile 2010-2014**, 2009. Disponível em: <<https://www.archivochile.com/entrada.html>>. Acesso em: 12 out 2018.

COELHO, T. Magnitude dos gastos em saúde, evolução e impacto social. In: COELHO, T.; TELES, A.; FERREIRA, M. **Financiamento do SUS, abrindo a caixa preta**. 1. ed. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 15-29.

COMINETTI, R. Ajuste fiscal y gasto social. **Revista de la CEPAL**, Santiago de Chile, v. 54, p. 47-60, 1994.

CONILL, E.; FAUSTO, M.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 14-27, nov 2010.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of public Health**, Washington DC, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, nov 2004.

DEBROT, D.; IBÁÑEZ, C. **Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal**, 2014. Disponível em: <<https://www.achm.cl/index.php/documentos/file/514-analisis-y-propuesta-de-financiamiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-municipal>>. Acesso em: 3 set 2018.

DIPRES. **Sistema Público de Salud. Situación actual y proyecciones fiscales**, 2013. Disponível em: <<http://www.dipres.gob.cl/598/w3-search.php>>. Acesso em: 12 set 2018.

- DIPRES. **Estadísticas de las Finanzas Públicas 2008-2017**, 2018. Disponível em: <http://www.dipres.gob.cl/598/articles-174525_doc_pdf.pdf>. Acesso em: 1 dez 2018.
- DOIS, A.; BRAVO, P.; SOTO, G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 145, n. 1, p. 879-887, jul 2017.
- DONNANGELO, C. **Saúde e Sociedade**. 1. ed. São Paulo: Duas cidades, 1976.
- DONOSO, E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 132, n. 4, p. 461-466, abr 2014.
- DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical care**, Philadelphia, v. 49, n. 6, p. 579-584, jun 2011.
- DRAGO, M. **La Reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos**, 2006. Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/6124-la-reforma-al-sistema-salud-chileno-la-perspectiva-derechos-humanos>>. Acesso em: 21 Janeiro 2017.
- DUARTE, D. Asignación de recursos per capita en la atención primaria. **Cuadernos de Economía**, Santiago de Chile, v. 32, n. 95, p. 117-124, abr 1995.
- ECLAC. **Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean**, Santiago de Chile, 2016. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037_mu.pdf>. Acesso em: 21 Agosto 2017.
- ECLAC. **Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean**, Santiago de Chile, 2017. Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/ae>>. Acesso em: 21 Julho 2018.
- ERAZO, Á. **La Protección Social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos**, 2011. Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/5218-la-proteccion-social-chile-plan-auge-avances-desafios>>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.
- ESPING-ANDERSEN, G. **Los tres mundos del Estado del Bienestar**. 1. ed. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim, 1993.
- ESPING-ANDERSEN, G.; PALIER, B. **Los tres grandes retos del Estado del bienestar**. 1. ed. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 2010.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES SERIES. **Primary care in the drivers seat. Organizational reform in European primary care**. 1. ed. New York: Open University Press, 2006.
- FABIANNE, P.; TIMOTHY, E. Dimensiones éticas de la equidad. In: EVANS, T., et al. **Desafío a la falta de equidad en salud**. 1. ed. Washington DC: OPS, 2002. p. 27-36.
- FAUSTO, M.; MATTA, G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.; CORBO, A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.
- FEO, O. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 352-354, jul/set 2012.
- FERNÁNDEZ, S.; FARÍAS, G. Gasto en Salud en Chile, OCDE y América del Sur 2003-2014. **Boletín Economía y Salud**, Santiago de Chile, v. 9, n. 2, p. 9-16, Dez 2015.

- FERREIRA, M. et al. Financiamento da atenção básica em uma macroregião da bahia. **Revista Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p. 27-32, dez 2015.
- FIDELIS, P.; GIOVANELLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 131-136, maio-ago 2002.
- FILGUEIRA, F. El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. In: ROBERTS, B. **Ciudadanía y Política Social**. 1. ed. San José de Costa Rica: FLACSO, 1998. p. 82-115.
- FILGUEIRA, F. Modelos de desarrollo, matriz del Estado social, y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas. In: CECCHINI, S., et al. **Instrumentos de protección social, caminos latinoamericanos hacia la universalización**. 1. ed. Santiago de Chile: CEPAL, 2015. p. 49-84.
- FLEURY, S. **Estados sem Cidadãos, seguridade social na América Latina**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- FLEURY, S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. In: MOLINA, C.; NÚÑEZ, J. **Servicios de Salud en América Latina y Asia**. 1. ed. Washington D.C.: BID, 2003. p. 3-40.
- FLEURY, S. Modelos de reforma de la salud en América Latina. In: SPINELLI, H. **Salud Colectiva**. 1. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008. p. 171-200.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2°. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 25-58.
- FONASA. **Boletín Estadístico 2015-2016**, 2017. Disponível em: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos#documentos-estadisticos-institucionales>>. Acesso em: 1 set 2017.
- FONASA. **Boletín Estadístico 2016-2017**, 2018. Disponível em: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>>. Acesso em: 14 ago 2018.
- FRANZONI, J. **¿Arañando bienestar?, trabajo remunerado, protección social y familias en América Central**. 1. ed. Buenos Aires: CLACSO, 2008.
- FRENK, J. et al. Los sistemas latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. In: BEZOLD, C.; FRENK, J.; MCCARTHY, S. **Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI, perspectivas para lograr salud para todos**. 1. ed. Ciudad de México: Ediciones sin fin, 1998. p. 119-156.
- FUENZALIDA, M. Análisis de desigualdades territoriales en la oferta de equipamientos públicos: el caso de los hospitales en la red asistencial del sistema público de salud en Chile. **Revista digital del grupo de estudios sobre Geografía y Análisis Espacial con Sistemas de Información Geográfica**, Luján, v. 2, n. 2, p. 111-125, ago 2010.
- GARCÍA-HUIDOBRO, D. et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-9, 2018.
- GARRETÓN, M. A.; MALVA, E. ¿Reformas del estado o cambio de la matriz sociopolítica? **Revista Perfiles Latinoamericanos**, Ciudad de México, v. 1, n. 1, p. 133-170, ago 1993.

GATTINI, C. **Perfil institucional de los Servicios de Salud - Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**, 2015. Disponível em: <<http://www.ochisap.cl/images/PerfilServiciosSalud.pdf>>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

GATTINI, C.; ARTEAGA, O. Teoría y práctica del aseguramiento privado de salud en Chile: brechas, consistencia y reforma pendiente. **Revista Electrónica Tempus. Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 29-42, mar 2016.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, mai 2006.

GIOVANELLA, L. Desafios contemporâneos dos sistemas de saúde. In: BUSS, P.; TOBAR, S. **Diplomacia em saúde e saúde global. Perspectivas Latino-Americanas**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. p. 225-258.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas de Salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, integralidad y equidad. In: ISAGS **Sistemas de Salud en América del Sur**. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 21-70.

GIOVANELLA, L. et al. Atención Primaria en Salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: GIOVANELLA, L. **Atención Primaria en Salud en Suramérica**. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015a. p. 23-58.

GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 115, p. 300-322, abr/jun 2015b.

GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage, assumptions and strategies. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun 2018.

GIOVANELLA, L.; FIDELIS, P. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-21, out 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDOÇA, M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** 1. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDOÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. p. 493-545.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Sistemas universais de saúde e crise financeira europeia. O contexto dos processos contemporâneos das reformas em saúde na Alemanha, Espanha e Inglaterra. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 6-50, 2014a.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. The financial crisis and health care systems in Europe. Universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov 2014b.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: ALMEIDA, P.; SANTOS, A.; SOUZA, M. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. 1. ed. Salvador de Bahia: Edufba, 2015. p. 19-44.

GIRALDO, A.; VÉLEZ, C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Atención Primaria**, v. 45, n. 7, p. 384-392, ago-sep 2013.

- GOIC, A. El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 143, n. 6, p. 774-786, jun 2015.
- GOIC, A.; ARMAS, R. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. **Revista médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 131, n. 7, p. 788-798, jul 2003.
- GOYENECHEA, M. Análisis del presupuesto en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. **Medwave**, Washington, v. 11, n. 12, p. 1-5, dez 2011.
- GOYENECHEA, M.; BASS DEL CAMPO, C. Análisis del presupuesto 2013 para atención primaria ¿estamos gastando lo suficiente? **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 53, n. 1, p. 26-32, jan 2013.
- GUTTMANN, A. et al. Primary Care Physician Supply and Childrens Health Care Use, Access, and Outcomes: Findings From Canada. **Pediatrics**, v. 125, n. 6, p. 1119-1126, jun 2010.
- HAGGERTY, J.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América LATina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 26, n. 5, p. 377-384, jun 2009.
- HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, M. **Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. **Fundamentos de metodología de la investigación**. 1. ed. Madrid: McGraw-Hill, 2007.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 54-62, jun 2002.
- HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1-19, mai 2017.
- HORST, B. **Fuentes de financiamiento de gobiernos subnacionales y descentralización fiscal**, 2010. Disponible em: <https://lyd.org/other/files_mf/SIE-202-Fuentes-de-Financiamiento-de-Gobiernos-Subnacionales-y-Descentralizacion-Fiscal-BHorst-En.pdf>. Acceso em: 12 ene 2019.
- HORWITZ, A. Servicio Nacional de Salud Pública chilena. In: MINSAL **La salud en el proceso de desarrollo chileno**. 1. ed. Santiago de Chile: MINSAL, 1995. p. 63-83.
- ILLANES, M. A. **En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Chile 1880-1973**. 1. ed. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- IMMERGUT, E. **Health Politics: interest and institutions in Western Europe**. 1. ed. Nova York: Cambridge Universite Press, 1992.
- INE. **País y regiones por área urbanas-rural: actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020**, 2014. Disponible em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acceso em: 21 Setembro 2017.
- INE. **Medio ambiente. Informe Anual 2016**, 2016. Disponible em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/medioambiente/informes-anales>>. Acceso em: 21 Agosto 2017.
- INE. **Proyecciones de población comunal 1992-2050**, 2018. Disponible em: <<https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acceso em: 12 ago 2018.

JIMÉNEZ, J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. **Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 43, n. 5, p. 485-492, sep/out 2001.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. S.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Epidemiol Community Health**, Washington, v. 56, n. 9, p. 647-652, set 2002.

KNAUL, F. et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. **Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 53, n. 2, p. 85-95, ene 2011.

LABONTÉ, R. et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. **Gerencia Política y Salud**, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 14-29, ene/jun 2009.

LABRA, M. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. **Cadernos de saúde pública**, Río de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1041-1052, ago 2002.

LABRA, M. Medicina Social en Chile: propuestas y debates (1929-1950). **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 44, n. 4, p. 207-219, ene 2004.

LABRA, M. E. **Política, saúde e interesses médicos no Chile (1900-1990)**. Tese (Doutorado em Ciência Política). Sociedade Brasileira de Instrução, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LABRA, M. E. Política de saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001.

LARRAÑAGA, O. Descentralización y equidad: el caso de los servicios sociales en Chile. **Cuadernos de Economía**, Santiago de Chile, v. 33, n. 100, p. 345-365, dic 1996.

LARRAÑAGA, O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. In: TITELMAN, D.; UTHOFF, A. **Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia**. 1. ed. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica - CEPAL, 2000. p. 415-461.

LARRAÑAGA, O. Las Políticas de Protección Social en Perspectiva Histórica. In: LARRAÑAGA, O.; CONTRERAS, D. **Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile**. 2. ed. Santiago de Chile: Uqbar Editores, 2015. p. 15-39.

LAURELL, A. La lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde, o público e o privado**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 31-48.

LAURELL, A. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, R., et al. **Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 83-102.

LENZ, R. **Proceso político de la Reforma AUGE de Salud en Chile. Algunas lecciones para América Latina**, 2007. Disponível em: <http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.

LINARES-PÉREZ, N.; LÓPEZ-ARELLANO, O. Equidad en salud: conceptos y perspectivas. In: LLAMBÍAS, J. **La enfermedad de los sistemas de salud, miradas críticas alternativas**. 1. ed. Santiago de Chile: RIL EDITORES, 2015. p. 61-78.

- LOBATO, L. **Políticas sociais e de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- LOBATO, L.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.
- LONDOÑO, J. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. **Revista de Análisis Económico**, Santiago de Chile, v. 11, n. 2, p. 37-60, nov 1996.
- MAGNUSSEN, L.; EHIRI, J.; JOLLY, P. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. **Health Affairs**, Bethesda, v. 23, n. 3, p. 167-174, may/jun 2004.
- MANUEL, A. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. **Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 44, n. 1, p. 60-68, ene/feb 2002.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social, e Status**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- MARTÍNEZ, R. et al. El coeficiente de correlación de los rangos de spearman. **Revista Habana Ciencia Médica**, La Habana, v. 8, n. 2, p. 1-19, abr/jun 2009.
- MASSARDO, J. Extensión del estado en la sociedad civil y protección social de la salud (1865-1924). In: URBINA, L. **Historia de la protección social de la salud en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2009. p. 39-55.
- MATTA, G. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, jul 2005.
- MAYOL, A. **El derrumbe del modelo, la crisis de la economía de mercado en el Chile contemporáneo**. 2. ed. Santiago de Chile: LOM, 2013.
- MAYOL, A. **La Nueva Mayoría y el fantasma de la Concertación. Cambios estructurales o la medida de lo posible**. 1. ed. Santiago de Chile: CEIBO, 2014.
- MDS. **CASEN 2011. Indicadores de pobreza**, 2012. Disponível em: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/pobreza_casen_2011.pdf>. Acesso em: 23 Agosto 2017.
- MDS. **CASEN 2015. Evolución y distribución de ingresos**, 2016. Disponível em: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ingresos_de_los_hogares.pdf>. Acesso em: 21 Agosto 2017.
- MDS. **Metodología de estimación de pobreza ao nível comunal, com dados de CASEN 2015**, 2017. Disponível em: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Metodologia_de_estimacion_de_pobreza_a_nivel_comunal_con_datos_de_Casen_2015.pdf>. Acesso em: 16 Janeiro 2018.
- MDS. Ministerio de Desenvolvimento Social. **Serie de dados da pobreza municipal**, 2018. Disponível em: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/datos_pobreza_comunal.php>. Acesso em: 12 Janeiro 2017.
- MEDINA, G. et al. Atenção primária à saúde, reflexões sobre a política a partir da prática de pesquisa. In: TEIXEIRA, C. **Observatório de análise de política em saúde, abordagens, objetos e investigações**. 1. ed. Salvador de Bahia: EDUFBA, 2016. p. 227-265.

MELLER, P. **Resultado de cuatro gobiernos chilenos 1958-1989**. 1. ed. Santiago de Chile: CIEPLAN, 1990.

MENDOÇA, M. et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDOÇA, M., et al. **Atenção Primária à Saúde No Brasil, conceitos, práticas e pesquisa**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018. p. 29-50.

MENICUCCI, T.; GOMES, S. **Políticas sociais, conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

MESA-LAGO, C. Comparative study of the development of social security in Latin America. **International Social Security Review**, v. 39, n. 2, p. 127-152, abr 1986.

MINSAL. **Objetivos Sanitarios 2000-2010**, 2002. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf>>. Acesso em: 12 Enero 2018.

MINSAL. **Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria**, 2013. Disponível em: <http://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf>. Acesso em: 12 Enero 2018.

MINSAL. **Informe Final. Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 - 2012**, 2015a. Disponível em: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf>. Acesso em: 12 Septiembre 2017.

MINSAL. **Plan Extraordinario para la Reducción de Listas de Espera No AUGE**, 2015b. Disponível em: <<http://www.minsal.cl/plan-extraordinario-para-la-reduccion-de-listas-de-espera-no-auge/>>. Acesso em: 12 Enero 2018.

MINSAL. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados**, 2017. Disponível em: <<http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>>. Acesso em: 21 Agosto 2018.

MINSAL. **IES Información Económica para Salud**, 2018a. Disponível em: <<http://ies.minsal.cl/gastos/salud/reporte4>>. Acesso em: 12 Enero 2018.

MINSAL. **Gasto corriente total en salud, público y privado (millones de pesos)**, 2018b. Disponível em: <<http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/indicadores/1>>. Acesso em: 12 dic 2018.

MINSAL. **Mortalidad infantil y sus componentes, por región y comuna de residencia de la madre**, 2018c. Disponível em: <http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html>. Acesso em: 1 ago 2018.

MOLINA, C. Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile 1932-1952. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 46, n. 4, p. 284-304, dic 2006a.

MOLINA, C. La Ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena. Parte I. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 46, n. 1, p. 74-100, ago 2006b.

MOLINA, C. La Ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 46, n. 2, p. 145-154, ago 2006c.

MOLINA, C. Historia de la protección social de la salud en Chile: 1938-1973. In: URBINA, L. **Historia de la protección social de la salud en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2009. p. 60-84.

MOLINA, C. **Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2010.

MONASTERIO, H. La protección social en salud a comienzos del siglo XX. In: URBINA, L. **Historia de la protección social de la salud en Chile**. 1°. ed. Santiago de Chile: LOM, 2009. p. 85-94.

MONTERO, J. et al. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena. Pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. In: PUC **Camino al Bicentenario. Propuestas para Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: PUC, 2008. p. 73-94.

MONTOYA-AGUILAR. Atención Primaria de Salud. Alma Ata una otra vez y la experiencia de Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 48, n. 3, p. 147-154, sep 2008.

MORALES, A.; LANDERRETCHÉ, O.; MARTÍNEZ, A. **Mortalidad infantil en Chile: un indicador de desigualdad del sistema de salud**, 2015. Disponible em:
<<http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/31eb2b5ef1ced034b75000d64b52a6240af9e2fb.pdf>>. Acceso em: 21 Enero 2018.

MOULIAN, T. **Chile actual, anatomía de un mito**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2002.

MSP. **Declaración para la salud de los pueblos**, 2000. Disponible em:
<<http://archive.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-spanish.pdf>>. Acceso em: 12 set 2018.

NORONHA, J. C. Cobertura Universal de Saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, mai 2013.

NUEVA MAYORIA. **Chile de todos. Programa de gobierno de Michelle Bachelet 2014-2018**, 2013. Disponible em: <<http://www.subdere.gov.cl/sala-de-prensa/programa-de-gobierno-michelle-bachelet-2014-2018-2>>. Acceso em: 12 out 2018.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. 1. ed. Brasília: IPEA,OMS,OPAS, 2001.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 114-129, ene-jun 2013.

OECD. **Health et a Glance**, 2013. Disponible em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en>. Acceso em: 23 Setembro 2017.

OECD. **Health et a Glance**, París, 2015. Disponible em:
<<http://www.oecd.org/publications/panorama-de-la-salud-2015-9789264270626-es.htm>>. Acceso em: 1 set 2017.

OECD. **Health et a Glance 2017**, París, 2017. Disponible em: <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8117301e.pdf?expires=1511050037&id=id&accname=guest&checksum=8488B1C270A58E20F9047FC995F52168>>. Acceso em: 18 Outubro 2017.

OLAVARRIA, M. ¿Cómo cambian las políticas públicas? Análisis de la formulación del Plan AUGE. In: OLAVARRÍA, M. **¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2: el Plan AUGE y la reforma de la salud**. 1. ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2011. p. 59-99.

OMS. **Declaração de Alma Ata**, 1978. Disponível em:

<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en>. Acesso em: 12 Janeiro 2018.

OMS. **Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000**, Ginebra, 1981. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/197241>>. Acesso em: 1 ago 2017.

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**,

Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 Janeiro 2018.

OMS. **APS, agora mais do que nunca**, Genebra, 2008. Disponível em:

<https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 12 set 2018.

OMS. **Financiamento dos sistemas de saúde, o caminho para a cobertura universal**, Genebra, 2010.

Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. Acesso em: 13 set 2018.

OMS. **Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud**, 2011. Disponível em:

<http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf>. Acesso em: 12 Agosto 2018.

OMS. **Argumentando sobre la cobertura universal sanitaria**, 2013. Disponível em:

<http://www.who.int/health_financing/UHC_SPvs1.pdf>. Acesso em: 13 sep 2018.

OMS. **Declaración de Astana sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma Ata hasta la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible**, 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=717-declaracion-de-astana-sobre-atencion-primaria-de-salud-desde-alma-ata-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible&category_slug=politicas-siste>. Acesso em: 22 dic 2018.

OMS-OPAS. **Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (declaración de Montevideo)**, 2005. Disponível em:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf>. Acesso em: 12 ene 2018.

OMS-OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, Washington DC, 2007.

Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965>. Acesso em: 14 jan 2017.

ONU. **Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo, la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible**, 2015. Disponível em:

<https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf>. Acesso em: 12 sep 2018.

OPAS. **Redes integradas de serviços de saúde. Conceitos, opções de políticas, e folha de rota para sua implementação nas américa**, 2010. Disponível em:

<https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307>. Acesso em: 12 ago 2018.

OPS. **Iniquidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud**. 1. ed. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2000.

OPS. **La salud en las Américas: Informe de la directora, 2003**, Washington, 2003. Disponível em: <https://www.paho.org/annual-report-d-2013/index_es.html>. Acesso em: 1 sep 2017.

OPS. **Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas 2016**, Washington, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 Jul 2018.

OPS. **Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas 2017**, Washington, 2017a. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>>. Acesso em: 12 Jul 2017.

OPS. **Salud en las Américas. Resumen, panorama regional e perfiles de país**, Washington, 2017b. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=4235&lang=es>. Acesso em: 12 Jul 2018.

OTTONE, E.; VERGARA, C. La desigualdad social en América Latina y el caso chileno. **Revista de Humanidades y Ciencias Sociales**, Santiago de Chile, n. 108, p. 59-92, sep 2007. ISSN 0716-1115.

OYARZO, C. La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1, p. 72-82, 2000.

PAHO. **Health Information Platform for the Americas (PLISA)**, 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=0>. Acesso em: 12 sep 2017.

PAIM, J. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. **Planejamento**, Salvador, v. 8, n. (1/2), p. 19-46, 1980.

PAIM, J. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. 1. ed. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago 2006.

PAIM, J. **O que é o SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul/set 2012.

PAIM, S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são as necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva, Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014. p. 29-39.

PALIER, B. Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales. In: PALIER, B.; DANIEL, C. **La protection sociale. Le temps des réformes**. 1. ed. Paris: Documentation Française, 2001. p. 64-94.

PARADA, M. **Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile. Un análisis sociológico**. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Autónoma de Madrid, Madrid, 2004.

- PARADA, M. Financiamiento solidário: un espejismo en la reforma sanitaria chilena. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 45, n. 2, p. 138-143, 2005.
- PARADA, M. et al. Transformaciones del sistema de salud público post Reforma AUGE-GES en Valparaíso. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago de Chile, v. 18, n. 2, p. 127-139, jul 2014a.
- PARADA, M. et al. Informe de Salud en Chile. In: GONZALEZ, R.; BARRIA, S.; SENGUPTA, A. **La lucha por el derecho a la salud en América Latina**. 1. ed. El Salvador: ALAMES, 2014b. p. 31-51.
- PARADA, M.; ROMERO, M.; MORAGA, F. Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 143, n. 4, p. 512-519, abr 2015.
- PARADA-LEZCANO, M.; ROMERO, M. I.; MORAGA, F. Educación Médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 144, n. 8, p. 1059-1066, ago 2016.
- PARAJE, G.; INFANTE, A. La Reforma AUGE, diez años después. In: LARRAÑAGA, O.; CONTRERAS, D. **Las nuevas políticas de protección social en Chile**. 2. ed. Santiago de Chile: Uqbar Editores, 2015. p. 73-112.
- PARNERS FOR HEALTH REFORMSPLUS-PHRPLUS. **Understanding national health accounts: the methodology and implementation process**. 1. ed. Bethesda: Primer for Policymakers, 2003.
- PEREIRA, A. et al. Atenção Primária a Saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul/set 2012.
- PEREIRA, P. **Necessidades humanas, subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- PÉREZ, S.-L.; ARRIVILLAGA, M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. **Salutem Scientia Spiritus**, Cali, v. 3, n. 2, p. 32-49, dic 2017.
- PIOLA, S. La financiación de la salud en los países seleccionados de América Latina. In: RODRÍGUES, V. **Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas**. 1. ed. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp - Fiocruz/Nethis., 2013. p. 191-211.
- PNUD. **Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del Desarrollo Humano**. 1. ed. New York: PNUD, 2015.
- PNUD. **Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo Humano para todos**. 1. ed. New York: PNUD, 2016.
- PNUD. **Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: PNUD, 2017.
- PORTO, M. Justiça Social, Equidade e Necessidades em Saúde. In: PIOLA, F.; VIANNA, S. **Economia da Saúde, conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1998. p. 123-140.
- POSSAS, C. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: Implicações das Políticas de Ajuste Estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde, o público e o privado**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 49-63.

RAMÍREZ, N. et al. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1875-1890, out 2011.

RAÑA, J.; FERRER, J.-C.; BEDREGAL, P. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 135, n. 1, p. 54-62, jul 2007.

RIQUELME, C. et al. Desigualdad en recursos financieros de la Atención Primaria de Salud Municipal en Chile, 2001-2013. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 145, n. 6, p. 723-733, jun 2017.

ROA, A. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R.; PIOLA, S.; ROA, A. **Sistema de saúde no Brasil, organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; ABRES; MS, 2016. p. 75-100.

ROA, A.; CANTÓN, G.; FERREIRA, M. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. In: MARQUES, R.; PIOLA, S.; ROA, A. **Sistema de saúde no Brasil, organização e financiamento**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; ABRES; MS, 2016. p. 37-74.

RODRÍGUEZ, J. **Desarrollo y desigualdad en Chile (1850-2009)**. 1. ed. Santiago de Chile: Centro de investigaciones Diego Barros Arana, 2017.

RODRÍGUEZ, M.; LARRAÑAGA, O. Desigualdad de ingresos y pobreza en Chile 1990-2013. In: LARRAÑAGA, O.; CONTRERAS, D. **Las nuevas políticas de protección social en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: Uqbar Editores, 2015. p. 251-294.

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **The Lancet**, v. 372, n. ISSUE 9642, p. 950-961, set 2008.

ROSAS, A.; NARCISO, V.; CUBA, M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): una visión desde la medicina familiar. **Revista Acta Médica Peruana**, Lima, v. 30, n. 1, p. 1-6, ene/mar 2013.

ROSELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and the reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, London, v. 10, n. 380, p. 1-8, jan 2010.

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud en debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul/set 2012.

SAGREDO, A. Caracterización del sistema de dirección en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 35, n. 4, p. 78-109, 2009.

SALAZAR, G. Lo social (popular) y lo político (nacional) en Chile ¿Crisis del modo clientelista de articulación? In: CLACSO **Movimientos sociales y política, el desafío de la democracia en América Latina**. 1. ed. Santiago de Chile: CLACSO, 1990. p. 183-197.

SEN, A. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington D.C. , v. 11, n. 5, p. 302-309, 2002.

SEPÚLVEDA, C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 43, n. 1, p. 21-35, ago 2004.

SINIM. **Datos municipales 2017**, 2018. Disponível em: <<http://datos.sinim.gov.cl/>>. Acesso em: 13 ene 2018.

- SOJO, A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2673-2685, jun 2011.
- STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primaria, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002a. p. 19-42.
- STARFIELD, B. Sistemas de atenção primaria en nações ocidentais industrializadas. In: STARFIELD, B. **Atenção primaria, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002b. p. 565-596.
- STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS REPORT 2012. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 16, n. 1, p. 20-26, sep 2012.
- SUBDERE. **División Político Administrativa de Chile, regiones, provincias y comunas**, 2008. Disponível em: <http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-73111_recurso_1.pdf>. Acesso em: 12 Enero 2018.
- TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde, conceitos, métodos e experiências**. 1. ed. Salvador de Bahia: EDUFBA, 2010.
- TEJADA, D. Alma Ata 25 años después. **Perspectivas de salud**, Washington, v. 8, n. 2, p. 3-7, 2003.
- TEJADA, D. Lo que es la Atención Primaria de Salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma Ata. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 30, n. 2, p. 283-287, abr 2013.
- TELES, A.; COELHO, C.; FERREIRA, M. Blocos de financiamento: transferências federais para o Estado da Bahia. **Revista Saúde.Com**, Vitória da Conquista, v. 12, n. 2, p. 542-550, jul 2016a.
- TELES, A.; COELHO, T.; FERREIRA, M. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 786-799, set 2016b.
- TELES, A.; COELHO, T.; FERREIRA, M. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 457-470, abr 2017.
- TÉLLEZ, Á. Atención Primaria: factor clave en la reforma de salud. **Temas de la agenda pública**, Santiago de Chile, v. 1, n. 2, p. 1-12, ago 2006.
- TESTA, M. **Pensar em Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.
- TETELBOIN, C. **La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990**. 1. ed. Ciudad de México: UAM-X, 2003.
- TETELBOIN, C. Sistema de saúde, desenvolvimento e direitos no Chile: uma questão a ser construída. In: COHN, A. **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2013. p. 185-220.
- TETELBOIN, C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. In: TETELBOIN, C.; LAURELL, A. **Por el derecho universal a la salud, una agenda latinoamericana de análisis y lucha**. 1. ed. Ciudad de México: CLACSO, 2015. p. 75-98.

- TETELBOIN, C.; GRANADOS, J. Las ISAPRE y su impacto en el sistema de salud chileno. **Nueva Epoca**, Ciudad de México, v. 4, n. 7, p. 7-14, 1999.
- TOMASSINI, L.; ARMIJO, M. **Reforma y modernización del Estado, experiencias y desafíos**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2002.
- UNGER, J.; KILLINGSWORTH, J. Selective primary health care: A critical review of methods and results. **Social Science & Medicine**, v. 22, n. 11, p. 1001-1013, 1986.
- URRIOLA, R. Historia de la protección social de la salud en Chile. In: URBINA, L. **Historia de la protección social de la salud en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: LOM, 2009. p. 9-36.
- URRIOLA, R. Financiamiento de la atención de salud en Chile. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 50, n. 2, p. 83-94, 2010.
- VALDIVIESO, V.; MONTERO, J. El plan AUGE: 2005 al 2009. **Revista Médica de Chile**, Santiago de Chile, v. 138, n. 8, p. 1040-1046, ago 2010.
- VARGAS, V.; POBLETE, S. Incrementar la equidad en la Atención Primaria: Revisión de la fórmula del Per Cápita. **Revista Chilena de Medicina Familiar**, Santiago de Chile, v. 7, n. 2, p. 76-83, 2006.
- VARGAS, V.; POBLETE, S. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la Atención Primaria. **Revista Chilena de Medicina Familiar**, Santiago de Chile, v. 8, n. 1, p. 24-31, abr 2007.
- VEGA, R.; ACOSTA, N. La atención primaria en sistemas basados en el aseguramiento: el caso de Chile, Colombia y Perú. In: ISAGS **Atención Primaria de Salud en Suramérica**. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 195-256.
- VERGARA-ITURRIAGA, M.; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, M. S. Financiamiento del sistema de salud chileno. **Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 48, n. 6, p. 512-521, nov/dic 2006.
- VIANA, A. L.; FONSECA, A.; SILVA, H. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-15, jul 2017.
- VUORI, H. Primary Health Care in Europe - Problems and solutions. **Community Medicine**, London, v. 6, n. 3, p. 221-231, aug 1984.
- VUORI, H. Health for all, primary health care and general. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 36, n. 290, p. 398-402, set 1986.
- WB. **DataBank**, 2017. Disponível em: <<http://www.bancomundial.org/es/publication/reference>>. Acesso em: 21 sep 2017.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Copenhagen, v. 22, n. 1, p. 429-445, jul 1991.
- WHO. **Renewing the Health for All Strategy**: elaboration of a policy for equity solidarity and health, Geneva, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62764/56672_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 jan 2018.
- WHO. **World Health Statistics 2014**, Genebra, 2014a. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/>. Acesso em: 12 Sep 2017.

- WHO. **Global Health Observatory**, 2014b. Disponível em:
<<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOPER?lang=en>>. Acesso em: 12 sep 2017.
- WHO. **World Health Statistics 2015**, Genebra, 2015. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/>. Acesso em: 12 Oct 2017.
- WHO. **World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDG**, Genebra, 2016. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/>. Acesso em: 12 Sep 2017.
- WHO. **World Health Statistics 2017. Monitoring Health for the SDG**, Genebra, 2017. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/>. Acesso em: 12 nov 2017.
- YEPES, F. **Luces y sombras de la Reforma de la Salud en Colombia**, 2010. Disponível em: <<https://id-bnc-idrc.dspace.direct.org/bitstream/handle/10625/43686/IDL-43686.pdf>>. Acesso em: 14 sep 2018.
- ZÁRATE, M. S. **Por la salud del cuerpo. Historia de las políticas sanitárias en Chile**. 1. ed. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008.
- ZÁRATE, M. S.; GODOY, L. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). **História, Ciências, e Saúde-Manginhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 131-151, Dez 2011.