

Saúde e previdência social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos

MURILLO VILLELA BASTOS*

1. Evolução da previdência social; 2. Assistência médica e previdência social; 3. Assistência médica e previdência social no Brasil.

1. Evolução da previdência social

Embora cada país tenha uma data em que comemora a implantação do *seguro social* ou *previdência social*, como se diz no Brasil, estão longe de ser nítidos os limites entre o que antecede e o que sucede a essa implantação. O que se comemora é a promulgação de um ato que, ou oficializa um plano mutuário já existente, ou cria condições para sua implementação. Mas entre o ato legal e o fato social há sempre muito tempo de permeio, porque a proteção social de um povo depende de muita coisa que a lei não pode criar.

Acredita-se que as manifestações essenciais do mutualismo sejam tão antigas quanto a própria sociedade humana, variando o aspecto em função das peculiaridades de cada sociedade e se aperfeiçoando à proporção que a organização social fica mais complexa. Contudo, a mutualidade organizada especificamente para o amparo na doença começou a se desenvolver particularmente em decorrência do processo de urbanização e da difusão da eco-

* Assessor de Estudos Especiais do Ministério da Previdência e Assistência Social — MPAS.

nomia monetária, porque desde então a doença começou a significar dispêndio de dinheiro, seja para a compra de medicamentos, seja para a remuneração de serviços.

No Brasil, instituições como as misericórdias, as ordens terceiras das irmandades religiosas e as beneficências, incorporando idéias de mutualidades, foram criadas a partir da colonização, mas na Europa são ainda mais antigas, já existindo desde o século XII, representadas pelas confrarias operárias de assistência mútua.

Entretanto, a mutualidade para o amparo na doença, oficialmente implantada como seguro social, é de épocas bem mais recentes (anexo 1).

Alguns exemplos bem conhecidos são:

a) o dos EUA que, em 1798, instituíram um plano desse tipo para os marítimos. Era custeado por contribuições deduzidas dos salários dos segurados e participação financeira dos armadores de navios, mas vinculado ao órgão equivalente ao nosso Ministério da Fazenda. Com tais recursos foi constituído o Marine Hospital Service, lá considerado o início da organização da saúde pública, embora fundado nos mesmos princípios que, em outros países, evoluíram para constituir a previdência social;

b) o da Alemanha, onde o governo, pressionado pelos socialistas, que a cada dia ficavam mais atuantes e influentes sobre o operariado, encomendou em 1881 um estudo sobre os meios de neutralizar a crescente força política dessa ideologia. A solução preconizada, e adotada em 1883, consistiu na oficialização das caixas de auxílio-doença, as *Krankenkasse*, a que voluntariamente já se associavam os operários alemães no século passado.

A oficialização e regulamentação dessas caixas — uma para cada empresa — tornava obrigatória a participação de todos os seus empregados e organizava seu regime em bases atuariais. Como havia, também, um grande interesse político em jogo, o governo assumiu responsabilidades pela estabilidade financeira dos respectivos fundos, participando de seu custeio e obrigando o empregador a fazer o mesmo, cada um contribuindo com 1/3 dos recursos necessários: o empregado, o empregador e o governo.

Esse *modelo alemão* de seguro (ou previdência) social foi imitado por vários países da Europa e das Américas. Na Alemanha, após a oficialização do seguro-doença em 1883 e do seguro de acidente de trabalho em 1884, as caixas incorporaram um fundo às aposentadorias e pensões em 1889.

No Brasil comemora-se a instituição do seguro social na data da promulgação do Decreto nº 4.682, que ocorreu em 24.1.23 e ficou conhecido como Lei Eloy Chaves (anexo 2).

Desconsidera-se, geralmente, a precedência dos montepios, como o Plano de Beneficência dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha, de 23.9.1795, ou do Exército, instituído pela Lei imperial de 6.11.1827 (designada Meio Soldo), ou ainda o Montepio Geral da Economia, criado em 10.1.1835 para os dependentes dos servidores civis. Também raramente é identificada como início da previdência social no Brasil a lei que instituiu o seguro obrigatório de acidentes do trabalho, em 1919.

Qualquer que tenha sido o motivo dos historiadores para tomar a Lei Eloy Chaves como o marco inicial da organização previdenciária brasileira, um outro fato foi nitidamente reconhecido: a previdência social brasileira começou pela assistência médica.

Isto é de fácil verificação porque, dos quatro benefícios autorizados por essa lei, os dois primeiros dizem respeito à assistência médica, e mais, antes de fazerem jus a uma aposentadoria, ou de deixarem uma pensão para os sobreviventes, é quase certo que os segurados devem ter necessidade de alguma assistência médica ou farmacêutica.

2. Assistência médica e previdência social

Nunca será demasiado insistir na vinculação da previdência social à organização social vigente onde ela é implantada, porque, antes de inovar, é natural que ela busque melhorar ou facilitar a obtenção do ambicionado benefício, segundo os modelos e os padrões culturais do grupo e da época. As modificações que o mecanismo de ação previdenciária possa introduzir no país só começam a se manifestar depois que, por sua extensão e magnitude, passam a afetar, em profundidade, as estruturas produtoras dos serviços por ela utilizados.

Isto pode ser observado, embora com algumas exceções, em quase todos os países onde existe previdência social.

Na Europa, por exemplo, ao organizar o financiamento da assistência médica para seus beneficiários, as instituições de previdência preservaram as tradições locais. Cada beneficiário procurava o médico de sua preferência, geralmente o da vila ou do bairro em que morava. Isto porque o fenômeno ocorreu quando predominavam os clínicos gerais e não havia problemas com relação à distribuição de médicos nas áreas onde teve início o processo.

Também não era usual a consulta a especialistas; estes só eram encontrados nas universidades, nos centros de ensino e de pesquisa mantidos pelo governo em pouquíssimas cidades. Por isto, em quase toda a Europa os hospitais especializados são instituições oficiais e quase todos os especialistas são funcionários assalariados, enquanto os clínicos gerais permanecem como profissionais liberais.

As exceções podem ser observadas na Inglaterra e nos países socialistas, onde a estatização dos serviços médicos ocorreu paralelamente à organização da previdência social, e não para os beneficiários desta.

Na América a organização social era mais diversificada do que na Europa no início do século XX.

A Argentina, por exemplo, com uma organização mais parecida com a alemã do que a dos demais países latinos deste continente, ainda tem uma previdência social baseada em caixas independentes e uma organização médica apoiada na livre procura do médico. Mas a Argentina é, por vários motivos, uma exceção na América Latina, inclusive pelo fato de ter a maior

proporção de médicos deste continente (1 para 450 habitantes) superando mesmo os EUA (1/610) e o Canadá (1/600).

O Canadá, um ex-membro da comunidade britânica, organizou em 1958 um seguro-hospitalização nacional e compulsório e posteriormente um seguro-doença também obrigatório, isto é, como seguro social de doença, mas não como um benefício ou uma atividade de previdência social; esta ficou restrita aos trabalhadores assalariados.

Em todos os países da América Latina existe previdência social — geralmente com mais de uma instituição por país.

Na grande maioria desses países a organização médico-assistencial obedece, contudo, a um modelo peculiar à estrutura econômico-social dos países com baixa renda *per capita*, alta concentração de renda, elevada concentração de profissionais e de serviços de saúde nas áreas das cidades onde se concentra a renda, elevado custo e baixa produtividade dos serviços médicos, aliados a um precário estado sanitário da população (anexo 3). Nesses países, ou os hospitais e os médicos que assistem aos beneficiários de previdência social são da própria instituição, ou são por ela contratados, ou credenciados, mas sempre pagos diretamente pela previdência. O precário relacionamento entre clientes e médicos reflete a ausência desse relacionamento na esfera social, devido à grande disparidade de renda, educação e padrão de vida entre as respectivas categorias sociais.

Nesses países, a assistência médica, tanto quanto a previdência social, só beneficia uma pequena parcela da população (10 a 20%), na qual estão sempre incluídos os funcionários públicos e os empregados nas empresas urbanas (marítimos, ferroviários, comerciários, bancários, industriários etc.). Em muitos deles a previdência social não chega a contribuir para modificar o modelo de concentração de renda e de serviços. Se bem que os beneficiários da previdência social consigam obter entre duas e cinco vezes mais serviços médicos do que a população em geral, a renda gerada pela assistência médica é concentrada nos seus produtores, que normalmente provêm das classes abastadas. E se os recursos financeiros *per capita* para serviços de saúde dos beneficiários da previdência social são muito superiores aos do restante da população, é porque, para isto, toda a população de algum modo contribui. Mas tais recursos são gastos na manutenção de uma dispendiosa e pouco eficiente organização assistencial, que além de muito pouco contribuir para a melhoria da saúde dos beneficiários da previdência tem graves repercussões sobre o padrão assistencial do restante da população (excetuada a minoria mais rica).

3. Assistência médica e previdência social no Brasil

Aqui também a previdência social começou pelos trabalhadores urbanos: os servidores públicos militares e civis, os ferroviários e os marítimos, os bancários, os comerciários, empregados em serviços de utilidade pública e os

indústriários. Pouco depois foram incluídos os trabalhadores autônomos, mas foram necessários quase cinquenta anos para chegar às empregadas domésticas.

Os trabalhadores rurais são os que têm maiores dificuldades para participar de um seguro social típico e por isto só puderam receber a proteção da previdência social brasileira quando esta se dispôs a abandonar o regime contributivo do trabalhador e a encarar a proteção social segundo uma ótica menos míope.

Nas Américas a previdência social brasileira é uma exceção, tanto pela abrangência quanto pela cobertura de seus planos de benefício. Atualmente ela abrange seguramente mais de 80% da população, e, quanto à cobertura de riscos, assegura a quase todos, além de serviços médicos, alguma forma de benefícios em dinheiro; na velhice e na invalidez, pelo menos. Também uma ampla cobertura dos acidentes de trabalho, inclusive para a população rural.

No início, quando ainda vigorava o *modelo alemão*, de uma caixa para cada empresa, era difícil pensar-se na organização de serviços médicos próprios. A caixa apenas pagava ou financiava o tratamento de seus associados, pelos médicos que habitualmente os assistiam. Algumas, contudo, logo se destacaram das demais, seja pelo elevado número de associados, seja pelo valor mais alto das contribuições, quando o salário médio na empresa era maior do que o comum. Isto ocorreu com ferroviários, bancários e empregados de companhias que exploravam serviços de utilidade pública (luz, gás e telefones). Nestes casos, ou com recursos da própria caixa, ou com auxílio da empresa interessada em melhorar a assistência, algumas caixas puderam montar ambulatorios e contratar pessoal, inclusive médicos.

A partir de 1933, quando as caixas de aposentadoria e pensões passaram a ser substituídas por institutos de aposentadoria e pensões, de âmbito nacional, aumentou a viabilidade da organização de serviços médicos próprios. Os primeiros institutos a se organizarem, o dos funcionários públicos civis da União e o dos marítimos, empenharam-se, de imediato, na operação de ambulatorios e hospitais próprios. O dos bancários, embora mais rico pela concentração de segurados, não operou hospitais próprios, mas, ainda assim, montou quatro sanatórios e várias dezenas de ambulatorios; credenciava os melhores especialistas e também os melhores hospitais particulares de cada cidade.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários adotou a orientação de oferecer serviços ambulatoriais com pessoal próprio ou contratado, pensando em assim controlar a demanda de serviços hospitalares que seriam comprados. Por isto, embora fosse o segundo maior instituto em número de segurados, só chegou a três hospitais: um em São Paulo, um no Rio de Janeiro e outro em São Luís, no Maranhão. Entretanto, o Instituto dos Marítimos, o menor de todos, também tinha três hospitais: um no Rio de Janeiro, um em Niterói, outro em Belém, no Pará.

O Instituto dos Indústriários, o maior de todos, representando, só ele, a metade da população, foi o que mais demorou a implantar a assistência

médica. Contudo, os que foram consolidados depois dele: o IAPETC (para os empregados nas empresas de transportes e cargas) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos — IAPFESP (para reunir as remanescentes caixas de aposentadorias e pensões dos empregados nas ferrovias e empresas de serviços públicos) se empenharam na organização de ambulatórios e hospitais próprios.

Em 1944 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu) como uma comunidade de serviço para os beneficiários dos seis institutos de aposentadoria e pensões.

Era notória a falta desse tipo de serviço médico na quase totalidade das cidades brasileiras, mas os institutos não se consideravam capazes de manter, com seus recursos, um serviço para tais fins. Além do mais, como o Samdu veio a comprovar, não é possível manter um serviço de urgência médica exclusivo para uma parcela da comunidade; ele acaba atendendo indiscriminadamente a todos.

O Samdu chegou a operar cerca de 400 postos de urgência e empregou mais de três mil médicos, além de numeroso pessoal auxiliar.

No campo da assistência social — não previdenciária — a Legião Brasileira de Assistência (LBA), instituição criada pela senhora Darci Vargas em 1942, passou a implantar serviços médicos com pessoal assalariado, particularmente com vistas ao amparo à maternidade e à infância nos grupos mais pobres da população.

Em 1960 já era significativo o impacto da previdência social no mercado de serviços médicos das grandes cidades, onde foi particularmente benéfica para os jovens médicos e os hospitais particulares. Os trabalhadores, ciosos das conquistas sociais conseguidas com o apoio daquele que consideravam seu patrono, o Presidente Getúlio Vargas, na assistência médica, só admitiam como alternativa para os serviços de *seu* Instituto os da medicina liberal e privada. Em nenhuma hipótese aceitavam os serviços de santas casas, de hospitais públicos ou dos de ensino. Estes eram considerados serviços para indigentes, e a desumanização da assistência médica sua indesejável característica.

Por tais motivos, a fase de organização dos institutos de aposentadoria e pensões foi acompanhada de uma abertura de mercado de trabalho para os médicos que se formavam e de uma importante fonte de financiamento para as casas de saúde e os hospitais não-filantrópicos. A diminuição do número de indigentes e a decadência da própria filantropia criaram condições extremamente desfavoráveis para as santas casas.

3.1 Evolução da administração da previdência social no Brasil

Desde a organização da primeira caixa de aposentadoria e pensões, em 1933, até a criação do INPS em 1966,¹ a previdência social foi administrada sob

¹ A criação do INPS para reunir e integrar os institutos de aposentadoria e pensões foi determinada pelo Decreto-lei n.º 72, de 20.11.66.

regime de autarquia, por órgãos colegiados constituídos por representação paritária dos segurados (os empregados), dos empregadores e do governo.

Até o advento da Lei nº 3.807, de 26.8.60, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social, as caixas e institutos tinham a mais completa autonomia para decidir sobre sua organização e seu plano de benefícios. Esta lei foi elaborada com o propósito de uniformizar as contribuições, os benefícios e a administração dos seis IAPs. Contudo, o regime autárquico dos mesmos ainda facultava um elevado grau de ênfase e as prioridades de cada programa, particularmente com relação aos serviços médico-assistenciais.

Antes da Lei Orgânica da Previdência Social existia um outro órgão colegiado de composição paritária, o Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), cuja função era supervisionar e controlar os seis IAPs, o Samdu e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). Para assessorá-lo na organização da assistência médica, o DNPS contou, a partir de 1961, com o Conselho de Medicina da Previdência Social (CMPS), integrado pelos diretores dos departamentos de assistência dos seis institutos, pelo superintendente do Samdu e por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina Brasileira e dos sindicatos médicos do Brasil.

A esse tempo era grande a influência dos sindicatos operários sobre a administração dos IAPs, embora mais intensa em uns do que em outros. Parece, contudo, fora de dúvida, que a intensidade dessa influência pode ser aferida pela extensão dada aos serviços de assistência médica. Por este critério, ela foi mais notória no IAPM, e no IAPETC do que nos três outros, chegando a seu limite mínimo no IAPI.

O CMPS, atendendo às solicitações dos institutos e do Samdu, a determinações do DNPS ou, ainda, à reivindicação de algumas das entidades nele representadas, estudou muitos problemas relacionados com a prestação da assistência médica no Brasil. Além dos atos normativos sobre conduta terapêutica ou assistencial em diferentes condições patológicas, produziu uma tabela de honorários médicos e um plano de classificação de hospitais. O elenco de condições básicas para o credenciamento de serviços hospitalares e os critérios para avaliação, classificação e remuneração desses serviços tiveram enorme repercussão na organização hospitalar brasileira.

A influência da previdência social sobre os serviços médico-assistenciais do País pode ser então avaliada pelos efeitos que os critérios do CMPS para a classificação de hospitais exerceram sobre essas instituições. Os particulares, mais ávidos de credenciamento pelos IAPs, buscaram rapidamente preencher os requisitos da previdência social. As santas casas só vieram a consegui-lo, em escala significativa, após a organização do INPS e o início de funcionamento do Funrural. Os hospitais oficiais e os de ensino foram muito mais lentos no atendimento desses requisitos, em parte pelo fato de já terem uma fonte segura de financiamento. Não menos importante era a necessidade de adotarem uma organização empresarial para vender serviços a terceiros. Este óbice não é nada desprezível nas organizações oficiais que, quando não são empresas públicas, não podem ter receita própria. A presta-

ção de serviços à previdência social não contribuía para o aumento de seus recursos financeiros, já que os pagamentos eram obrigatoriamente recolhidos ao fundo geral da receita do Estado, e não creditados ao órgão prestador dos serviços.

Com relação aos hospitais de ensino médico as dificuldades, se não eram iguais, eram equivalentes às dos hospitais públicos.

Em alguns casos a direção do hospital não mostrava interesse no convênio com a previdência porque não desejava a intromissão desta em sua economia, mas quando esse interesse existia, raramente era compartilhado por diretores, professores e chefes de serviço. Alguns viam na associação do ensino médico com a previdência uma oportunidade para introduzir reformas necessárias à aproximação da faculdade à realidade da prática médica, mas outros a viam como um desvirtuamento do ensino e um desprestígio para o professor, cujos serviços passavam a ser fiscalizados por órgãos da previdência social. Houve, contudo, alguns exemplos de convênio de um instituto com professores de medicina, credenciando seus serviços em uma santa casa, sem qualquer interveniência da faculdade de medicina ou da administração da Santa Casa.

No ano de 1967 a previdência social brasileira iniciou uma nova etapa em sua história: abandonou a fase corporativista, da proteção organizada por grupos profissionais ou de atividades análogas, e passou a buscar a universalidade da população nacional. Dois decretos-lei, ambos de 1966, abriram o caminho — o Decreto-lei nº 66/66, modificando disposições da Lei Orgânica da Previdência Social, e o Decreto-lei nº 72/66, unificando os seis IAPs, o Samdu e a Suserps² no INPS. Foram assim equiparados os direitos de todos os beneficiários da previdência social para trabalhadores urbanos com relação à assistência médica, aos serviços sociais e à reabilitação profissional.

Outra consequência dessa mudança de atitude foi o reforço dado ao Funrural, que passou a receber recursos provenientes das empresas urbanas para custear os benefícios concedidos aos trabalhadores rurais.

A atuação do Funrural a partir de 1967 foi de significativa importância para modificações ocorridas na prestação de assistência médica, embora seus recursos fossem muito pequenos quando calculados em valor *per capita*.

Justamente por não poder montar uma organização própria para a prestação de assistência médica, ou mesmo por não ter meios para assegurar o pagamento dos serviços necessários a preços de mercado, o Funrural distribuiu os recursos que arrecadava, em dinheiro ou em equipamento médico, odontológico e hospitalar, aos hospitais não lucrativos que já vinham assistindo à população rural. A grande maioria desses hospitais era constituída pelas santas casas.

Houve assim, a partir de 1967, uma conjugação de fatores para acelerar a expansão da assistência médica, odontológica e hospitalar custeada pela

² Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (Suserps), que só existia no IAPC.

previdência social, favorecendo inicialmente as casas de saúde e os hospitais de finalidades lucrativas; em seguida, os hospitais filantrópicos e outros serviços de saúde de finalidade social.

Estes fatores foram essencialmente os seguintes:

- o rápido crescimento da demanda que decorreu:
 - a) da unificação da previdência social no INPS, equiparando os direitos de seus beneficiários à assistência médica; b) do rápido aumento do número de beneficiários da previdência social, a uma taxa média anual superior a 10%;
- a imposição, pelo INPS, dos requisitos básicos instituídos pelo CMPS para a contratação de hospitais e que visavam a uma elevação dos padrões técnicos dessa assistência;
- a entrada de recursos do Funrural, que facilitou aos hospitais das pequenas cidades a elevação de seu padrão técnico, satisfazendo aos requisitos básicos impostos pelo INPS.

Vale a pena lembrar que, em 1967, o INPS tinha cerca de sete milhões de segurados, ou seja, uns 18 milhões de beneficiários com direito a assistência médica, mas apenas metade deles habituada a receber ou a contar com tais serviços de modo regular. A outra metade provinha do IAPI, cujos beneficiários apenas começavam a tomar conhecimento dos serviços médicos da previdência social quando o INPS foi criado. Estes, ao saberem que a partir de 1967 tinham direito a serviços ambulatoriais e hospitalares por conta do INPS, provocaram verdadeira avalanche de demanda sobre as unidades assistenciais que o INPS recebeu dos IAPs e do Samdu. Estas, como era esperado, foram incapazes de atender ao acréscimo de procura, gerando as filas quilométricas que se formavam às suas portas desde a madrugada.

Impossibilitada de organizar os serviços médicos tão rapidamente quanto a demanda o exigia, a direção do INPS recorreu a várias medidas de expediente, uma das quais já utilizada com bons resultados na solução de situações excepcionais, como o convênio com empresas. Outras medidas foram o pagamento de *adicionais de produtividade* aos médicos do próprio quadro de servidores do INPS e o pagamento *por serviços prestados* à assistência clínica ou cirúrgica prestada aos pacientes hospitalizados pelos médicos lotados em seus ambulatórios, ainda que o hospital pertencesse ao próprio INPS.

Estas medidas tiveram sérios efeitos na assistência médica prestada pela previdência social e graves repercussões em todo o setor saúde.

No convênio com empresas, o INPS transfere para estas a responsabilidade pela assistência médica e hospitalar de curta duração, devida aos empregados e respectivos dependentes, mediante o pagamento de um subsídio equivalente a 5% do maior salário mínimo nacional, por mês e por empregado registrado na empresa. A empresa deverá anotar, na carteira de trabalho e previdência social dos empregados, que eles não terão mais direito aos serviços médicos do INPS. Só têm direito aos serviços prestados pela empresa, enquanto trabalharem para ela. Apenas nos casos previstos nesses convênios a previdência assumirá o encargo e estes casos dizem respeito

às condições de longa duração, gravidade excepcional ou custo muito elevado.

Inicialmente os convênios só eram feitos com empresas que operaram em áreas desprovidas de recursos médico-assistenciais, o que as obrigava a organizar e manter serviços médicos próprios, frequentemente a custos excessivamente altos. Depois de 1967, contudo, toda empresa que se dispusesse a assumir tal responsabilidade assistencial era estimulada pelo INPS a fazê-lo, sob a declarada intenção de aliviar a demanda sobre os serviços próprios da previdência.

Esta medida deu ensejo ao surgimento de grupos médicos que negociavam com as empresas o atendimento de seus empregados, desde que estas fizessem o convênio com o INPS. Desobrigada a empresa da manutenção de uma organização médico-assistencial, até mesmo organizações de pequeno porte, isto é, com menos de 100 ou de 50 empregados, podiam fazer convênio com o INPS.

A partir dessa descoberta houve uma verdadeira proliferação de grupos médicos a disputar o mercado de trabalho, nessa operação triangular em que o principal pagador era o INPS. Essa disputa foi frequentemente acirrada e nem sempre ética, não tendo faltado nem mesmo os recursos à advocacia administrativa, à pressão política e até à intimidação de empresas e de dirigentes locais do INPS.

Quanto às medidas que visaram ao aumento da produtividade nos serviços próprios do INPS, o que se observou foi que, para solucionar um problema conjuntural, afetou-se a própria estrutura da assistência médica. A partir desse tempo agravou-se uma tendência para a mercantilização da medicina. O enorme crescimento do mercado de serviços médicos, criado pela expansão da previdência social até 1967, já se manifestara como um atrativo para a medicina. Este atrativo levou à volumosa demanda de vagas nas escolas médicas e ao acelerado aumento do número destas, gerando a situação agora universalmente criticada.

A medicina deixou de ser vista como um serviço de elevado sentido humanitário, científico e social para ser apenas uma profissão lucrativa que também confere *status* na sociedade. Atualmente não se diz que certo médico tem uma boa clínica; em vez disto, é usual dizer-se que tem um bom faturamento.

A adoção dos incentivos ao aumento da produtividade foi inicialmente vista como um meio de manter a primazia dos serviços próprios sobre os contratados.

O pagamento por unidade de serviço dos atendimentos hospitalares, realizados nos serviços próprios e por pessoal do quadro de servidores, era justificado como um meio de equiparar sua remuneração à dos médicos credenciados que trabalham em serviços não pertencentes à previdência social.

Não demorou para que os médicos de hospitais governamentais e de ensino passassem a reivindicar também essa forma de remuneração, quando a entidade tinha convênio com o INPS. Dentro de pouco tempo, aquilo que

parecia um simples expediente para corrigir uma disparidade eventual de remuneração profissional, desencadeou o processo da mercantilização aguda da medicina. Isto foi agravado pela proliferação dos grupos médicos organizados como empresas de venda de serviços que, aproveitando a conjuntura do mercado de trabalho médico caracterizada por uma excessiva oferta, aviltaram a remuneração desses profissionais.

Esta visão sucinta da influência da previdência social no panorama da assistência médica no Brasil ficaria incompleta sem pelo menos um bosquejo da programação agora a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Inamps.

A implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) veio confirmar a vocação universalista da organização previdenciária brasileira. É provável que muito cedo toda a população esteja efetivamente coberta por um só plano previdenciário.

No presente, cerca de 80%, ou pouco mais da população é beneficiária de algum dos programas do Sinpas: o dos funcionários públicos civis da União, do Distrito Federal e dos territórios; o dos trabalhadores urbanos; o dos empregados e empregadores (proprietários) rurais; e, finalmente, o programa dos que, não pertencendo a qualquer plano de previdência, sejam carentes de recursos básicos. A todos o Inamps deve prestar serviços médico-assistenciais.

Fica assim evidente que, de agora em diante, praticamente todas as instituições de saúde e organizações médico-assistenciais brasileiras deverão ter um contrato, um convênio ou um acordo de prestação de serviços com o Inamps.

O Inamps abre novas perspectivas para a organização dos serviços de saúde no País, mas enfrentando sérios problemas. Só porque ao se unificar os IAPs e o Samdu no INPS foram equiparados os direitos de todos os beneficiários à assistência médica, muitos são os que pensam deva o mesmo acontecer agora. Isto, entretanto, não será nem legalmente permitido nem financeiramente possível.

A unificação dos IAPs, em 1967, havia sido precedida da Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, pela qual era uniformizada a contribuição dos segurados e também o plano de benefícios. A unificação de 1967 foi, pois, de entidades homogêneas. Já a unificação feita em 1977 foi apenas *do comando*, dos programas de previdência e de assistência social, até então administrados por quatro entidades heterogêneas: o INPS, o Ipase, o Funrural e a LBA. Cada uma dessas instituições tinha um plano de custeio diferente para os benefícios que proporcionava. A assistência médica dos servidores públicos era custeada por recursos orçamentários da União, sem participação contributiva dos segurados. A do INPS era custeada por contribuições do empregado e da empresa. A do Funrural por uma taxa *ad valorem* sobre os produtos agrícolas vendidos ao primeiro comprador e uma outra sobre a folha de salário das empresas urbanas. A da LBA é paga com recursos provenientes da loteria esportiva.

Cada um desses planos tem agora a mesma clientela definida pela legislação própria e praticamente as mesmas fontes de recursos que tinha antes. Os servidores públicos continuam com recursos *per capita* nove vezes maiores do que os dos rurais, e os trabalhadores urbanos têm sete vezes mais. Para os beneficiários dos serviços médicos da LBA não é possível calcular um valor *per capita*, por não ser conhecido o número dos que só podem recorrer a esse tipo de assistência.

Com tais dificuldades a caracterizá-lo, o Inamps deve procurar, a um só tempo:

- a) não reduzir quer o nível de oferta, quer o padrão dos serviços *já oferecidos* a cada uma das categorias de beneficiários do Sinpas;
- b) ampliar os *serviços básicos* de saúde para que deles possam se valer todos os beneficiários do sistema, em qualquer ponto do país;
- c) definir o mercado de trabalho na prestação de serviços de saúde à população;
- d) orientar e induzir as organizações prestadoras de assistência médica para a *humanização* dos serviços, a *melhoria* da qualidade e a eficiente utilização dos recursos, sem descambar para a sofisticação ou a adoção de recursos técnicos em uso nos países em que já se morre de velhice e não de infecções e carência nutritiva.

Essas diretrizes básicas serão, certamente, entre outras menos genéricas, parte do regulamento geral da assistência médica da previdência social.

Esse regulamento deverá fixar as diretrizes para o Inamps, após sua decretação pelo presidente da República, o que poderá vir a acontecer ainda no presente governo.

São por isto da maior atualidade e inteira pertinência os estudos e os debates que estão sendo realizados na EBAP sobre este importante ramo da administração pública, pois acredito, como os senhores, que esse regulamento definirá o rumo dos serviços da saúde de nossa população na próxima década, pelo menos.

Anexo 1

Evolução da previdência social

1790 — Montepio dos Oficiais da Marinha de Portugal.

1795 — Plano de Beneficência dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha do Brasil.

1798 — Marine Hospital Service (EUA).

1827 — Meio-soldo (Montepio) do Exército do Brasil.

1835 — Montepio Geral da Economia (Brasil).

1854 — Início do seguro-doença, invalidez e velhice para os trabalhadores nas minas da Áustria.

1883 — Oficialização das *Krankenkasse*, instituindo o seguro social na Alemanha para cobertura da doença.

- 1884 — Extensão do seguro social para cobertura dos acidentes do trabalho na Alemanha.
- 1888 — A Áustria adota o modelo alemão.
- 1889 — Extensão do seguro social para cobertura da aposentadoria por invalidez e velhice na Alemanha.
- 1919 — Lei torna obrigatório o seguro contra acidentes do trabalho no Brasil.
- 1923 — Lei Eloy Chaves — autoriza a organização das caixas de aposentadoria e pensões por empresa.
- 1926 — Organização do Instituto de Previdência e Assistência dos Funcionários Públicos Cíveis da União.
- 1933 — Início da fase dos institutos de aposentadoria e pensões no Brasil, começando pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.
- 1960 — Lei Orgânica da Previdência Social — uniformiza os planos de custeio e de benefícios dos institutos de previdência social, criando condições para sua futura unificação.
- 1963 — Criação do Funrural.
- 1966 — Unificação dos institutos de aposentadoria e pensões (do Samdu e Suserps) para formar o INPS.
- 1971 — Lei Complementar nº 11 — instituindo o Prorural.
- 1974 — Lei nº 6.062/74 — cria o Ministério da Previdência e Assistência Social.
- 1975 — Lei nº 6.229 — institui o Sistema Nacional de Saúde.
- 1977 — Lei nº 6.439/77 — institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — Sinpas.
- 1978 — Implantação do Inamps, em 1.4.78.

Antecedentes históricos:

Em fins do século XVII (1697) Daniel Deföe sugeriu um método para organizar a assistência médica na Inglaterra, valendo-se do sistema de mutualidade e de auxílios do governo para seu custeio.

No século XVIII John Bellers (1714) e Piarron de Chamousset (1754), entre outros, preconizaram esse tipo de organização do custeio da assistência médica. Planos apoiados nesses métodos foram implantados em Hamburgo (1788) e em Munique (1790).

Ainda em fins do século XVIII, Mirabeau, Johann Peter Frank e William Petty desenvolveram idéias a respeito do valor do homem como patrimônio da Nação e deduziram ser a saúde da população uma responsabilidade do Estado. Por isto advogaram em favor de problemas de saúde custeados diretamente com recursos públicos.

No século XIX John Roberton ainda repetia ser não apenas humanitário, mas econômico, proteger a saúde da população (1808).

Em 1818 L. R. Villermé (na França) e J. L. Casper (1835, na Alemanha), estudando a mortalidade diferencial entre ricos e pobres, mostraram

uma diferença de até 18 anos a menos para os pobres em expectativas de vida, comprovando estatisticamente a correlação entre níveis de saúde ou expectativa de vida e situação socioeconômica das pessoas.

Anexo 2

Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923

Crea, em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no paiz uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.

Art. 2º São considerados empregados, para os fins da presente lei, não só os que prestarem os seus serviços mediante ordenado mensal, como os operários diaristas, de qualquer natureza, que executem serviços de caracter permanente.

Paragrapho unico. Consideram-se empregados ou operários permanentes os que tenham mais de seis mezes de serviços contínuos em uma mesma empresa.

Art. 3º Formarão os fundos da caixa a que se refere o art. 1º:

a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3% dos respectivos vencimentos; b) uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1% de sua renda bruta; c) a somma que produzir um augmento de 1 1/2% sobre as tarifas da estrada de ferro; d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a um mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes; e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes à diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou augmentados de vencimentos, pagas também em 24 prestações mensaes; f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno; g) as multas que atinjam o público ou o pessoal; h) as verbas sob rubricas de venda de papel velho e varreduras; i) os doativos e legados feitos à Caixa; j) os juros dos fundos accumulados.

Art. 4º As empresas ferro-viárias são obrigadas a fazer os descontos determinados no art. 3º, letras *a*, *d* e *e* nos salários de seus empregados, depositando-os mensalmente, bem como as importancias resultantes das rendas creadas nas letras *c*, *f*, *g* e *h* do mesmo artigo, em banco escolhido pela administração da Caixa sem dedução de qualquer parcella.

Art. 5º As empresas ferro-viárias entrarão mensalmente para a Caixa, por conta da contribuição estabelecida na letra *b*, do art. 3º, com uma somma

equivalente a que produzir o desconto determinado na letra *a* do mesmo artigo. Verificado annualmente quanto produziu a renda bruta da estrada, entrará esta com a diferença se o resultado alcançado pela quota de 1% for superior ao desconto nos vencimentos do pessoal. Em caso contrario, a empresa nada terá de direito a haver da Caixa, não sendo admissível, em caso algum, que a contribuição da empresa seja menor que a de seu pessoal. Art. 6º Os fundos e as rendas que se obtenham por meio desta lei serão de exclusiva propriedade da Caixa e se destinarão aos fins nella determinados.

Em nenhum caso e sob pretexto algum, poderão esses fundos ser empregados em outros fins, sendo nulos os actos que isso determinarem sem prejuizo das responsabilidades em que incorram os administradores da Caixa.

Art. 7º Todos os fundos da Caixa ficarão depositados em conta especial no Banco, escolhido de accordo com o art. 4º, salvo as sommas que o Conselho de Administração fixar como indispensáveis para os pagamentos correntes, e serão applicados com prévia resolução do Conselho de Administração para cada caso na aquisição de títulos de renda nacional ou estadual, ou que tenha a garantia da Nação ou dos Estados.

Paragrapho unico. Não serão adquiridos títulos de Estado que tenha em atrazo o pagamento de suas dívidas.

Art. 8º Os bens de que trata a presente lei não são sujeitos a penhora ou embargo de qualquer natureza.

Art. 9º Os empregados ferróviarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra *a*, terão direito:

1º, a soccorros medicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º, aposentadoria;

4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Art. 10. A aposentadoria será ordinaria ou por invalidez.

Art. 11. A importancia da aposentadoria ordinaria se calculará pela média dos salarios percebidos durante os ultimos cinco annos de serviço, e será regulada do seguinte modo:

1º, até 100\$ de salario, 90/100;

2º, salario entre 100\$ e 300\$, 90\$ mais 75/100 da diferença entre 101 e 300\$000;

3º, salario de mais de 300\$ até 1:000\$, 250\$ e mais 70/100 da diferença entre 301\$ e 1:000\$000;

4º, salario de mais de 1:000\$ até 2:000\$, 250\$ e mais 65/100 da diferença entre 301\$ e a importancia de 2:000\$000;

5º, salario de mais de 2:000\$, 250\$ e mais 60/100 da diferença entre 301\$ e a importancia do salario.

Art. 12. A aposentadoria ordinaria de que trata o artigo antecedente compete: a) completa, ao empregado ou operário que tenha prestado, pelo me-

nos, 30 annos de serviço e tenha 50 annos de idade; b) com 25% de redução, ao empregado ou operário que, tendo prestado 30 annos de serviço, tenha menos de 50 annos de idade; c) com tantos trinta avos quantos forem os annos de serviço até o máximo de 30, ao empregado ou operário que, tendo 60 ou mais annos de idade tenha prestado 25 ou mais, até 30 annos de serviço.

Art. 13. A aposentadoria por invalidez compete, dentro das condições do art. 11, ao empregado que, depois de 10 annos de serviço, fôr declarado physica ou intellectualmente impossibilitado de continuar no exercício do emprego ou de outro compatível com a sua actividade habitual ou preparo intellectual.

Art. 14. A aposentadoria por invalidez não será concedida sem prévio exame do medico ou medicos designados pela administração da Caixa, em que se comprove a incapacidade allegada, ficando salvo, á administração proceder a quaesquer outras averiguações que julgar convenientes.

Art. 15. Nos casos de accidente de que resultar para o empregado incapacidade total permanente, terá elle direito á aposentadoria, qualquer que seja o seu tempo de serviço.

Paragrapho unico. Quando a incapacidade fôr permanente e parcial a importância da aposentadoria será calculada na proporção estabelecida pela tabella annexa ao regulamento baixado com o Decreto nº 13.498, de 12 de março de 1919.

Art. 16. Nos casos de accidente de que resultar para o empregado incapacidade temporaria, total ou parcial, receberá o mesmo da Caixa indemnização estabelecida pela Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919.

Art. 17. Não se concederá aposentadoria, em nenhum caso, por invalidez, aos que a requeiram depois de ter deixado o serviço da respectiva empresa.

Art. 18. Os empregados ou operarios que forem declarados dispensados por serem prescindiveis os seus serviços, ou por motivo de economia, terão direito de continuar a contribuir para a Caixa, si tiverem mais de cinco annos de serviço, ou a receber as importancias com que para ella entraram.

Art. 19. As aposentadorias por invalidez serão concedidas em caracter provisorio e ficarão sujeitas a revisão.

Art. 20. O direito de pedir aposentadoria ordinaria se extingue quando se completarem cinco annos da sahida do empregado ou operario da respectiva empresa.

Art. 21. A aposentadoria é vitalicia e o direito a perceber-a só se perde por causa expressa nesta lei.

Art. 22. O aposentado por incapacidade permanente e parcial, cujos serviços tenham sido utilizados em outro emprego, perceberá, além do salario, a fracção da aposentadoria. Si alcançar os annos de serviço para obter a aposentadoria ordinaria ser-lhe-ha concedida aposentadoria definitiva, igual ao total da ordinaria que corresponda ao salario de seu novo emprego mais a fracção de aposentadoria por invalidez que tenha percebido.

Art. 23. Para os efeitos da aposentadoria só se levarão em conta os serviços effectivos, ainda que não sejam continuos, durante o numero de annos requeridos e prestados em uma ou em mais de uma empresa ferro-viaria.

Quando a remuneração do trabalho fór paga por dia, calcular-se-ha um anno de serviço para cada 250 dias de serviço effectivo e si tiver sido por hora dividir-se-ha por oito o numero de horas para estabelecer o numero de dias de trabalho effectivo.

Art. 24. A fracção que no prazo total de antiguidade exceder a seis mezes será calculada por um anno inteiro.

Art. 25. Não poderão ser aposentados os que forem destituídos dos seus logares por má desempenho de seus deveres no exercicio dos seus cargos. A elles serão, porém, restituídas as contribuições com que entraram.

Art. 26. No caso de fallecimento do empregado aposentado ou do activo que contar mais de 10 annos de serviços effectivos nas respectivas empresas, poderão a viuva ou viuvo invalido, os filhos e os paes e irmãs emquanto solteiras, na ordem da successão legal, requerer pensão á Caixa creada por esta lei.

Art. 27. Nos casos de accidente de trabalho têm os mesmos beneficiarios direito à pensão, qualquer que seja o numero de annos do empregado fallecido.

Art. 28. A importancia da pensão de que trata o art. 26 será equivalente a 50% da aposentadoria percebida ou a que tinha direito a pensionista, e de 25% quando o empregado fallecido tiver mais de 10 e menos de 30 annos de serviço effectivo.

Paragrapho unico. Nos casos de morte por accidente, a proporção será de 50%, qualquer que seja o numero de annos de serviço do empregado fallecido.

Art. 29. Por fallecimento de qualquer empregado ou operario, qualquer que tenha sido o número de annos, em trabalho prestado, seus herdeiros terão direito de receber da Caixa, immediatamente, um peculio em dinheiro de valor correspondente á somma das contribuições com que o fallecido houver entrado para a Caixa, não podendo esse peculio exceder o limite de 1:000\$000.

Art. 30. Não se acumularão duas ou mais pensões ou aposentadorias. Ao interessado cabe optar pela que mais lhe convenha, e feita a opção ficará excluído o direito ás outras.

Art. 31. As aposentadorias e pensões serão concedidas pelo Conselho de Administração da Caixa, perante o qual deverão ser solicitadas, acompanhadas de todos os documentos necessarios para a sua concessão. Da decisão do Conselho contrária á concessão da aposentadoria ou pensão haverá recurso para o juiz de direito do civil da comarca onde tiver sede a empresa. Onde houver mais de uma vara, competirá á primeira. Esses processos terão marcha summaria e correrão independente de quaesquer custas e sellos.

Art. 32. Logo que seja creado o Departamento Nacional do Trabalho, competirá ao respectivo director o julgamento de quaesquer recursos das

decisões do Conselho de Administração das caixas de pensões e aposentadorias.

Art. 33. Extingue-se o direito á pensão:

1º, para a viuva ou viuvo, ou paes, quando contrahirem novas nupcias;

2º, para os filhos, desde que completarem 18 annos;

3º, para as filhas ou irmãs solteiras, desde que contrahirem matrimonio;

4º, em caso de vida deshonesta ou vagabundagem do pensionista.

Paragrapho unico. Não tem direito á pensão a viuva que se acha divorciada ao tempo de fallecimento.

Art. 34. As aposentadorias e pensões de que trata a presente lei não estão sujeitas a penhora e embargo e são inalienáveis. Será nulla toda a venda, cessão ou constituição de qualquer onus que recaia sobre ellas.

Art. 35. As empresas ferro-viarias são obrigadas a fornecer ao Conselho de Administração da Caixa todas as informações que lhe forem por esta solicitadas sobre o pessoal

Art. 36. As empresas ferro-viarias que não depositarem no devido tempo, ou pela forma estatuida nesta lei, as quantias a que estão obrigadas a concorrer para a criação e manutenção da Caixa incorrerão na multa de 1:000\$ por dia de demora, até que effectuem o deposito. O Conselho de Administração da Caixa terá autoridade para promover perante o Poder Executivo ou perante o Poder Judiciário a effetivação dessas obrigações.

Art. 37. O Conselho de Administração publicará, annualmente, até o dia 30 de março de cada anno, um relatorio e balanço dando conta do movimento da Caixa no anno anterior.

Art. 38. A Caixa organizará um recenseamento dos empregados comprehendidos na presente lei e um estudo documentado sobre as bases technicas em que estiver operando dentro dos tres primeiros annos da sua vida, de modo a poder propôr as modificações que julgar convenientes.

Art. 39. As aposentadorias e pensões poderão ser menores do que as estabelecidas nesta lei, si os fundos da Caixa não puderem supportar os encargos respectivos e emquanto permaneça a insufficiencia desses recursos.

Paragrapho unico. Nos casos de accidente, quando os fundos da Caixa não forem sufficientes para o pagamento da aposentadoria ou pensão, conforme as taxas estabelecidas na presente lei, poderão sempre o empregado ou seus successores optar pelo recebimento das indemnizações estabelecidas na Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, que, nesses casos, ficarão a cargo das empresas ferro-viarias.

Art. 40. O Conselho de Administração da Caixa de aposentadoria e pensões nomeará o pessoal necessario aos serviços da mesma e marcará os respectivos vencimentos.

Os membros do Conselho de Administração desempenharão as suas funções gratuitamente.

Art. 41. A Caixa de aposentadoria e pensões dos ferro-viarios será dirigida por um Conselho de Administração, de que farão parte o superintendente ou inspector geral da respectiva empresa, dous empregados do quadro — o caixa e o pagador da mesma empresa — e mais dous empregados eleitos pelo pessoal ferro-viario, de tres em tres annos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspector da empresa ferro-viaria.

Será presidente do conselho o superintendente ou inspector geral da empresa ferro-viaria.

Paragrapho unico. Si for de nacionalidade estrangeira o superintendente ou inspector geral da empresa será substituido no Conselho pelo funcionario de categoria immediatamente inferior que seja brasileiro.

Art. 42. Depois de 10 annos de serviços effectivos, o empregado das empresas a que se refere a presente lei só poderá ser demittido no caso de falta grave constatada em inquérito administrativo, presidido por um engenheiro da Inspectoria e Fiscalização das Estradas de Ferro.

Art. 43. As empresas a que se refere a presente lei fornecerão a cada um dos empregados uma caderneta de nomeação, de que, além da identidade do mesmo empregado, constarão a natureza das funções exercidas, a data de nomeação e promoções e vencimento que percebe.

Art. 44. Os aposentados e pensionistas que residirem no estrangeiro só perceberão a sua pensão si forem especialmente autorizados pela administração da Caixa.

Art. 45. Aos empregados chamados ao serviço militar serão pagos pelas empresas mencionadas no art. 1º, 50% do respectivo vencimento, pelo período em que durar aquelle serviço.

Art. 46. São, para os fins da presente lei, considerados empregados os funcionarios das contadorias centraes das estradas de ferro.

Art. 47. A partir da entrada em execução da presente lei e para os fins nella visados ficam augmentadas de 1 1/2% as tarifas das estradas de ferro.

Art. 48. Si dentro de sessenta dias após a sua publicação não fôr regulamentada a presente lei, entrará ella em vigor independente de regulamentação.

Art. 49. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923, 102º da Independência e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES
Miguel Calmon du Pin e Almeida
Francisco Sá

Anexo 3

Distribuição da população, renda *per capita*, mortalidade infantil e médicos nas Américas.

A saúde do mundo (ago./set. 1977)

Países	População	Renda <i>per capita</i>	Morta- lidade infantil (%)	Popu- lação por médico
Argentina	25.383.000	1.922	58,9	450
Bahamas	204.000	—	32,6	1.430
Barbados	245.000	617	39,1	1.530
Bolívia	5.634.000	299	77,3	2.120
Brasil	107.145.000	723	—	1.600
Canadá	22.831.000	5.672	15,5	600
Chile	10.253.000	647	78,0	2.420
Colômbia	29.717.000	478	62,8	2.180
Costa Rica	1.968.000	799	44,8	1.580
Cuba	9.330.000	—	27,5	1.150
El Salvador	4.007.000	373	59,1	4.070
Equador	6.733.000	474	75,8	2.840
EUA	213.611.000	5.949	17,6	610
Guatemala	6.080.000	470	79,1	4.430
Guiana	791.000	360	42,3	3.270
Haiti	4.584.000	158	25,8	13.050
Honduras	3.037.000	306	39,3	3.360
Jamaica	2.029.000	1.066	26,2	3.510
México	60.145.000	632	51,9	1.440
Nicarágua	2.155.000	650	46,0	1.720
Panamá	1.668.000	935	33,3	1.240
Paraguai	2.647.000	457	30,3	2.220
Peru	15.839.000	444	65,1	1.800
República Dominicana	4.697.000	480	38,6	1.870
Suriname	422.000	970	30,4	2.030
Trinidad e Tobago	1.080.000	927	24,4	2.380
Uruguai	3.064.000	717	48,6	910
Venezuela	11.933.000	2.052	46,6	870

Obs.: A França, os Países Baixos e o Reino Unido são governos participantes da Opas, representando territórios dependentes nas Américas.

Fontes: *A Saúde do mundo*, ago./set. 1977; *Anuário demográfico das Nações Unidas*, 1975; Em US\$: *Anuário de estatísticas de contas nacionais das Nações Unidas*, 1975; Taxas por mil nascidos vivos. *Anuário estatístico mundial de saúde*, 1973-76. v. 1; *Anuário estatístico mundial de saúde*, 1973-76. v. 2.

Summary

In this article, the Author tries to show that the essential manifestations of mutualism are as old as human society itself. However, mutuality specifically organized to protect in sickness has begun as a consequence of urban life and of the spread of monetary economy because, from then on, illness started to mean disbursement of money to buy remedies or to pay for services rendered.

In a brief historic *résumé*, the Author tells how social insurance or social security was introduced in the world and specially in Brazil, where the recognized legal starting point is the Eloy Chaves Act, which emphasized medical assistance among the benefits it instituted.

In any country, social security is tied up to the prevailing social system, because the benefits that is intends to implement or to improve must be achieved in accordance with patterns and cultural standards inherent to the time and to the population to which they are destined. It is thus that social security as it exists in all of the Latin American countries follows a model adapted to the socio-economic framework of countries with a low *per capita* income, high income concentration, strong concentration of professional personnel and of health services in city areas where there is a convergence of income, high cost and low productivity of medical services, all that allied to a precarious state of sanitation within the population.

And yet, the financial resources are used to maintain an expensive and inefficient welfare organization that, in addition to giving a poor contribution to the improvement of health conditions of the system's beneficiaries, has serious repercussions upon the standards of social assistance affecting the rest of the population (the richer minority excepted).

Brazilian social security is exceptional in the Americas, both for the scope of its plans of benefits and the coverage they offer. It covers today more than 80% of the population, assuring to almost every person, in addition to medical services, some form of monetary help, at least in sickness and old age. It provides, also, an ample coverage of industrial injuries or accidents, including what concerns the rural population.

The Lei Orgânica da Previdência Social (Social Security Basic Act) was drafted with a view to the uniformization of the contributions, benefits and administration of the extant six institutos de aposentadoria e pensões (retirement and pensions institutes), whose management was under a strong influence of the trade unions.

The Brazilian social security started, thenceforth, a new stage in its history: abandoning its corporative phase, of a protection organized by groups of analogous professions or activities, and pursuing the universality of the country's population, equalizing the rights of every beneficiary of the system instituted for urban workers, as regards medical assistance, social welfare and professional rehabilitation.

Thus, from 1967 onwards, there was an association of accelerative factors, affording an expansion of medical and odontological care and hospital assistance with costs attended by social security, initially favouring private clinics organized on a profit basis and afterwards philanthropic hospitals and other health services of a social nature.

These factors were, primarily:

- a) rapid increase of the demand, resulting from the unification of social security in the Instituto Nacional da Previdência Social (Social Security National Institute), equalizing the rights of its beneficiaries as to medical welfare, and also the swift growth of the beneficiaries number, at an average annual rate of 10%;
- b) the fact that said Institute — the INPS — fixed and exacted basic requirements in the establishment of contracts with hospitals, in order to guarantee a rise in the technical standards of that assistance;
- c) the avail of resources from the Funrural (Fund for social assistance to rural zones) to improve the technical standard of the hospitals in small towns.

The Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (National Institute for Medical Assistance and Social Security), the Inamps, opens new perspectives as regards the organization of the country's health services, but faces also serious problems, as its purpose is to unify the command of social programs of insurance and welfare, till then under the management of four different organisms, with different sources of financial funds and payment plans.

According to the Author, in order to minimize such difficulties the Inamps should endeavour:

- a) to maintain the level of supply and the standard of services already offered to each class of beneficiary;
- b) to expand basic health services, making them available to all such beneficiaries, anywhere in the country;
- c) to define the labor market, in rendering health services to the population;
- d) to provide the organs instituted for medical assistance with guidance and motivation towards the humanizing and improving of the quality of these services, as well as to an efficient utilization of their resources.