



## VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

### 40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

**SISTEMAS DE SAÚDE E DESIGUALDADES NOS PAÍSES DO SUL DA EUROPA**

---

SERAPIONI, Mauro

Doutorado em Sociologia

Centro de Estudos Sociais

[mauserapioni@ces.uc.pt](mailto:mauserapioni@ces.uc.pt)

---



### Resumo

Apesar do aumento geral do nível de vida durante o século XX e da introdução de sistemas de saúde universais, muitos estudos têm evidenciado a persistência de desigualdades em todos os países industrializados. Todas as investigações realizadas demonstravam que os indicadores de saúde não estavam distribuídos casualmente entre a população, existindo significativas diferenças entre classes sociais, níveis de educação e tipos de emprego, entre grupos étnicos, entre homens e mulheres e também entre diferentes áreas geográficas. Nos países do Sul da Europa, o tema da equidade tornou-se uma prioridade apenas desde o final da década de 1990. Neste trabalho, após uma breve contextualização dos sistemas de saúde de Grécia, Espanha, Itália e Portugal, serão descritas as principais desigualdades de saúde e o papel desempenhado pelo sistema de saúde na produção dessas desigualdades, identificando os potenciais de iniquidade induzidos pelas reformas em curso.

### Abstract

Despite the general increase in the standards of living during the twentieth century and the introduction of universal healthcare systems, many studies have pointed out the persistence of inequalities in all industrialized countries. All research carried out highlighted that the health indicators were not randomly distributed among the population, but there were significant differences between social classes, education levels and types of employment, between ethnic groups, men and women and among different geographical areas as well. In the Southern European health systems the equity issue has become a priority only since the late 1990s. In this paper, after a brief contextualization of health systems in Greece, Spain, Italy and Portugal, the main health inequalities that affect population and the role of the health system in the production of these inequalities are described through the identification of the potential of inequity induced by national and regional reforms.

Palavras-chave: Desigualdades sociais; Sistemas de saúde; Países do sul da Europa

Keywords: Social inequities; Health Systems; Southern European Countries



## Introdução

Apesar do aumento geral do nível de vida durante o século XX e da introdução de sistemas de saúde universais, muitos estudos têm evidenciado a persistência de desigualdades em todos os países industrializados. Até o final dos anos 70 do século passado, as desigualdades em saúde pareciam ser um problema não relevante ou ofuscado pelo progresso económico e social, o avanço da medicina e as políticas públicas promovidas pelos governos nacionais. A partir dos anos 80, descobre-se que as desigualdades na saúde não estavam a desaparecer mas sim a aumentar. Todas as investigações realizadas demonstravam que os indicadores de saúde, tais como a esperança média de vida, a incidência de doença e o estado de saúde auto-percebido, não estavam distribuídos casualmente entre a população, existindo significativas diferenças entre classes sociais, níveis de educação e tipos de emprego, entre grupos étnicos, entre homens e mulheres e também entre diferentes áreas geográficas. Posteriormente, também a Organização Mundial da Saúde reconhece que entre os países europeus existem “inaceitáveis desigualdades no estado de saúde entre diferentes grupos sociais da sociedade” (WHO, 2003), tendo instituído, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*) com o objetivo de abordar os fatores sociais que levam à precariedade e às desigualdades na saúde, especialmente entre as pessoas mais vulneráveis (WHO, 2008).

A maior parte das investigações realizadas evidencia o papel central desempenhado pelos principais determinantes económicos, sociais, ambientais e institucionais na produção e desenvolvimento destas diferenças na saúde. Por exemplo, durante esse período, no Reino Unido, foram divulgados três importantes relatórios que denunciavam o aumento das desigualdades na saúde: *The Black Report on Social Inequalities in Health*, em 1980 (Black *et al.*, 1982); *The Health Divide*, em 1987 (Whitehead, 1987); *The Independent Inquiry into Inequalities in Health ou Acheson Report*, em 1998 (Acheson, 1998). Estes relatórios contribuíram, sem dúvida, para o desenvolvimento de estratégias aptas a promover a equidade e a definição de linhas de ação prioritárias, dando origem a um intenso debate ao nível internacional e representando a base para muitos países que, posteriormente, desenvolveram trabalhos dedicados à identificação das diferenças sociais na saúde.

A título de exemplo, nos Estados Unidos, em 1990, observou-se que a taxa de mortalidade na faixa etária entre os 25 e os 64 anos, para mulheres e homens, era de 471 por 100.000 para as pessoas com menos de nove anos de escolaridade, em comparação com 264 por 100.000 para aquelas que possuíam mais de 15 anos de educação (Blane, 1997). Na Holanda, a taxa de doença crónica auto-relatada por pessoas com mais de 16 anos era 50% superior entre aquelas que haviam deixado a educação formal após a escola primária, em comparação com aquelas que atingiram uma educação universitária (Mackenback, 1993). Em Espanha, os relatórios do *Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud* mostraram que as pessoas de classes desfavorecidas apresentavam um pior estado de saúde e doenças crónicas mais frequentes do que as pessoas de classes privilegiadas (Borrell *et al.*, 2008).

Ainda hoje as desigualdades sociais na saúde representam um tema crítico na maioria dos países europeus, tal como denunciado pelos resultados do grupo de trabalho da Comissão Europeia reunidos no “*Report on health inequalities in the European Union*”. Nesse sentido, o estudo europeu aponta para uma significativa redução das desigualdades de saúde, em termos de expectativas de vida e mortalidade infantil mas, ao mesmo tempo, identifica a persistência de algumas formas de iniquidade na saúde entre os vários grupos sociais e as regiões e Estados-Membros (European Commission, 2013:4).

Nos países do Sul da Europa, apesar de as reformas das décadas de 1970 e 1980 terem introduzido serviços nacionais de saúde universais e apesar da preocupação em reduzir os desequilíbrios geográficos e sociais entre as diferentes regiões do país, o tema da equidade tornou-se uma prioridade apenas desde o final da década de 1990. Por esta razão, estes países ainda não dispõem de uma consolidada tradição de análise e investigação nessa área.

Neste trabalho, após uma breve contextualização dos sistemas de saúde de Grécia, Espanha, Itália e Portugal, serão descritas as principais desigualdades de saúde que afetam estes sistemas e o papel desempenhado pelo sistema de saúde na produção dessas desigualdades, identificando os potenciais de iniquidade induzidos pelas reformas em curso.

### **Espanha: Sistema nacional de saúde ou 17 sistemas regionais?**

Em 1977, com a instauração da democracia, criou-se o Ministério da Saúde e de Segurança Social. Em 1979 foi lançado o processo de descentralização política e as Comunidades Autónomas começaram a assumir a responsabilidade em matéria de saúde pública. Este processo contribuiu significativamente para a expansão da cobertura de saúde. No entanto, existem desigualdades geográficas no acesso e uso dos serviços de saúde, observando-se um padrão de desigualdade entre as regiões com maior nível socioeconómico (norte do país), que apresentam melhores indicadores de saúde e estilos de vida, e as regiões do Sul e Oeste, que mostram uma pior auto-perceção de saúde e um maior índice de doenças crónicas. Os resultados do estudo de González López-Valcárcel e Barber Perez (2006) confirmam esta tendência e mostram que a descentralização da saúde é responsável pelo aumento das desigualdades entre as Comunidades Autónomas. Na mesma linha, o relatório de Bernat (2011:48) destaca que, em Espanha, há a percepção de que coexistem 17 sistemas de gestão da saúde diferentes, baseada na constatação de diferenças na prestação de serviços, cobertura e prática clínica entre as 17 comunidades autónomas.

Simultaneamente, registam-se também significativas desigualdades de saúde entre as regiões que apresentam um maior nível de desenvolvimento económico. Neste sentido, a investigação de Borrell e Benach (2006) evidencia a presença de múltiplas desigualdades sociais na saúde, que afetam sobretudo as pessoas que vivem em áreas geográficas com maior privação material, as mulheres e os imigrantes de países de baixo rendimento.

Geralmente, a diferença de acesso aos cuidados de saúde depende do atraso dos serviços de assistência por causa da existência de listas de espera. Metade dos cidadãos espanhóis considera que as listas de espera continuam a ser muito longas. De acordo com as informações do *Instituto de Información Sanitaria - Barómetro Sanitario*, 35,4% dos entrevistados acredita que as autoridades de saúde não estão a implementar medidas para reduzir as listas de espera (*Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario*, 2009: 23).

É de realçar a existência de desigualdades na saúde associadas a fatores socioeconómicos, tais como a educação, os rendimentos e a situação laboral, que persistem ao longo do tempo. Nesse sentido, também em Espanha o gradiente social representa o principal fator determinante das desigualdades de saúde, ou seja, entre ricos e pobres e entre pessoas com diferentes níveis de educação (González López-Valcárcel e Barber Perez, 2006). Há evidências, por exemplo, de uma associação entre classes sociais e doenças crónicas, mais presente entre pessoas com um nível de educação inferior (Dalstra *et al.*, 2005) e de desigualdades associadas a fatores de risco, tal como o consumo de tabaco e álcool (Costa-Font e Gil 2008). No que diz a respeito às desigualdades socioeconómicas na saúde, vários autores realçam a escassa visibilidade destas na agenda política. Ao contrário do País Basco, cujas políticas implementadas se destinam prioritariamente a pessoas socialmente excluídas, poucas regiões espanholas contemplam nos próprios planos de saúde metas específicas de redução das desigualdades (Borrell *et al.* 2005).

Além disso, o sistema privado de saúde tem aumentado a um ritmo acelerado desde o final da década de 1990, com insuficiente cobertura de serviços nas áreas da saúde mental, dos cuidados de longa duração, e de próteses auxiliares odontológicas e auditivas (Duran *et al.*, 2006), o que pode acentuar as desigualdades na população. Essa tendência para a privatização dos serviços de saúde teve uma rápida aceleração desde o início da atual crise económica e financeira. Para Legido-Quigley *et al.* (2013) o atual processo de reforma do sistema de saúde esconde o interesse de desviar os recursos para o setor privado.

É importante também destacar o aumento das desigualdades socioeconómicas na saúde como resultado da dupla cobertura (serviços públicos e privados) por parte dos setores mais favorecidos, os quais podem recorrer a especialistas e práticas preventivas (por exemplo, consultas de dentista ou exames de mamografia)

muito mais frequentemente do que os restantes setores da população, que fazem um maior uso dos serviços de urgência e cuidados de saúde primários (Borrell *et al.*, 2008).

Estudos mais recentes confirmam o papel relevante dos determinantes sociais, tais como a situação laboral, as condições de habitação, os níveis de educação e de outros fatores socioeconómicas, na produção de desigualdades de saúde em Espanha (Urbano-Garrido, 2012). Outros estudos mostram como as desvantagens da migração produzem mecanismos de desigualdades em saúde, mais pronunciadas no caso de imigrantes provenientes de regiões mais pobres, em situação de privação socioeconómica, a exercer uma atividade profissional manual, especialmente no caso das mulheres (Malmusi *et al.* 2010), e em maior risco de deterioração devido às condições de vida precárias e marginais (Garcia-Ernesto *et al.*, 2010).

### **Grécia: o desafio de construir um sistema nacional de saúde universal**

Em 1983, o governo grego iniciou o mais importante processo de reforma realizado no sistema de saúde do país com a finalidade de adotar os princípios de cobertura universal e de equidade no acesso e na distribuição dos serviços. Assim, foi criado o Serviço Nacional de Saúde. Até esse momento, o sistema de saúde era financiado por cerca de 300 seguros sociais apoiados por subsídios governamentais (Giarelli, 2006). No entanto, a reforma de 1983 foi implementada apenas de forma parcial, tendo sido abandonada a unificação dos fundos de seguro, que era um dos desafios da reforma. A reforma concentrou-se então na expansão do setor hospitalar e dos serviços de cuidados primários, instituindo cerca de 200 centros de saúde rurais e semiurbanos (Mossialos *et al.*, 2005). Assim, o sistema de saúde não se tornou universal e os maiores benefícios da reforma foram a favor dos fundos de seguro, que continuaram a receber substanciais subsídios estatais, e dos médicos dos hospitais e outros profissionais de saúde. O estabelecimento de centros de saúde urbanos, a descentralização do sistema de saúde e a instituição do médico de família foram outros objetivos da reforma de 1983 que ficaram por cumprir.

Em 2000, o Ministro da Saúde do governo socialista lançou uma nova reforma para ser implementada num período de seis anos. Entre os principais objetivos da reforma estavam a descentralização do sistema e a sua organização ao nível regional, o fortalecimento dos cuidados de saúde primários e o estabelecimento de novas formas de colaboração entre os setores público e privado. Porém, apenas foi possível implementar uma descentralização parcial do sistema de saúde, com a criação de 16 autoridades regionais de saúde responsáveis pela supervisão da gestão dos hospitais e centros de saúde. Embora fosse o grande objetivo e desafio da reforma, o programa legislativo do governo não conseguiu incorporar a fusão dos inúmeros fundos de seguro de saúde, que era o principal fator indutor de desigualdades na saúde. Em 2004, tornou a ser eleito para o governo o partido conservador que emitiu uma série de leis e regulamentos no campo da saúde, entre os quais cabe destacar a introdução da Iniciativa de Financiamento Privado, com a Lei 3389 de 2005, que, de acordo com Petmesidou e Guillén (2008), é responsável pelo rápido aumento das despesas privadas de saúde durante os anos que antecederam a crise de 2008. Deste modo assistiu-se a um significativo aumento dos centros de diagnóstico e médicos privados contratados através de fundos de segurança social (Tountas *et al.*, 2005). Este grande incremento da despesa privada em saúde, aliado ao facto de que somente um quinto da população tem acesso a hospitais de alta qualidade através de seguros de saúde privados adicionais ou do pagamento direto, realça a necessidade de enfatizar as questões referentes à equidade (Tountas *et al.*, 2005).

Em 2010, existiam ainda cerca de 30 fundos de seguro diferentes, responsáveis por assegurar a cobertura da população contra o risco de doença, a maior parte dos quais organizados como entidades públicas e sob o controlo do estado (Economou, 2010). Cada fundo está sujeito a uma legislação diferente e, em muitos casos, existem diferenças nas taxas de contribuição, benefícios e condições para a concessão dos benefícios, resultando, como realça Economou (2010: 17), em “desigualdades no acesso e no financiamento dos serviços”. Importa ainda acrescentar que o governo subvenciona, de forma substancial, planos para os funcionários públicos, militares e trabalhadores agrícolas (Mossialos *et al.*, 2005). De acordo com as disposições da lei do seguro social, aprovada em 2010, os fundos de segurança social devem ser fundidos em apenas três, embora a lei não explicita um período de tempo para a fusão que, segundo as intenções do governo, deveria estar concluída até o final de 2017 (Economou, 2010).

Para além das desigualdades no acesso aos serviços de saúde resultantes do nível de cobertura propiciado pelos diversos seguros de saúde, outro importante fator indutor de desigualdade é o progressivo crescimento da despesa privada por parte das famílias (copagamento e taxas moderadoras) e de despesas informais (*Out of-pocket payments*), calculado como sendo o mais elevado da União Europeia (Tountas *et al.*, 2002; Mossialos *et al.*, 2005; Petmesidou e Guillén, 2008). Embora de não haver qualquer pesquisa oficial, relatório ou documento político do governo sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, existem já alguns estudos dedicados a este tema. Entre estes, é interessante mencionar a investigação realizada em 2001, financiada pela Organização Mundial de Saúde, cujos resultados mostram que a autoavaliação do estado de saúde está correlacionada com as variáveis socioeconómicas, tais como o rendimento e a educação (Economou, 2010). No âmbito de outra investigação, realizada em 11 países da União Europeia a Grécia apresenta, juntamente com a Irlanda, Itália e Holanda, o maior índice de desigualdade (absoluto e relativo) entre homens e, juntamente com a Espanha e Irlanda, o maior índice de desigualdade entre mulheres (Huisman *et al.*, 2003). Também se estudou a relação entre fatores económicos e sociais e a utilização de serviços de saúde oral. Neste sentido, há uma associação entre rendimentos mais elevados e consultas de medicina dentária (Zavras *et al.* 2004). Importa ainda assinalar a presença de consideráveis desigualdades geográficas. Alguns estudos evidenciam a existência de desigualdades regionais significativas na distribuição de recursos e provisão de serviços (Mossialos *et al.*, 2005). Altamente desigual é também a distribuição geográfica das clínicas privadas e dos centros de diagnóstico, estando a maior parte destes concentrados na região da Grande Atenas e da Macedónia (Petmesidou e Guillén, 2008).

### **Itália: a descentralização regional do sistema de saúde melhora a saúde dos cidadãos?**

A reforma na saúde de 1978 que introduziu um sistema de saúde do tipo universal e que declarava promover a equidade, apenas conseguiu sensibilizar sobre a necessidade de reduzir as desigualdades geográficas na oferta dos serviços (Costa *et al.*, 2004). Graças aos estudos longitudinais realizados nas cidades de Turim, Florença e Livorno (Costa *et al.*, 1994; Cardano *et al.*, 1999), foi possível identificar as desigualdades de mortalidade e observar o aumento linear da mortalidade em relação ao aumento da desvantagem social.

Os resultados de várias investigações revelam que as regiões do sul de Itália apresentam os valores mais desfavoráveis de prevalência em todas as dimensões da saúde analisadas (Gargiulo e Sebastiani, 2002).

Foi o Plano Nacional de Saúde de 1998-2000 que, pela primeira vez, colocou a redução das desigualdades entre os objetivos prioritários do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Outras investigações mostram a existência de desigualdades sociais tanto no acesso à prevenção primária e ao diagnóstico precoce (Spadea, 2004), como no acesso à atempada e apropriada assistência de saúde (Cadum *et al.*, 1999; Spadea e Venturini, 2004). Em Itália, tal como noutros países europeus e ocidentais, vários estudos evidenciam uma distribuição desigual da saúde e doença entre nativos e imigrantes (Serapioni, 2009). As desigualdades na saúde que afetam os imigrantes têm origem predominantemente no sistema de relações sociais, ou seja, no "desconforto resultante da relação entre sociedades de acolhimento e imigrantes" (Perrocco, 2008:88), e nas condições de trabalho a que estão sujeitos e que estão na origem do esgotamento físico e mental dos trabalhadores imigrantes. Quanto à saúde das mulheres imigrantes, entre as desigualdades registadas destaca-se: a) maior incidência de recém-nascidos de baixo peso; b) maior mortalidade no primeiro ano de vida entre os filhos de mulheres imigrantes; c) menor uso de serviços médicos durante a gravidez; d) menor número de visitas e ecografias realizadas durante a gravidez (Tognetti Bordogna, 2008).

Outro tema crítico abordado pelos investigadores italianos refere-se à responsabilidade dos sistemas de saúde na produção de desigualdades (Giarelli e Serapioni, 2006). Esta preocupação já tinha sido apontada em 1999 pelo relatório sobre o estado de saúde do país (Ministero della Salute, 2000), evidenciando o mal-estar e uma certa perceção de iniquidade que os utentes expressavam ao compararem as disparidades no tempo de espera entre o tratamento recebido pelos profissionais dos serviços, depois de uma longa lista de espera, e os serviços prestados após poucos dias de espera pelos mesmos profissionais nas mesmas estruturas públicas, em regime de pagamento. Segundo Costa *et al.* (2004), as principais ameaças à equidade derivam dos novos sistemas de saúde nacionais e regionais, e referem-se precisamente aos seguintes fatores: a) as possíveis



discriminações introduzidas pelas normas que preveem novas formas mistas de gestão e de assistência pública-privada; b) a transferência para as comunidades locais das receitas e da gestão dos serviços sociais para idosos e utentes dos serviços de saúde mental - este processo de descentralização poderia aumentar as desigualdades geográficas na disponibilidade deste importante tipo de intervenção; c) as novas desigualdades que podem surgir do uso de serviços especializados, sobretudo aqueles de alta qualidade que variam com o estatuto social das pessoas, enquanto o acesso aos cuidados primários é bastante igualitário. Igualmente, segundo Costa *et al.* (2004:112), a política recente de racionalização dos serviços podem contribuir para gerar novas desigualdades, especialmente no contexto do processo de descentralização regional em curso no sistema de saúde.

Estudos mais recentes confirmam esta tendência para a proliferação de diferentes sistemas de saúde influenciados pelas características dos respetivos sistemas de proteção social regionais. Bertin e Robertson (2013) identificaram, por exemplo, 7 grupos homogéneos de regiões italianas, como resultado de uma análise de *cluster* baseada em variáveis e critérios institucionais e socioeconómicos, tais como a prevalência do sistema de financiamento (público ou privado), o papel dos diferentes atores na provisão dos serviços (estado, privado e terceiro setor) e a governação ou modalidade de controlo dos diferentes sistemas regionais. Estes desenvolvimentos podem contribuir para o aumento das desigualdades na proteção social dos cidadãos residentes nas diferentes regiões do país, incluindo das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A investigação de Granaglia e Compagnoni (2007) apresenta diferenças significativas entre as regiões do sul de Itália e as regiões do centro e do norte do país, quer no que diz a respeito à mortalidade infantil (5,3% em comparação com 3,3%), quer em relação aos resultados evitáveis, tais como a mortalidade por diabetes na faixa etária inferior a 55 anos, a mortalidade por cancro da mama e as intervenções de revascularização do miocárdio em caso de doença coronária.

### **Portugal: segmentação do sistema de saúde e desigualdade no acesso aos cuidados**

Desde a sua instituição em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentou diversos problemas, entre os quais importa destacar o subfinanciamento, a concentração de recursos no setor hospitalar, a escassa coordenação entre cuidados primários e secundários e as desigualdades no acesso devido a uma forte presença do setor privado (Bentes *et al.*, 2004). Uma etapa importante do processo de reforma foi norteadada pela Lei de 1990, a Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990) e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 1993), incorporando alguns elementos das políticas neoliberais em voga naquele período nos países ocidentais. O maior papel atribuído ao setor privado na prestação de cuidados e no financiamento provocou uma diferenciação de acesso aos serviços de saúde e colocou novamente em foco o problema da equidade.

O desenvolvimento económico e social do país, aliado às políticas de saúde implementadas a partir da criação do SSN (1979), conseguiu melhorar a saúde da população e satisfazer muitas das sua necessidade. Nesse sentido, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) que avaliou o desempenho do sistema de saúde português destaca as significativas melhorias dos indicadores de saúde da população, tais como: o aumento da esperança de vida; a redução da mortalidade infantil, a mais alta da UE em 1980 e uma das mais baixas da EU27; a diminuição da taxa de mortalidade em pessoas com menos de 65 anos de idade. Contudo, não se registaram progressos semelhantes noutros indicadores, como o estado de saúde autoavaliado, a esperança de vida sem incapacidade e os potenciais anos de vida perdidos prematuramente, que continuam baixos em relação a outros países da UE15 (WHO, 2010). O tema da desigualdade na saúde permanece, portanto, um aspeto crítico da sociedade portuguesa. De facto, apesar de a equidade ter sido considerada como um objetivo central nas políticas de saúde dos últimos 30, vários estudos (Van Doorslaer *et al.*, 2004; Oliveira e Bevan, 2003; Mackenbach *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2009; Pinto Leite, 2009, *apud* Bago D'Uva, 2010) evidenciam situações de desigualdade em benefício dos setores socioeconómicos mais favorecidos, tanto em relação ao acesso e à utilização de serviços especializados, como em relação ao estado de saúde. Os resultados da investigação de Mackenbach *et al.* (2008), por exemplo, evidenciam que, em Portugal, as desigualdades de saúde percebidas pela população entrevistada, tanto por homens como por mulheres, são as mais elevadas entre 19 países europeus quando associadas ao nível de educação, e são

igualmente significativas, embora não sejam as mais elevadas, quando associadas ao nível de rendimento. Esta relação entre a saúde e as variáveis socioeconómicas é confirmada por outras investigações. Antunes (2011) demonstra que os indivíduos posicionados em diferentes classes sociais experimentam trajetórias de saúde e doença distintas ao longo da vida, podendo a longevidade atingir uma diferença de quase 13 anos.

A iniquidade no acesso depende também da concentração dos recursos de saúde, sobretudo especialidades de média e alta complexidade, nos distritos de Porto, Coimbra e Lisboa. Outros estudos, utilizando os resultados de inquéritos nacionais, concentram-se na contribuição dos diversos subsistemas de saúde na produção de desigualdades. Para Bago D'Uva (2010:95), os beneficiários dos subsistemas privados têm uma maior possibilidade de utilizar serviços e especialidades médicas ou de utilizá-los de forma mais intensa em comparação com os beneficiários do SNS. Segundo Lourenço, 2005 citado da Bago D'Uva, 2010:95, “na medida em que as consultas especializadas podem oferecer uma qualidade maior das prestações de clínica geral, os subsistemas estarão a contribuir para as iniquidades”. Ainda hoje, o sistema de saúde português caracteriza-se pela presença simultânea do Serviço Nacional de Saúde e de vários subsistemas de assistência que garantem uma dupla cobertura para uma porção da população de cerca de 20 a 25% (Barros *et al.*, 2011): a) o subsistema do setor público de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE, criada com a denominação "Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado"), utilizado por cerca 10% da população e financiado, na sua maioria, pelos contribuintes; b) o subsistema do setor de seguros voluntários; c) o subsistema dos seguros de saúde privados; d) as despesas diretas das famílias (que inclui taxas moderadoras e o pagamento direto dos serviços de saúde privados), que corresponde ao 23,1% da despesa total em saúde.

Esta situação acarreta sérias dificuldades de coordenação entre os diversos subsistemas e gera consequências preocupantes na medida em que poderia acentuar os níveis de desigualdade. Para Barros *et al.* (2011), a existência desta proporção considerável da população que pode usufruir de uma dupla cobertura, através das diferentes tipologias de subsistemas de saúde acima identificadas, revela a presença de evidentes desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

O aumento significativo das taxas moderadoras, em todos os níveis de assistência, implementado a partir de janeiro de 2012 (Portugal, 2011) contribui, certamente, para aumentar ainda mais as barreiras no acesso aos cuidados de saúde da população portuguesa (Barros, 2012).

## **Conclusão: traços comuns e peculiaridades dos países do sul da europa**

Nos últimos anos, alguns estudos estabeleceram o objetivo de determinar se os níveis de desigualdade na saúde variam entre os países europeus com diferentes regimes de Estado-Providência. Nesse sentido, os resultados de algumas investigações indicam que os regimes do Sul da Europa apresentam as maiores desigualdades na saúde, enquanto os países com regimes do tipo bismarckiano tendem a mostrar menores diferenças (Eikema *et al.*, 2008).

No caso do regime de proteção social nos países do Sul da Europa, a nossa análise realça aspetos comuns referentes às tendências dos sistemas de saúde e das desigualdades, assim como significativas diferenças.

Relativamente às características comuns, cabe assinalar, embora com diferentes graus e dimensões, a existência de desigualdades no acesso e utilização dos serviços, na morbidade e mortalidade associadas a variáveis sociais e económicas, tais como a situação laboral, as condições de habitação, o rendimento, o nível de educação e as dotações de capital social.

Outro aspeto a salientar é o progressivo aumento da percentagem de despesas privadas em saúde face ao total de despesas em todos os países examinados, quer através da proliferação dos fundos de seguros de saúde, quer através do aumento das despesas diretas das famílias (*out-of-pocket payment*), com a consequência de tornar os sistemas de saúde nacionais mais desiguais.

A desigualdade geográfica de saúde constitui outro elemento observado em todos os países do Sul da Europa analisados. Existem diferenças entre: i) as regiões economicamente mais desenvolvidas do Norte de Espanha e as regiões do Sul e Oeste; ii) os sistemas de saúde regionais subfinanciadas do Peloponeso, da Grécia

central e das ilhas de Egeias e Iónias, por um lado, e da região da Grande Atenas e da Macedónia, por outro lado; iii) as regiões do centro e do norte de Itália e as regiões do sul; iv) os distritos de Porto, Coimbra e Lisboa e os restantes distritos do interior de Portugal.

Outro tema de interesse nos países analisados, embora com diversos níveis de aceleração e alcance de resultados, diz respeito ao processo de descentralização dos sistemas nacionais de saúde. Relativamente a este tema há que realçar o paradoxo dos casos de Itália e Espanha, onde há evidências de que o processo de descentralização implementado não tem contribuído para reduzir a tradicional diferença de desempenho entre os sistemas de saúde nas diferentes regiões e comunidades autónomas. Pelo contrário, parece que estas desigualdades têm aumentado nos últimos anos.

Finalmente, é importante destacar os potenciais de iniquidade induzidos pelos atuais processos de reforma ao nível nacional e regional que abordámos ao longo do texto. Nesta perspetiva, sobressaem os novos arranjos institucionais introduzidos nos sistemas de saúde e as novas relações entre o setor público e o setor privado na provisão dos serviços. Nesse sentido, é interessante mencionar as experiências introduzidas em Itália (*Atividade intramural ou intramoenia*) e na Grécia (*Serviço vespertino e noturno*), que permitem aos médicos dos hospitais públicos exercer a profissão liberal depois do horário de trabalho no mesmo hospital. Esta estratégia tem como objetivo facilitar o acesso aos cuidados especializados e reforçar a competitividade do setor público em relação ao setor privado, aumentando a sua eficiência. Contudo, o resultado é uma prática profissional geradora de iniquidades pois cria duas categorias de cidadãos dentro dos mesmos serviços públicos.

Outro exemplo de indução de desigualdades por parte dos sistemas de saúde consiste no aumento da participação dos utentes nas despesas de saúde através de formas de copagamento e taxas moderadoras. Trata-se de uma *praxis* já consolidada em todos os países do Sul da Europa que introduz entraves financeiros no acesso e que contribuem para acentuar as desigualdades no sistema público de saúde.

## Referências bibliográficas

- Acheson, Donald. (1998). *Independent inquiry into inequality in health*, London: The Stationery Office.
- Antunes, Ricardo. (2011), The social space of health inequalities in Portugal. *Social Theory & Health* (2011) 9, 393 – 409.
- Bago D’Uva, Teresa Maria. (2010). Equidade no sector da saúde em Portugal. In: Simões J, editor. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina; p. 83-112.
- Barros, Pita P; Machado Sara; Simões Jorge. (2011). Portugal: Health system review.
- Barros, Pita. P. (2012). Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy*, 106: 17–22.
- Bentes, Margarida; Dias, Carlos Matias, Sakellarides, Constantino, Bankauskaite, Vaida. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Bernat, Soria (2012). *Informe Bernat Soria*. Madrid: Abbot Laboratories.
- Bertin, Giovanni; Campostrini, Stefano (2013). Disuguaglianze di salute e sistemi di welfare. In: Cipolla C. (org.), *Disuguaglianze sociali in sanità*, Milão: Franco Angeli.
- Bertin, Giovanni; Robertson, Alex (2013). Differenziazione dei sistemi di welfare: le incoerenze dei sistemi liberali e mediterranei. *Sociologia e Politiche sociali*, vol. 16, 1:63-91.
- Black, Douglas; Morris, Jerry; Smith, Cyril; Townsend, Peter (1980). *Inequalities in health*. Department of health and Social Services.

- Blane, David. (1997) *Inequality and Social Class*, in: Scrambler G. (ed.), *Sociology as Applied to Medicine*, London: Saunders Company.
- Borell, Carme; Peiró, Rosana; Ramón, Nieves; Pasarín, Isabel; Colomer, Concha.; Zafra, Eduardo; Álvarez-Dardet, Carlos (2005) “Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español”, *Gaceta Sanitaria*, 19(4): 277-86.
- Borrell Carme.; Benach Joan. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20, 5: 396-406
- Borrell Carme.; Rodríguez-Sanz, Maica.; Garcia-Altés, Anna. (2008), Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. *Atención Primaria*, 40 (2): 59-60
- Cabral Manuel.V; Silva Pedro. A. (2009). *O estado da saúde em Portugal*, Lisboa: Imprensas de Ciências Sociais.
- Cardano, Mario;Costa, Giuseppe; Demaria, Moreno; Merler, Enzo; Biggeri, Annibale (1999). Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:141-52.
- Costa, Giuseppe, Faggiano, Fabrizio; Cadum, Ennio; Lagorio S., Arcà, Massimo; Farchi, Gino; Demaria, Moreno; Paganelli F. (1994). Le differenze sociali nella mortalità in Italia. In Costa G. e Faggiano F. (a cura di), *L'Equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, Angeli, Milano.
- Costa, Giuseppe, Spadea, Teresa; Cardano, Mauro (2004). *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3) suppl:1-160.
- Costa-i-Font, Joan; Gil, Joan (2008). What lies behind economic inequality in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy*, 33(1): 61-73.
- Dalstra, Jetty A.A.; Kunst, Anton E; Borrell Carme. *et al.* (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of height European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-326.
- Duran Antonio; Lara Juan; Van Waveren Michelle (2006). *Spain Health System Review*, Health System in Transition, 8, 4:1-208.
- Economou, Charalambos. (2010). “Greece: Health system review”, *Health Systems in Transition*, 12(7), 1-180.
- Eikemo, Terje A.; Huisman, Martijn; Bambra, Clare;Kunst, Anton E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness Vol. 3 (4): 565–582.*
- European Commission (2013). *Report on health inequalities in the European Union*. Commission staff working document. Brussels: European Commission; pp. 45.
- García-Armesto, Sandra; Abadía-Taira, Maria Begoña; Durán, Antonio; Hernández-Quevedo Cristina; Bernal-Delgado, Enrique (2010). *Spain: Health system review. Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.
- Gargiulo, Lidia; Sebastiani, Gabriella (org.) (2002). *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie*. Roma: ISTAT.
- Giarelli, Guido (2006). Il paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale, *Salute e Società*, IV, (Supl.): 23-51.
- Giarelli, Guido; Serapioni, Mauro (2006). Les inégalités devant la santé en Italie: un paradoxe apparent? *Revue Sociologie Santé*, 25: 279-290.
- González, López-Valcárcel, Beatriz; Barber, Perez, Patricia, P (2006). *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Documento de trabajo. Madrid: Fundación Alternativas 90/2006.

- Granaglia Elena.; Compagnoni, Viola. (2007), *Disuguaglianze sanitarie e mezzogiorno*. Roma: Ministero dello Sviluppo Economico.
- Huisman, Martijn; Kunst Anton E; Mackenbach, Joan.P (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: A European overview. *Social Science & Medicine*, 57(5):861–873.
- Instituto de Información Sanitaria (2010) *Barómetro Sanitario 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- Legido-Quigley, Helena (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare systems? *British Medical Journal*, 346:f2363.
- Mackenbach; Johan P.; Stirbu, Irina; Roskam, Albert-Jan; Schaap Maartje; Menville, Gwenn; Leinsalu, Mall; Kunst, Anton (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*; 358, 23:2468-81.
- Mackenbach, Johan P. (1993). Inequalities in health in The Netherlands according to age, gender, mental status, level of education, degree of urbanisation and region, *European Journal of Public health*, 3, 112-118.
- Malmusi, Davide.; Borrell Carme.; Benach Joan. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71:1610-1619.
- Ministério da Saúde, Portugal (1993). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro*.
- Ministero della Sanità (2001). *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute*. Ministero della Sanità, Roma.
- Mossialos, Elias.; Allin, Sara.; Davaki, Konstantina. (2005). “Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, 14, S151–S168.
- Oliveira, Monica.; Bevan, Gwyn. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy*; 66: 277-293.
- Perocco, Fabio (2008). Disuguaglianze sociali e salute degli immigrati, in: Tognetti Bordogna M. (org.), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milan.
- Petmesidou Maria.; Guillén, Ana. M. (2008). ‘Southern style’ National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece. *Social Policy & Administration*, 42(2): 106-124.
- Portugal (1990), Assembleia da República. *Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90 de 24 de Agosto*, 1990.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2011). Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 229 — 29 de Novembro de 2011.
- Serapioni, Mauro (2010). Desigualdades sociales y salud en Italia. In Centro de Estudios Andaluces (org.), *Desigualdades en la Sociedades Contemporáneas*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 13.
- Spadea, Teresa (2004), La prevenzione primaria e la diagnosi precoce. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3)suppl:1-160.
- Tognetti Bordogna, Mara (2008). Immigrazione e disuguaglianze di salute, in: Tognetti Bordogna M. (org.), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milan.
- Tountas, Yannis.; Karnaki, Panagiota.; Pavi, Elpida. (2002). Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62: 15-29.
- Tountas, Yannis.; Karnaki, Panagiota.; Pavi, Elpida.; Souliotis Kyriakos. (2005). The ‘unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74: 167-180.

Urbano–Garrido Rosa (2012). Social inequality in health. Measuring the contribution of housing deprivation and social interaction in health. *International Journal for Equity in Health*, 11: 77. (<http://www.equityhealthj.com/content/11/1/77>)

Van Doorsler, Eddy, Koolman, Xander, Jones, Andrew M. (2004). Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe. *Health economics*; 13(7):629-647.

Whitehead, Margaret (1987), *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980s*, London: Health Education Council.

WHO - Región Europea (2003). *The European Health Report 2002*, Copenhagen, World Health Organization.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

WHO (2010). *Portugal Health System Performance Assessment*. Copenhagen: World Health Organization.

Zafra, Eduardo; Álvarez-Dardet, Carlos (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gazeta Sanitaria*, 19 (4): 277-285.

Zavras, Dimitrios; Economou Charalambos, Kyriopoulos, John (2004). Factors influencing dental utilization In Greece. *Community Dental Health*, 21:181–188.