

Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa

Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe

Crisis económica y desigualdades en los sistemas de salud en los países del sur de Europa

Mauro Serapioni ¹

doi: 10.1590/0102-311X00170116

Resumo

O presente artigo versa sobre a questão das desigualdades de saúde nos países do Sul da Europa, mais especificamente Espanha, Grécia, Itália e Portugal. O estudo resultou de uma revisão não sistemática da literatura, baseando-se na proposta da scoping review. Inicialmente, é apresentada uma breve contextualização dos estados de bem-estar social desses países do Sul da Europa, destacando as principais especificidades e diferenças em relação a outros regimes europeus de bem-estar social. Em seguida, são descritos os sistemas de saúde dos quatro países, ressaltando os respectivos processos de reforma e as principais desigualdades de saúde que os tem caracterizado, antes e durante a crise econômica. A crise e as políticas de austeridade aumentaram muito a insatisfação com a prestação de cuidados de saúde, nesses países, particularmente na Grécia e em Portugal. Nesse sentido, são discutidas, comparativamente, as desigualdades de saúde, evidenciando as tendências comuns, assim como as diversidades. Nos quatro países em análise, o gradiente social (em particular educação, rendimento e condição laboral) representa o principal fator determinante das desigualdades de saúde, sem subestimar, contudo, as desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, como resultado dos diferentes níveis de desenvolvimento econômico das diversas regiões. Finalmente, é discutido o recente debate, presente na literatura internacional, sobre a relação entre diferentes regimes de estado de bem-estar e desigualdades de saúde e, precisamente, sobre a crítica ao uso de tipologias de estado de bem-estar como determinante de saúde e de desigualdades de saúde.

Desigualdades em Saúde; Sistemas de Saúde; Recessão Econômica; Seguridade Social

Correspondência

M. Serapioni
Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.
Colégio S. Jerónimo, apartado 3087, Sé Nova, Coimbra,
3001-401, Portugal.
mauroserapioni@ces.uc.pt

¹ Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.



Introdução

Apesar do aumento geral do nível de vida durante o século XX e da introdução de sistemas de saúde universais, muitos estudos evidenciam a persistência de desigualdades em todos os países industrializados. Tais desigualdades têm sido observadas mesmo em países considerados “mais equitativos”, como a Grã-Bretanha, a Holanda e a Suécia, cujos governos têm uma longa tradição de análise e enfrentamento das desigualdades de saúde^{1,2}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que entre os países europeus existiam “*inaceitáveis desigualdades no estado de saúde entre diferentes grupos sociais da sociedade*”³ (p. 135), e evidenciam o papel central desempenhado pelos principais determinantes econômicos, sociais, ambientais e institucionais na produção e desenvolvimento das desigualdades de saúde⁴. Nesse sentido, as desigualdades sociais de saúde ainda representam um tema crítico para a maioria dos países europeus, tal como evidenciado tanto pelo estudo britânico *Fair Society, Healthy Live. The Marmot Review*⁵ quanto pelos resultados do grupo de trabalho da Comissão Europeia reunidos no *Report on Health Inequalities in the European Union*⁶. O último aponta para uma significativa redução das desigualdades em saúde, em termos de expectativa de vida, como de mortalidade infantil, mas, ao mesmo tempo, identifica a persistência de algumas formas de desigualdade na saúde, entre os vários grupos sociais e as diferentes regiões e Estados-membros.

Nos países do Sul da Europa, mais especificamente Espanha, Grécia, Itália e Portugal, embora as reformas das décadas de 1970 e 1980 tivessem introduzido serviços nacionais de saúde universais, bem como a preocupação em reduzir os desequilíbrios geográficos entre diferentes regiões, as desigualdades sociais de saúde tornaram-se uma questão crítica somente a partir do final da década de 1990. Por essa razão, tais países ainda não dispõem de uma consolidada tradição de análise e combate das desigualdades sociais de saúde⁷, como os países do Norte da Europa.

Entretanto, o tema das desigualdades de saúde tornou-se novamente prioritário nos quatro países do Sul da Europa, a partir dos anos 2010-2011, quando começaram a ser percebidos, embora em diferentes graus de severidade, os primeiros efeitos da crise financeira de 2008 e das políticas de austeridade impostas pela *Troika* (equipe composta pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional)^{7,8,9}.

Vários estudos destacam o impacto da crise econômica sobre os setores mais vulneráveis da população, acarretando um incremento de problemas de saúde mental, tais como a maior frequência de episódios de ansiedade e depressão, bem como o aumento de suicídios^{8,10}. Tais efeitos já foram observados na Grécia, Espanha, Irlanda, Itália e Portugal^{11,12}. O aumento das desigualdades sociais constitui – de acordo com os resultados de algumas investigações – um dos principais efeitos colaterais da implantação de políticas de ajustamento estrutural nos países do Sul da Europa^{10,13}.

Este estudo resultou de uma revisão não sistemática da literatura, baseada na proposta da *scoping review* de Arksey & O'Malley¹⁴, e estruturada em cinco fases: (i) identificação das perguntas de investigação; (ii) procura de estudos relevantes; (iii) seleção de estudos; (iv) descrição qualitativa dos dados; e (v) recolha, resumo e relato dos resultados obtidos. Para tanto, analisaram-se 74 publicações. O material recolhido resultou da pesquisa efetuada nas seguintes fontes eletrônicas: Web of Science, PubMed, Scopus, SciELO e Google Scholar, a partir de termos como “desigualdades de saúde”, “desigualdades sociais de saúde”, “reformas dos sistemas de saúde”, “impacto da crise econômica/financeira”, “Países do Sul da Europa”. A pesquisa dos termos foi feita na língua inglesa e também na língua mãe de cada país envolvido no estudo.

No presente artigo, inicialmente, será apresentada uma breve contextualização do estado de bem-estar social dos países do Sul da Europa, destacando as principais especificidades e diferenças em relação a outros regimes de *welfare state* da Europa. Em seguida, serão descritos os sistemas de saúde da Grécia, Espanha, Itália e Portugal, ressaltando os respectivos processos de reforma e as principais desigualdades de saúde que têm caracterizado tais países, antes e durante a crise econômica. Sucessivamente, serão discutidas as desigualdades de saúde, evidenciando as tendências comuns, assim como as diversidades entre os quatro países analisados.

Contexto do estudo

A respeito do estado de bem-estar social das sociedades de capitalismo avançado, Esping-Andersen¹⁵ identificou três “*welfare regimes*”, que foram sendo consolidados durante o período de expansão do capitalismo keynesiano: o social-democrata, dos países escandinavos; o conservador-corporativo, da Europa continental; e o liberal, dos países anglo-saxônicos. Sucessivamente, respondendo às diversas críticas recebidas, o autor argumentou que o estado de bem-estar social da Europa do Sul representa uma variante do tipo de regime conservador-corporativo¹⁶.

Entretanto, para diversos autores, a análise de Esping-Andersen não destacava as devidas especificidades e características do *welfare state* dos países do Sul da Europa e defenderam uma nova abordagem para identificar os aspectos distintivos dos sistemas de proteção social destes países^{17,18,19,20,21,22}. Para Ferrera¹⁷, por exemplo, uma das principais características da Europa social é a introdução de um sistema de proteção social dualista, durante o período da grande expansão econômica (1945-1975), com prestações muito generosas para as categorias centrais do mercado (empregados públicos e trabalhadores das grandes indústrias) e modestos esquemas de proteção para as categorias periféricas (trabalhadores precários, autônomos e empregados de pequenas empresas). Nessa conformação do *welfare state*, o modelo familiar, caracterizado por relações estreitas de parentesco e de solidariedade intergeracional^{23,24,25,26}, desenvolve uma função de compensação e de redução dos riscos e das necessidades, por meio da provisão de bem-estar, nomeadamente asseguradas pelas mulheres. Essa característica, típica dos países do Sul de Europa, tem sido identificada como um elemento central da chamada “sociedade de bem-estar”²⁷.

Além dos fatores históricos e sociopolíticos que influenciaram o desenvolvimento do estado de bem-estar social dos países do Sul da Europa, é importante realçar, também, outros fatores que, certamente, contribuíram para configurar tais países como o quarto modelo de *welfare state*: o corporativista, acentuado pelas experiências de governos autoritários; a influência da igreja católica; e a acirrada competição político-partidária, tal como assinalam vários autores^{15,17,18}.

Outro traço distintivo do modelo de proteção social da macrorregião do Sul da Europa refere-se aos sistemas de saúde que, apesar da sua fragmentação institucional, se caracterizam por uma abordagem teórica universalista^{17,24,28}. De fato, os quatro países do Sul da Europa, na fase final de expansão do estado de bem-estar, entre os anos 1970 e 1980, instituíram serviços de saúde nacionais universais, baseados nos direitos de cidadania e inspirados no modelo *beveridgiano*. No entanto, a transição de sistemas de saúde, baseados em seguros para um serviço nacional de saúde, ocorreu num ritmo diferente e gerou níveis variáveis de cobertura em cada país²⁹. Espanha e Itália desenvolveram sistemas públicos de saúde mais orientados em princípios universalistas e, sucessivamente, conseguiram promover a regionalização do serviço nacional de saúde³⁰. Na Grécia e, de certa forma, também em Portugal, os sistemas de saúde permaneceram, pelo menos na primeira fase da transição, fragmentados entre os diversos subsistemas públicos e privados^{31,32}.

Entre as características comuns dos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa é importante ressaltar os seguintes aspectos: (i) a incoerência entre as promessas universalistas e a sua efetiva implementação, sobretudo por motivos de ordem financeira; (ii) a ineficiência e baixos níveis de competências gerenciais que levaram os governos a promover várias reformas para, supostamente, aumentar a eficiência dos sistemas de saúde; (iii) o papel desempenhado pela família e pela rede de parentesco e vizinhos que, face à escassez de ajuda institucional (serviços de apoio, designadamente apoio domiciliar etc.), tentam suprir a falta de prestações socioassistenciais no âmbito do serviço nacional de saúde; (iv) o não cumprimento dos direitos garantidos aos usuários pelo respectivo sistema de saúde como, por exemplo, na área dos direitos do paciente e da informação disponibilizada aos usuários. Nesse sentido, de acordo com o resultado do *Euro Health Consumer Index 2015*³³, é necessário que os sistemas de saúde do Sul da Europa reduzam o *gap* que os afasta dos países da Europa continental e escandinava, sobretudo na área dos direitos dos pacientes e da informação que disponibilizam aos usuários; e (v) a falta de canais e de mecanismos de participação, responsáveis pelos baixos níveis de envolvimento dos cidadãos nas decisões sobre saúde³⁴.

Apesar das limitações e dificuldades identificadas nos últimos anos, Grécia, Espanha, Itália e Portugal alcançaram índices de esperança de vida, entre outros indicadores favoráveis ao incremento dos níveis de saúde, que os colocaram nas primeiras posições de *rankings* internacionais. Essa melhoria

geral das condições de vida e dos cuidados de saúde prestados surge em consequência do desenvolvimento socioeconômico das últimas décadas, assim como devido aos padrões de saúde favoráveis dos países mediterrâneos. Contudo, esses indicadores de saúde escondem situações de heterogeneidade interna, como resultado das desigualdades tanto na distribuição de recursos materiais, educação e *status* social, como no acesso aos cuidados de saúde. Tudo isso produz, obviamente, disparidade de exposição aos principais fatores de risco. Nessa situação, já bastante complexa, o impacto da atual crise financeira – considerada tanto a partir dos efeitos diretos, de curto prazo, como dos efeitos indiretos, de médio e longo prazos³⁵, resultantes da redução do orçamento destinado aos sistemas de saúde públicos – pode ter acentuado as desigualdades de saúde reduzindo, posteriormente, o acesso e a utilização de serviços preventivos e afetando, ainda mais, os sujeitos mais débeis e menos dotados de recursos e capital social.

Sistemas de saúde nos países do Sul da Europa: processos de reforma e desigualdades

Nesta seção do artigo, serão apresentadas as principais etapas do processo de reforma implantado nos países do Sul da Europa, evidenciando as diversas formas de desigualdades sociais e geográficas, assim como o impacto de tais reformas na geração das desigualdades. Para a análise das desigualdades de saúde, visando a realçar diferenças e semelhanças entre os quatro países, utilizaram-se seis eixos temáticos:

- Desigualdades e gradiente social;
- Desigualdades geográficas e acesso aos serviços de saúde;
- Crise e aumento da despesa privada dos cidadãos;
- Redução de investimentos públicos em saúde;
- Descentralização dos sistemas de saúde;
- Impacto da crise nos grupos mais vulneráveis.

Espanha

Em 1977, com o restabelecimento da democracia, criou-se o Ministério da Saúde e de Segurança Social, que absorveu as demais instituições e serviços de saúde existentes. Em 1986, a *Ley General de Sanidad* instituiu o Sistema Nacional de Salud e acelerou o processo de transferência das competências sanitárias para as 17 Comunidades Autônomas (CA) do país³⁶. Esse processo de reforma contribuiu, significativamente, para a expansão da cobertura de saúde. No entanto, diversos estudos realçaram a existência de desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, bem como no uso destes, observando-se um padrão de desigualdade entre as regiões com maior nível socioeconômico (norte do país), que apresentavam melhores indicadores de saúde, e as regiões do sul e oeste, que mostravam um maior índice de doenças crônicas³⁷.

O relatório Bernat teve um grande impacto ao pôr em evidência as desigualdades geográficas em saúde, afirmando que “na Espanha há a percepção de que coexistem 17 sistemas diferentes de gestão da saúde”³⁸ (p. 48), percepção baseada na constatação de diferenças na prestação de serviços, cobertura e prática clínica entre as 17 CA.

A atual crise financeira, seguramente, não tem contribuído para aliviar essa situação. De fato, as políticas de austeridade e de privatização dos serviços, implantadas nesse período, têm contribuído para o incremento das desigualdades sociais, na utilização dos serviços de saúde e no estado de saúde³⁹.

Além das desigualdades geográficas, importa, ainda, realçar as desigualdades em saúde, associadas a fatores socioeconômicos como a educação, os rendimentos e a situação laboral, que persistem ao longo do tempo⁴⁰. Há evidências, por exemplo, de uma associação entre classes sociais e doenças crônicas, mais presentes entre pessoas com um nível de educação inferior, e de desigualdades associadas a fatores de risco, tal como o consumo de tabaco e álcool⁴¹. Aumentaram, também, as desigualdades e os fatores de risco, como é o caso da obesidade, que registra uma prevalência de 10% entre as ocupações não manuais e de 18% entre as manuais⁴². Observam-se, igualmente, diferenças por classe social

na maioria dos fatores de riscos cardiovasculares ⁴³. Não pode, ainda, ser subestimado o impacto da recente crise no incremento dos índices de suicídio ⁴⁴.

É importante, inclusive, destacar o aumento das desigualdades socioeconômicas 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 com dentistas ou exames de mamografia) muito mais frequentemente do que os demais setores da população, que fazem um maior uso dos serviços de urgência e cuidados primários de saúde ⁴⁵.

O sistema privado de saúde tem aumentado, continuamente, desde o final da década de 1990 ⁴⁵ e esta tendência registrou uma rápida aceleração desde o início da atual crise financeira. Nesse sentido, a crise representou um cenário ideal para o governo promulgar o *Real Decreto-Ley 16/2012* que “*quebra o modelo de universalidade, com perdas graves de direitos*” e implanta um sistema baseado nos seguros voluntários ou, em caso de desemprego, na segurança social ⁴⁶. Na opinião de Navarro ⁴⁷, os cortes substanciais na saúde pública estão acelerando o crescimento dos gastos privados, o que implicará a acentuação da segmentação do sistema de saúde espanhol, com uma saúde privada que atende aos setores de maiores recursos e um sistema público que atende aos setores populares. Na mesma linha, Legido-Quigley et al. ⁴⁸ afirmam que o atual processo de reforma do sistema de saúde esconde o interesse de desviar os recursos públicos para o setor privado.

Grécia

Em 1983, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (*Ethniko Systima Ygeias*) que adotou os princípios de universalidade e equidade. Até aquele momento, o sistema de saúde era financiado por cerca de 300 fundos de seguros sociais. No entanto, a reforma de 1983 foi implantada de forma parcial, tendo sido abandonada a unificação dos fundos de seguro. Assim, o sistema de saúde não se tornou universal.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou uma nova reforma, cujos principais objetivos eram a descentralização do sistema, o fortalecimento dos cuidados de saúde primários e o estabelecimento de novas formas de colaboração entre os setores público e privado ³¹. Porém, apenas foi possível implantar uma descentralização parcial do sistema de saúde, com a criação de 16 autoridades regionais. O governo, tampouco, conseguiu induzir a fusão dos inúmeros fundos de seguro de saúde, que eram o principal fator indutor de desigualdades na saúde. Fora do programa do governo, ficaram, também, a criação de centros de cuidados primários nas áreas urbanas e a promoção de um sistema de medicina familiar ⁴⁹.

Em 2010, existiam, ainda, cerca de 30 fundos de seguro. Cada fundo estava sujeito a uma legislação própria, com diferenças, e existiam diferenças nas taxas de contribuição e nas condições para a concessão dos benefícios, resultando, como realça Economou ⁵⁰ (p. xviii), em “*desigualdades no acesso e no financiamento dos serviços*”. Importa ainda acrescentar que o governo subvencionava, de forma substancial, planos de saúde para os funcionários públicos e militares ³¹, benefícios reduzidos sucessivamente como resultado dos acordos com a *Troika* ⁵¹. Essa situação mudou em 2011 com a criação de um fundo unificado, a Organização Nacional de Serviços de Saúde (EOPYY), proposto em várias reformas, desde 1968, mas que nunca tinha avançado. O novo fundo destinava-se a assistir a grande maioria da população (trabalhadores, dependentes e pensionistas). Porém, devido à crise profunda em que o país submergiu, o desemprego subiu rapidamente, chegando aos 27,3% em 2013 ⁵¹.

Outro importante fator indutor de desigualdade é o progressivo crescimento da despesa privada por parte das famílias (*out-of-pocket payments*), calculado como sendo o mais elevado da União Europeia ^{47,52}. O significativo incremento da despesa privada direta constitui a forma mais regressiva de financiamento e resulta, portanto, no aumento das desigualdades no sistema de saúde grego, afetando, principalmente, os grupos sociais mais pobres e vulneráveis ^{53,54}.

Apesar de não existir qualquer pesquisa oficial sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, há alguns estudos que, indiretamente, analisam o tema. Entre esses é interessante mencionar a investigação, realizada em 11 países da União Europeia, em que a Grécia apresenta, a par com a Irlanda, Itália e Holanda, o maior índice de desigualdade (absoluto e relativo) entre homens e, juntamente com a Espanha e a Irlanda, o maior índice de desigualdade entre mulheres ⁵⁵. Também estudou-se a relação entre a posição econômica e a utilização de serviços de saúde oral, que destacou uma associação entre rendimentos mais elevados e maior número de consultas de medicina dentária realizadas ⁵⁶.

Estudos mais atuais têm analisado os efeitos da recente crise econômica na saúde e nos cuidados de saúde, apontando para o aumento dos índices de transtornos mentais, suicídio, doenças infecciosas e a deterioração da autopercepção de saúde ^{57,58}.

Importa ainda assinalar a presença de consideráveis desigualdades geográficas. Há regiões menos privilegiadas que não contam com infraestruturas nem recursos humanos suficientes para atender às necessidades da população, tanto nos hospitais como nos centros de saúde rurais. Altamente desigual é, também, a distribuição geográfica das clínicas privadas e dos centros de diagnóstico, com a sua maior parte concentrada na região da Grande Atenas e da Macedônia ⁴⁹.

Itália

A reforma de 1978 introduziu um sistema de saúde universal (*Servizio Sanitario Nazionale*) e declarou promover a equidade e a redução das desigualdades geográficas na oferta dos serviços ⁵⁹. No entanto, quando no final da década de 1980 começou-se a medir, de forma mais sistemática, as diferenças em saúde, as desigualdades surgiram imediatamente. Graças aos estudos longitudinais realizados nas cidades de Turim, Florença e Livorno ^{60,61}, foi possível observar o aumento linear da mortalidade em relação ao aumento da desvantagem social, seja qual for o indicador utilizado, tanto no nível individual (escolaridade, classe social, condições de habitação), como numa base geográfica (índices de privação, indicadores de rendimento etc.).

Os resultados de várias investigações têm revelado que as regiões do sul da Itália apresentam valores mais desfavoráveis de prevalência de doenças, em todas as dimensões de saúde analisadas ^{62,63,64}.

Outras pesquisas mostram a existência de desigualdades sociais no acesso à prevenção primária e ao diagnóstico precoce ⁶⁵. No geral, todos os estudos demonstram que o risco de morrer aumenta com a diminuição dos níveis de instrução, tanto para homens como para mulheres ⁶⁴.

Outros estudos evidenciam uma distribuição desigual da saúde e doença entre nativos e imigrantes. 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 ⁶⁶, e nas condições de trabalho a que estão sujeitos: atividades profissionais mais precárias e insalubres. Quanto à saúde das mulheres imigrantes, entre as desigualdades registradas destacam-se: (i) maior incidência de recém-nascidos de baixo peso; (ii) maior mortalidade no primeiro ano de vida entre os filhos de mulheres imigrantes; e (iii) menor uso de serviços médicos durante a gravidez ⁶⁷.

Outro tema crítico abordado refere-se à responsabilidade dos sistemas de saúde na produção de desigualdades ⁶⁸. Segundo Costa et al. ⁵⁹, as principais ameaças derivam dos novos arranjos institucionais, implementados pelos sistemas de saúde nacional e regionais e referem-se, precisamente, aos seguintes fatores: (i) possíveis discriminações introduzidas pelas normas que preveem novas formas mistas de gestão e de assistência público-privada; (ii) transferência para as comunidades locais das receitas e da gestão dos serviços sociais para idosos, deficientes e usuários dos serviços de saúde mental – este processo de descentralização poderia aumentar as desigualdades geográficas na disponibilidade de recursos para intervenções sociais; e (iii) novas desigualdades que podem surgir do uso de serviços especializados, sobretudo aqueles de alta qualidade, que variam com a posição social das pessoas, enquanto o acesso aos cuidados primários é bastante igualitário.

Estudos mais recentes confirmam a tendência para a proliferação de diferentes sistemas de saúde, influenciados pelas características dos respectivos sistemas regionais de proteção social. Bertin & Carradore ²⁸ identificaram, por exemplo, sete grupos heterogêneos de regiões italianas como resultado de uma análise de *cluster* baseada em variáveis e critérios institucionais e socioeconômicos, 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 controle dos diferentes sistemas regionais. Esses desenvolvimentos podem contribuir para o aumento das desigualdades na proteção social dos cidadãos residentes nas diferentes regiões do país, incluindo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Nessa linha, a pesquisa de Granaglia & Compagnoni ⁶³ apresenta diferenças significativas entre as regiões do sul e as do centro e do norte da Itália, quer no que diz a respeito à mortalidade infantil (5,3% em comparação a 3,3%), quer em relação às mortes evitáveis, tais como a mortalidade por diabetes na faixa etária inferior a 55 anos e a mortalidade

por câncer da mama. Esses dados são corroborados pelo recente estudo do Health Consumer Powerhouse ³³, que realça a marcada variação regional da qualidade dos cuidados de saúde.

Portugal

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, além das desigualdades no acesso, devido a uma forte presença do setor privado ⁶⁹. Uma etapa importante do processo de reforma foi norteada pela *Lei de Bases da Saúde* de 1990 e pelo *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* de 1993, que incorporaram alguns elementos das políticas neoliberais, em voga naquele período. 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 desigualdade.

Outra etapa significativa foi a aprovação do *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* ⁷⁰, que promoveu um conjunto de intervenções voltadas ao fortalecimento do sistema de saúde, dentre as quais cabe assinalar: (i) a criação, em 2006, das primeiras Unidades de Saúde Familiar e, em 2008, a instituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde, cuja missão é prestar cuidados primários à população de uma determinada área geográfica; e (ii) a instituição em 2006 da Rede de Cuidados Continuados Integrados, de forma a responder às necessidades dos doentes crônicos e em situação de dependência e cuja situação de saúde não requer o internamento hospitalar.

A implantação das políticas de saúde assinaladas e o desenvolvimento econômico e social do país contribuíram para melhorar a saúde da população. Nesse sentido, o relatório da OMS ⁷¹, que avaliou o desempenho do sistema de saúde português, tem destacado as significativas melhorias dos indicadores de saúde da população, tais como: (i) o aumento da esperança de vida; (ii) a redução da mortalidade infantil, a mais alta da União Europeia, em 1980, e, atualmente, uma das mais baixas; e (iii) a diminuição da taxa de mortalidade em pessoas com menos de 65 anos de idade. Contudo, não se registraram progressos semelhantes em outros indicadores, como a esperança de vida sem incapacidade e os potenciais anos de vida perdidos prematuramente ⁷¹.

De fato, apesar do princípio da equidade ter norteado as políticas de saúde dos últimos 30 anos, vários estudos ^{72,73,74,75,76,77} evidenciam situações de desigualdade em benefício dos setores socioeconômicos 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. ⁷⁴, realizada em 22 países europeus no final de 1990 e início de 2000, por exemplo, evidenciaram 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, sobretudo quando associadas ao nível de educação, e são igualmente significativas, embora não sejam as mais elevadas quando associadas ao nível de rendimento. Essa relação entre a saúde e as variáveis socioeconômicas é confirmada por outras investigações levadas a cabo no final da primeira década do século XXI ^{73,78}.

A desigualdade no acesso depende, também, da concentração dos recursos de saúde, sobretudo em especialidades de média e alta complexidades, nos distritos do Porto, Coimbra e Lisboa. Nesse sentido, as desigualdades regionais referentes ao acesso a especialidades médicas e a cuidados de saúde hospitalares não diminuíram no período 2000-2009 ^{73,76,79}.

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 ⁷⁶, 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. Ainda hoje, o sistema de saúde português é caracterizado pela presença simultânea do SNS e de vários subsistemas de assistência que garantem uma dupla cobertura, para uma porção da população, de cerca de 20 a 25% ^{32,79}, tais como: (i) o subsistema do setor público de proteção social aos trabalhadores em funções públicas (ADSE), utilizado por cerca de 10% da população e financiado, na sua maioria, pelos contribuintes; (ii) o subsistema do setor de seguros voluntários; e (iii) o subsistema dos seguros desalé privados.

Para Barros et al. ³², a existência dessa proporção considerável da população que pode usufruir de uma dupla cobertura, por meio das diferentes tipologias de subsistemas de saúde 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, implantado a partir de janeiro de 2012 como uma consequência da crise financeira, tem contribuído para aumentar ainda mais as barreiras no acesso aos cuidados de saúde pela população portuguesa ⁸⁰.

Discussão

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 de bem-estar. Nesse sentido, os resultados de algumas investigações indicam que o regime do Sul da Europa apresenta as maiores desigualdades na saúde, já os países escandinavos e da Europa continental tendem a mostrar menores diferenças ². No entanto, o que mais preocupa é o fato de que tais desigualdades aumentaram nos quatro países, embora em níveis diferentes de intensidade, durante a crise econômica que aconteceu a partir de 2008 ⁸¹. De fato, em contraste com outros países da União Europeia, os quatro países do Sul da Europa implantaram cortes de grande escala no emprego público, por meio da não substituição de aposentados, congelamento de novas contratações e até, como no caso da Grécia, de demissões de funcionários permanentes. Nesse sentido, nos países em análise, as respostas à crise econômica – ou seja, as receitas impostas, no caso da Grécia e Portugal, ou fortemente recomendadas pela *Troika* no caso da Espanha e Itália – foram semelhantes, uma espécie de receita única, como apontado por Guillén & Pavolini ⁸². As medidas de contração no setor de saúde variaram de congelamentos até cortes severos. A taxa de contração média anual foi mais acentuada na Grécia, seguida por Portugal. Na Itália, o declínio dos gastos em saúde pública foi intensificado em 2014. Na Espanha, a redução foi moderada até 2011, mas depois também aumentou ²⁹.

Esses dados corroboram as análises que reconhecem os estados de bem-estar como um fator importante para a saúde das populações, desde que considere os determinantes da saúde ⁸².

Entretanto, outros estudiosos têm criticado, acertadamente, o uso generalizado de tipologias de estado de bem-estar social pelo fato de se ignorar a diversidade das políticas sociais e de saúde entre os Estados que desenvolveram regimes semelhantes ^{49,82}. A investigação epidemiológica, por exemplo, tem sido questionada por ter usado a tipologia de Esping-Andersen “de forma surpreendentemente acrítica” ²¹. Para Bramba ²¹, é preciso desenvolver uma abordagem mais crítica a respeito dos conceitos de regimes, sendo eles, de fato, “tipos ideais”.

Nesse prisma, as investigações deveriam priorizar a análise comparativa entre países mais semelhantes, em termos da provisão do estado de bem-estar, identificando áreas semelhantes e áreas diferentes, explorando o modo como estas poderiam contribuir para comparar as diversidades nacionais no campo da saúde e das desigualdades na saúde ²¹. Dessa forma, seria possível superar algumas generalizações simplistas que caracterizam as investigações sobre os regimes de estado de bem-estar e observar as trajetórias divergentes, seguidas pelos diferentes países o que, em alguns casos, poderia levar a questionar a validade do mesmo modelo mediterrâneo (o do Sul da Europa), em relação aos cuidados de saúde ⁸³.

No caso do regime de proteção social nos países do Sul da Europa, a nossa análise tem realçado aspectos comuns, referentes às características e tendências dos sistemas de saúde e das desigualdades, assim como algumas significativas diferenças entre os países analisados.

Relativamente às características comuns, cabe assinalar, embora com diferentes graus e dimensões, a existência de desigualdades no acesso e utilização dos serviços, na mobilidade e mortalidade associadas a variáveis sociais e econômicas, tais como a situação laboral, as condições de habitação, o rendimento, o nível de educação e as dotações de capital social ^{6,84}.

Outro aspecto a salientar é o progressivo aumento da porcentagem de despesas privadas em saúde, face ao total de despesas em todos os países examinados, especialmente na Grécia e em Portugal: 24,5% na Itália, 30,1% na Espanha, 34% em Portugal e 39,4% na Grécia ⁸⁵, apesar do reconhecimento do direito à saúde e ao acesso universal e gratuito para todos os cidadãos, proclamado pelos respectivos serviços nacionais de saúde. Esses dados contribuem para registrar a expansão da privatização dos serviços de saúde. À proporção que o Estado reduz a sua responsabilidade financeira global com cuidados de saúde, uma parte substancial do custo é deslocada para as famílias e os indivíduos, quer por meio da proliferação dos fundos de seguros de saúde, quer pelo aumento das despesas diretas das

famílias (*out-of-pocket payment*), com a consequência de tornar os sistemas de saúde nacionais mais desiguais. Os grupos de baixa a média rendas têm sido, desproporcionalmente, atingidos por tais condições, o que tem limitado o acesso às necessidades de saúde, com significativos efeitos sobre os resultados desta dinâmica ²⁹.

A desigualdade geográfica de saúde constitui outro aspecto crítico, observado em todos os países do Sul da Europa analisados. Existem diferenças entre: (i) as regiões economicamente mais desenvolvidas do norte da Espanha e as regiões do sul e oeste; (ii) os sistemas de saúde regionais subfinanciados do Peloponeso, da Grécia central e das ilhas de Egeias e Íônias, por um lado, e da região da Grande Atenas e da Macedônia, por outro; (iii) as regiões do sul e do centro de Itália e as regiões mais ricas do Norte; e (iv) os distritos do Porto, Coimbra e Lisboa e os demais 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 esse tema há que se realçar o paradoxo dos casos da Itália e Espanha – ambos com um maior grau de descentralização regional, tanto no financiamento, como na gestão e provisão dos serviços de saúde – onde há evidências de que o processo de descentralização implantado não tem contribuído para reduzir a tradicional diferença de desempenho entre os diversos sistemas de saúde regionais. Pelo contrário, parece que tais desigualdades têm aumentado nos últimos anos ^{38,86}.

É ainda importante destacar os potenciais de desigualdade induzidos pelos processos de reforma em níveis nacional, regional e local, que abordamos ao longo do texto. Nessa perspectiva, sobressaem os 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 na Itália (atividade intramural ou *intra moenia*) e na Grécia (serviços vespertino e noturno), que permitem aos médicos, funcionários dos hospitais e dos centros de saúde públicos exercerem a profissão liberal privada, no mesmo local, depois do horário normal de trabalho. A presente estratégia tem como justificativa 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 desigualdades, pois cria duas categorias de cidadãos dentro dos mesmos serviços públicos: (i) os que optam pelos serviços públicos, incluídos numa longa lista de espera; e (ii) os que optam por um serviço em regime de pagamento, que são atendidos no prazo de poucos dias.

Um exemplo de indução de desigualdades, por parte dos sistemas de saúde, consiste no aumento da participação dos usuários nas despesas de saúde por meio de formas de copagamento e taxas moderadoras. Trata-se de uma prática já consolidada nos países do Sul da Europa (sobretudo na Grécia, Itália e Portugal), que introduz entraves financeiros no acesso e que contribui para acentuar as desigualdades no sistema público de saúde ^{47,87}. Na Espanha, o único encargo de utilização dos serviços de saúde diz respeito aos produtos farmacêuticos. A introdução ou aumento de taxas de utilização de cuidados primários e/ou de consultas especialistas pode piorar os resultados de saúde e incentivar o aumento do uso de serviços e recursos intensivos, tais como os cuidados de emergência ^{11,88}.

Finalmente, importa assinalar as repercussões negativas da crise financeira e das políticas de austeridade que têm afetado, particularmente, os países do Sul da Europa. Um aspecto que tem sido pouco pesquisado, até agora, é o impacto dessas políticas sobre as desigualdades sociais em saúde. O corte no financiamento e os planos de privatizações contínuas de hospitais e centros de cuidados primários estão causando uma deterioração progressiva da qualidade dos serviços, dos tempos de espera, bem como o incremento de copagamentos de medicamentos e serviços de saúde. De acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) ⁸⁹, o aumento da desigualdade foi particularmente evidente em países que implantaram cortes orçamentais profundos, como a Espanha, Grécia, Itália, Irlanda e Portugal. As consequências negativas da crise tendem a concentrar-se entre as pessoas que experimentam a perda de emprego e os grupos mais vulneráveis da população. Taxas mais elevadas de emprego precário e menores despesas de saúde per capita têm um efeito negativo sobre a saúde mental das pessoas ¹². A diminuição do acesso aos cuidados de saúde é evidente, sobretudo na Grécia e, em menor medida, na Itália, na Espanha e em Portugal. No entanto, nos quatro países, as barreiras de acesso são mais elevadas entre os idosos acima de 75 anos ²⁹.

Conclusão

Este artigo tem procurado descrever as trajetórias de reforma dos sistemas de saúde da Espanha, Grécia, Itália e Portugal, e analisar as principais formas de desigualdades de saúde observadas nos referidos países, antes e durante a crise econômica de 2008, com base em uma revisão não sistemática da literatura. No contexto do estado de bem-estar social da Europa, foi traçado um perfil geral dos serviços nacionais de saúde dos quatro países que, embora tenham sido instituídos nos anos 1970-1980, ainda apresentam algumas diferenças nos critérios de acesso, equidade e financiamento. A crise e as políticas de austeridade aumentaram a insatisfação com a prestação de cuidados de saúde em todos os países, particularmente na Grécia e em Portugal. Essa crise desencadeou um retrocesso drástico dos gastos públicos na Grécia, um declínio significativo em Portugal, uma perceptível contração na Espanha e uma moderada redução na Itália.

Obviamente, tais desenvolvimentos aumentaram a desigualdade da saúde devido à capacidade diferenciada das pessoas para procurar seguros e planos complementares de saúde no mercado. Nesse sentido, nos quatro países, o gradiente social (em particular, educação, rendimento e condição laboral) representa o principal fator determinante das desigualdades de saúde. Outro aspecto crítico, comum aos quatro países, refere-se às desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, como resultado dos diferentes níveis de desenvolvimento econômico das diversas regiões.

Uma questão que buscamos examinar, embora não muito estudada na literatura internacional, refere-se às potenciais desigualdades geradas pelas reformas dos sistemas de saúde e pelas políticas de austeridade ainda em curso.

Importa ainda assinalar o recente debate na literatura internacional sobre a relação entre diferentes regimes de estado de bem-estar e as desigualdades de saúde. Nesse sentido, o uso de tipologias de estado de bem-estar social, como determinante de saúde e de desigualdades de saúde, tem sido criticado pelo fato de obscurecer importantes diferenças de políticas econômicas e sociais entre os estados de bem-estar.

Finalmente, vale ressaltar que os achados aqui apresentados devem ser considerados como resultados preliminares de uma pesquisa em andamento. De fato, as características e especificidades das trajetórias de reforma, seguidas pelos países do Sul da Europa nesse período de turbulência financeira, requerem novas pesquisas e novas perspectivas de análise. Sem dúvidas, outros estudos, baseados em revisões sistemáticas da literatura, permitirão alcançar conclusões mais sólidas sobre o impacto de tais políticas de austeridade nos sistemas de saúde e nas desigualdades sociais de saúde.

Agradecimentos

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), Portugal, pelo apoio financeiro (SFRH/BPD/98655/2013). O autor gostaria de agradecer aos revisores anônimos por seus valiosos comentários.

Referências

- Lahema E, Rahkonen O. Introduction. *Soc Sci Med* 1997; 44:721-2.
- Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Social Health Ill* 2008; 3:565-82.
- World Health Organization. The European health report 2002. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
- World Health Organization. World conference on social determinants of health: meeting report. Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011.
- Marmot M. Fair society, healthy life. The Marmot review. London: UCL Institute of Health Equity; 2010.
- European Commission. Report on health inequalities in the European Union. Commission staff working document. Brussels: European Commission; 2013.
- European Union. Health inequalities in the EU – final report of consortium. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers; 2013.
- Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. Maidenhead: Open University Press; 2015.
- Petmesidou M, Guillén AM. Can the welfare state as we know it survive? A view from the crisis-ridden South European periphery. *South Eur Soc Polit* 2014; 19:295-307.
- De Vogli R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. *Int J Equity Health* 2014; 13:58.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381:1323-31.
- Ruiz-Pérez I, Bermudez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *Int J Equity Health* 2017; 16:45.
- Escolar-Pujolar A, Bacigalupe A, San Sebastian M. European economic crisis and health inequalities: research challenges in an uncertain scenario. *Int J Equity Health* 2014; 13:59-61.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8:19-32.
- Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
- Esping-Andersen G. Social foundations of postindustrial economies. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Ferrera M. The 'southern model' of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy* 1996; 6:17-37.
- Rhodes M. Southern European welfare: identity, problems and prospects. *South Eur Soc Polit* 1998; 1:1-22.
- Andreotti A, García S, Gomez A, Hespanha P, Kazepov Y, Mingione E. Does a southern model exist? *Journal of European Area Studies* 2001; 9:43-62.
- Silva PA. O modelo de welfare da Europa do sul. *Sociologia, Problemas e Práticas* 2002; 38:25-59.
- Bambra C. Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:1098-102.
- Guillén AM, León M, editors. The Spanish welfare state in European context. Farnham: Ashgate; 2011.
- Naldini M. Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy. Roma: Carocci; 2006.
- Karamessini M. Continuity and change in the Southern European social model. *Int Labour Rev* 2008; 147:43-70.
- Tavora I. The Southern European social model: familism and the high rates of female employment in Portugal. *J Eur Soc Policy* 2002; 22:63-76.
- León M, Migliavacca M. Italy and Spain: still the case of familistic welfare models? *Popul Rev* 2013; 25:25-42.
- Hespanha P. The welfare society and the welfare state. The Portuguese experience. In: Roche M, van Berkel R, editors. European citizenship and social exclusion. Aldershot: Ashgate; 1997. p. 169-83.
- Bertin G, Carradore M. Differentiation of welfare regimes: the case of Italy. *Int J Soc Welf* 2006; 25:149-60.
- Petmesidou M, Pavolini E, Guillén AM. South European healthcare systems under harsh austerity: a progress-regression mix? *South Eur Soc Polit* 2014; 19:331-52.
- Pavolini E, Guillén A, editors. Health care systems in Europe under austerity. Institutional reforms and performance. Basingstoke: Palgrave; 2013.
- Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005; 14 Suppl 1:S151-68.
- Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal. Health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13:1-156.

33. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2015. Report. http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf (accesado em 02/Jun/2016).
34. Matos AR, Serapioni M. The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00066716.
35. Dávila Quintana C, Lopez-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit* 2009; 23:261-5.
36. Rey del Castillo J. Analisis del origen, situacion y perspectiva de futuro del processo de descentralizacion sanitario espanol. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 1:13-24.
37. González López-Valcárcel B, Berber Perez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo. Madrid: Fundación Alternativas 90; 2006.
38. Soria B. Informe Bernat Soria. Madrid: Abbott Laboratories; 2011.
39. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rabago Y, Bergantiños N. Austeridade y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit* 2016; 30:47-51.
40. Urbanos-Garrido R. Social inequality in health. Measuring the contribution of housing deprivation and social interaction in health. *Int J Equity Health* 2012; 11:77.
41. Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 2005; 34:316-26.
42. Ministério de Sanidad y Política Social. Avanzando hacia la equidade. Propuesta de política para reducir las desigualdades sociales en salud en España. http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf (accesado em 10/Mai/2016).
43. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A, Tomás-Salva M, Yañez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gac Sanit* 2015; 239:27-36.
44. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicide in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health* 2013; 23:732-6.
45. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system review. *Health Syst Transit* 2010; 12:1-295.
46. López-Fernandez LA, Martínez-Millán JJ, Ajuaria AF, March Cerdá JC, Suess A, Danet DD, et al. Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2012; 26:298-300.
47. Navarro V. The social crisis of the Eurozone: the case of Spain. *Int J Health Serv* 2013; 43:189-92.
48. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare systems? *BMJ* 2013; 346:f2363.
49. Petmesidou M, Guillén A. 'Southern style' national health services. Recent reforms and trends in Spain and Greece. *Soc Policy Adm* 2008; 42:106-24.
50. Economou C. Greece: health system review. *Health Syst Transit* 2010; 12:1-180.
51. Economou C, Kaitelidou DC, Kentikelenis A, Maresso A, Sissouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al., editors. Economic crisis, health systems and health in Europe, Copenhagen: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. p. 103-42.
52. Kaitelidou DC, Kouli E. Greece: the health system in a time of crisis. *Eurohealth Observer* 2012; 18:12-4.
53. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008; 87:72-81.
54. Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, et al. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2013; 109:23-30.
55. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Soc Sci Med* 2003; 57:861-73.
56. Zavras D, Economou C, Kyriopoulos J. Factors influencing dental utilization in Greece. *Community Dent Health* 2004; 21:181-8.
57. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8.
58. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy* 2014; 115:111-9.
59. Costa G, Spadea T, Cardano M, editors. Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3 Suppl):1-160.

60. Costa G, Faggiano F, editors. *L'equità nella salute in Italia: rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Fondazione Smith Kline/Angeli Editore; 1994.
61. Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. *Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani*. *Epidemiol Prev* 1999; 23:141-52.
62. Gargiulo L, Sebastiani G, editors. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multi-scopo sulle famiglie*. Roma: ISTAT; 2002.
63. Granaglia E, Compagnoni V. *Disuguaglianze sanitarie e mezzogiorno*. Roma: Ministero dello Sviluppo Economico; 2007.
64. Costa G, Bassi M, Censini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, editors. *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Fondazione Smith Kline/Angeli Editore; 2014.
65. Spadea T. *La prevenzione primaria e la diagnosi precoce*. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3 Suppl):97-102.
66. Perocco F. *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*. Milano: Franco Angeli; 2012.
67. Tognetti Bordogna M. *Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati*. *Cambio* 2013; 3:59-72.
68. Giarelli G, Serapioni M. *Les inégalités devant la santé en Italie: un paradoxe apparent?* *Revue Sociologie Santé* 2006; 25:279-90.
69. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
70. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde; 2004.
71. World Health Organization. *Portugal health system performance assessment*. Copenhagen: World Health Organization; 2010.
72. van Doorslaer E, Koolman X, Xander J, Andrew M. *Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe*. *Health Econ* 2004; 13:629-47.
73. Oliveira M, Bevan G. *Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs*. *Health Policy* 2003; 66:277-93.
74. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menville G, Leinsalu M, et al. *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*. *N Engl J Med* 2008; 358:2468-81.
75. Cabral MV, Silva PA. *O estado da saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensas de Ciências Sociais; 2009.
76. Bago D'Uva TM. *Equidade no sector da saúde em Portugal*. In: Simões J, organizador. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina; 2010. p. 83-112.
77. Santana P. *A saúde dos portugueses*. In: Campos AC, Simões J, organizadores. *40 anos de abril na saúde*. Coimbra: Almedina; 2014. p. 69-92.
78. Antunes R. *The social space of health inequalities in Portugal*. *Soc Theory Health* 2011; 9:393-409.
79. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. *Portugal: health system review*. *Health Syst Transit* 2017; 19:1-184.
80. Barros PP. *Health policy reform in tough times: the case of Portugal*. *Health Policy* 2012; 106:17-22.
81. Matsaganis M, Leventi C. *The distributional impact of austerity and the recession in southern Europe*. *South Eur Soc Polit* 2014; 19:393-412.
82. Guillén A, Pavolini E. *Welfare states under strain in Southern Europe: overview of the special issue*. *Eur J Soc Secur* 2015; 17:147-57.
83. Bamba C. *Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'*. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:740-5.
84. Ferrera M, editor. *Welfare state reform in southern Europe: fighting poverty and social exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece*. London: Routledge; 2005.
85. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Society at a glance 2014: OECD social indicators*. Paris: OECD Publishing; 2016.
86. Pavolini E, Vicarelli G. *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*. *Curr Sociol* 2012; 64:472-88.
87. Cavicchi I. *La controriforma della sanità italiana*. *SaluteInternazionale.info* 2015; 23 mar. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/la-controriforma-della-sanita-italiana/> (acessado em 06/Set/2016).
88. Serapioni M. *Taxas moderadoras*. In: Santos BS, organizador. *Dicionário das crises e das alternativas*. Coimbra: Almedina; 2012. p. 200-1.
89. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty: results from the OECD Income Distribution Database*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013.

Abstract

The current article addresses the issue of health system inequalities in the countries of Southern Europe, specifically Spain, Greece, Italy, and Portugal. The study resulted from a non-systematic literature review, based on the scoping review proposal. We begin by presenting a brief contextualization of the social welfare state systems in these European countries, highlighting the principal specificities and differences in relation to other European welfare state systems. Next, we describe the health systems in the four countries, emphasizing the respective reform processes and the main health inequalities that have characterized them before and during the economic crisis. The crisis and austerity policies have greatly increased the level of dissatisfaction with healthcare provision in these countries, particularly in Greece and Portugal. In this sense, we conduct a comparative discussion of the health inequalities, identifying both common trends and differences. In the four countries, the social gradient (particularly in education, income, and labor) represents the principal determinant of health inequalities, while not ruling out geographic inequalities in access to health services as the result of different levels of economic development in the various regions. Finally, we discuss the recent debate in the international literature on the relationship between different welfare state systems and health inequalities, and precisely the critique of the use of welfare state typologies as a determinant of health and health inequalities.

*Health Inequalities; Health Systems;
Economic Recession; Social Welfare*

Resumen

El presente artículo aborda la cuestión de las desigualdades en los sistemas de salud en los países del sur de Europa, específicamente España, Grecia, Italia y Portugal. El estudio resultó de una revisión no sistemática de la literatura, basada en la propuesta de la scoping review. Comenzamos presentando una breve contextualización de los sistemas del estado de bienestar social en estos países europeos, destacando las principales especificidades y diferencias en relación con otros sistemas europeos del estado de bienestar. A continuación se describen los sistemas de salud en los cuatro países, destacando los respectivos procesos de reforma y las principales desigualdades de salud que los han caracterizado antes y durante la crisis económica. La crisis y las políticas de austeridad han aumentado considerablemente el grado de insatisfacción con la prestación de asistencia sanitaria en estos países, en particular en Grecia y Portugal. En este sentido, realizamos una discusión comparativa de las desigualdades en salud, identificando tendencias y diferencias comunes. En los cuatro países, el gradiente social (particularmente en educación, ingreso y trabajo) representa el principal determinante de las desigualdades en salud, sin descartar desigualdades geográficas en el acceso a los servicios de salud como resultado de diferentes niveles de desarrollo económico en las distintas regiones. Finalmente, se discute el reciente debate en la literatura internacional sobre la relación entre los distintos sistemas del estado de bienestar y las desigualdades en salud, y precisamente la crítica al uso de las tipologías del estado de bienestar como determinantes de la salud y las desigualdades en salud.

*Desigualdades en la Salud; Sistemas de Salud;
Recesión Económica; Bienestar Social*

Recebido em 03/Out/2016
Versão final reapresentada em 17/Jul/2017
Aprovado em 24/Jul/2017