



DISPARIDADES REGIONAIS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERRITÓRIOS DE BAIXA DENSIDADE: OS CASOS DO ALENTEJO (PORTUGAL) E NAVARRA (ESPANHA)

453

*Pedro Palma
Eduarda Marques da Costa
Nuno Marques da Costa*

A Comunidade Europeia através do Livro Verde define Serviços de Interesse Geral (SeIG) como sendo serviços económicos, ou não, que os Estados-Membros consideram ser de interesse geral e que, por essa razão, estão submetidos a obrigações de serviço público específicas (CEC, 2003). A importância da prestação de SeIG de alta qualidade, acessíveis e eficazes para as esferas sociais, ambientais e económicas na UE, foi ratificada com a criação do Livro Verde sobre SeIG. Os SeIG estão relacionados com um conjunto de obrigações públicas específicas que visam assegurar a prestação dos serviços, à

generalidade dos cidadãos, seguindo determinados padrões respondendo a princípios de equidade económica, social e territorial (CEC, 2011). Os padrões que conferem o carácter de serviço de interesse geral são cinco: disponibilidade, acessibilidade, preço acessível, qualidade e variedade (HUMER *et al.*, 2015).

No Livro Verde de Coesão Territorial é destacado o papel que estes serviços podem desempenhar para atenuar as disparidades entre regiões, sendo descritos como indispensáveis para a subsistência dos territórios rurais ou de baixa densidade e nas pequenas e médias cidades/vilas localizadas nas áreas rurais e periféricas. São estes pólos que asseguram a prestação de serviços aos cidadãos destas regiões, incluindo as infraestruturas necessárias para investir na adaptabilidade de pessoas e empresas, assumindo-se como um elemento chave para evitar o despovoamento e assegurar que as regiões se mantêm atractivas para viver (CE, 2008).



Este capítulo pretende abordar duas questões principais. A primeira emerge da reflexão conceptual e metodológica sobre os Serviços de Interesse Geral e a medição do acesso aos mesmos. Importa analisar que componentes definem o acesso a serviços e que procedimentos metodológicos podem ser desenvolvidos. A segunda questão relaciona-se com a influência da organização do sistema urbano no acesso a serviços. Para além de uma abordagem conceptual, pretende-se, por intermédio de dois estudos de caso, efectuar uma análise empírica que permita compreender simultaneamente o acesso a serviços e a influência de factores como a configuração do sistema urbano, mas também como a escala e a hierarquia de serviços.

O presente capítulo estrutura-se em quatro partes. A primeira parte inicia-se pela apresentação dos SeGI, enquadrando os serviços de saúde e destacando os fatores condicionantes e a sua ligação às políticas públicas e aos modelos de implementação. Na segunda parte, realiza-se uma análise a alguns indicadores de saúde na Europa e na Península Ibérica. Na terceira parte, procura-se demonstrar a importância dos vários fatores explicativos no acesso aos serviços de saúde em duas regiões de baixa densidade demográfica localizadas em Portugal e em Espanha (Alentejo e Navarra), sublinhando as disparidades intra-regionais no acesso a serviços de saúde. A disponibilidade de dados assumiu-se como um factor condicionante não permitindo uma análise rigorosa do acesso, no entanto, através de uma análise de acessibilidade e da confrontação com indicadores regionais foi possível verificar a relevância da configuração do sistema urbano e a consequente localização dos serviços. Na quarta parte, surgem algumas notas conclusivas.

455



SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL – QUE FACTORES DETERMINAM A SUA OFERTA E A SUA PROCURA?

Factores condicionantes da prestação de serviços de interesse geral (SeIG)

Os padrões de prestação de SeIG são determinados por um conjunto de factores que se podem manifestar a vários níveis, tanto de forma

directa ou indirecta. Segundo Humer *et al.* (2015) estes factores podem ser enquadrados em quatro grupos: demográfico, económico, social, ambiental/ climático. Por sua vez, estes influenciam os padrões de prestação de SeIG através de um quinto factor de natureza política, ou seja, os factores externos moldam todo um conjunto de políticas que subsequentemente norteia a organização e o processo de prestação de serviços.

Os factores demográficos apresentam um impacte significativo nos padrões de prestação e de acesso aos SeIG e podem influenciar, por um lado, a organização dos serviços e os prestadores, e por outro lado, a oferta e os utilizadores. As alterações demográficas podem ocorrer num curto período de tempo, de uma forma mais instável e abrupta, ou podem manifestar-se a longo prazo de um modo mais equilibrado e estável. Estas duas situações são distintas, mas em ambos os casos a prestação de SeIG sofre ajustamentos. As alterações demográficas são naturalmente acompanhadas por uma modificação da procura de serviços – por exemplo, maior procura de cuidados de saúde - e muitas vezes, originam variações dos padrões de prestação – por exemplo, na disponibilidade desses mesmos serviços.

Os factores de natureza económica podem igualmente influenciar o processo de prestação e de acesso aos SeIG, quer pelo lado da procura, quer pelo lado da oferta. A capacidade financeira de países e regiões representa um factor explicativo da prestação de SeIG, bem como as condições macro-económicas (HUMER e PALMA, 2013). É natural que prestadores com uma boa capacidade financeira se encontrem em posição mais favorável para assegurarem os padrões de prestação de SeIG. Do lado da procura, a



distribuição de rendimentos tem também um papel relevante. Os tipos de serviços prestados, tal como a natureza do prestador (privado ou público), de uma determinada região, podem ser influenciados ou mesmo determinados pela capacidade financeira da população (RAUHUT, MARQUES DA COSTA e HUMER, 2013). Neste sentido, a população com maior poder de compra tem a possibilidade de assegurar determinados hábitos e realizar determinadas escolhas que a população com níveis de rendimento mais baixos pode não ter.

A prestação e o acesso aos SeIG são também influenciados por factores de cariz social. A procura condiciona a oferta, e neste sentido, a sociedade tem um impacte significativo na configuração da oferta de serviços. Desde logo, se os serviços têm um papel fundamental em satisfazer as necessidades básicas e combater a exclusão social e a pobreza (KAHILA *et al.*, 2012), ao proporcionar equidade no acesso, estas mesmas necessidades determinam em grande medida o formato da oferta de serviços. Para além das necessidades básicas, que são definidas de acordo com os valores sociais de cada sociedade, os interesses dos indivíduos, materializados no seu estilo de vida, têm também influência nos serviços prestados. Aqui existe uma relação evidente com a componente económica abordada anteriormente, uma vez que o estilo de vida é muito influenciado pela capacidade financeira do indivíduo. Para além da influência da procura, a sociedade tem também um impacto na oferta de serviços, sobretudo através da sociedade civil e as suas instituições e organizações.

O ambiente natural e cultural constitui outro factor que pode introduzir modificações na configuração da prestação de SeIG. Pelo importante



papel que podem desempenhar, nas fases de prevenção e mitigação de impactos ambientais, ficam sujeitos a eventuais ajustes como parte de uma estratégia definida para o efeito – maior eficácia da rede de transportes, utilização racional de recursos naturais e energéticos etc...

Para além disso, a procura por SeIG pode ser alterada pela ocorrência de fenómenos extremos que desencadeiam uma procura específica de serviços. O mesmo se passa com fenómenos como as alterações climáticas, que, a médio/longo prazo, podem introduzir alterações de diversa natureza vindo a afectar a configuração da prestação de SeIG (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2014).

Os factores externos mencionados afectam a moldura política que envolve a prestação de SeIG, no entanto, diferentes contextos políticos e institucionais podem igualmente alterar a forma como os SeIG são prestados (HUMER *et al.*, 2015). Podemos então falar num factor político que transporta a influência dos factores externos para as próprias estruturas governativas e, conseqüentemente, para a moldura legal, definindo enquadramentos para a prestação de serviços e para o acesso a serviços, ou seja, influenciando tanto a oferta como a procura de SeIG. Este enquadramento é definido de acordo com a ideologia dominante e as políticas vigentes. São estas que estabelecem as relações entre a eficiência financeira e a equidade, promovendo distintas políticas que são, em grande parte, responsáveis pelas diferenças nas configurações da prestação de SeIG entre os diferentes países.

Os factores apresentados anteriormente assumem particular relevância no processo de prestação de SeIG, no entanto, Humer *et al.* (2015)



clamam especial atenção para as suas ligações com dinâmicas espaço-temporais.

Uma das dinâmicas advêm das especificidades dos territórios. Os diferentes contextos territoriais que podem modificar o impacto dos factores referidos e assim condicionar a configuração da prestação de serviços. Os diferentes tipos de territórios podem apresentar diferentes desafios (GLØERSEN *et al.*, 2012), veja-se o caso das regiões rurais mais periféricas, com baixas densidades populacionais, em que o acesso a serviços está condicionado, em grande parte, pelas longas distâncias aos serviços – ex. regiões insulares, regiões montanhosas. Outro aspecto de âmbito territorial e que pode produzir diferentes contextos é a configuração do sistema urbano que será abordada mais adiante.

O tempo e as alterações que dele decorrem constituem outro elemento relevante para o processo. Neste particular, a evolução tecnológica, as inovações e a conseqüente modernização, podem desempenhar um papel de destaque por permitirem novas oportunidades, quer ao nível dos serviços prestados – tratamentos médicos inovadores, transportes mais rápidos, produção de energia limpa – mas também ao nível dos padrões de prestação – melhor qualidade dos tratamentos de saúde, melhor acessibilidade, energia mais barata. A evolução pode ter também um carácter social e cultural – maior sensibilidade para a formação, para a reciclagem ou maior participação cívica – e ter repercussões no tipo de serviços procurados, ou oferecidos.

A complexidade existente em torno das condicionantes da configuração da prestação de serviço é manifesta, mais ainda pelas relações que se estabelecem entre todos os factores e dinâmicas



referidas. O factor político assume particular relevância por ser um intermediário entre os factores externos e a configuração da prestação de serviços, e como tal, o próximo ponto introduz a discussão sobre os diferentes contextos políticos, decorrente dos diferentes modelos sociais, e a relação com a prestação de serviços.

A importância do modelo político e social na prestação de SeIG

460



A actuação dos governos dos estados-membros e as políticas adoptadas são uma resposta a um conjunto de desafios, que são em grande parte determinados pelos factores descritos no ponto anterior, e que incidem sobre a sociedade. As estratégias de actuação são diversas, tal como são os desafios e os actores, de modo que existem diferentes políticas a perseguir os mesmos objectivos, perante os mesmos desafios.

No caso concreto da prestação de SeIG, o modelo social adoptado por cada país assume particular relevância por estar profundamente relacionado com a forma como se organizam (MARQUES DA COSTA, E., PALMA, P., MARQUES DA COSTA, N., 2015). Assim, a participação, o investimento e o esforço de cada governo em assegurar os padrões de prestação de SeIG podem ser analisados em função das despesas públicas e do tipo de modelo social adoptado .

A análise das despesas públicas, em termos gerais, mostra que existem diferentes condições de partida para a persecução dos padrões de prestação de serviços. De um modo geral, os países com modelo social nórdico são os que apresentam uma maior

participação do estado e um investimento mais elevado (em percentagem de PIB e especialmente se for analisado em valores per capita), seguindo-se, por ordem decrescente, os países com modelo anglo-saxónico/continental, mediterrâneo e novos estados membros. Este panorama não se altera significativamente para as despesas públicas segundo as principais rúbricas relacionadas com os SeIG (saúde, educação, protecção social e assuntos económicos). Os países com modelos sociais do tipo nórdico realizam um esforço financeiro superior aos países com os restantes modelos sociais, com excepção da rubrica de assuntos económicos, onde os valores são muito semelhantes em todos eles. O modelo social do tipo novos estados membros é o que apresenta os menores investimentos, especialmente na rúbrica da saúde, onde países como a Chipre e Roménia apresentam valores na ordem dos 3% de PIB (MARQUES DA COSTA, E., PALMA, P., MARQUES DA COSTA, N., 2015).




As diferenças registadas entre os diferentes tipos de modelo social, no que diz respeito ao nível de investimento e esforço financeiro, são significativas. Embora a prestação de serviços dependa de inúmeros factores, é evidente que estas diferenças podem constituir distintos contextos de partida para uma prestação mais satisfatória e socialmente mais justa. A própria política de coesão apresenta custos elevados e se é verdade que a sua implementação eficaz depende de múltiplos factores, parece evidente que não se podem ignorar as disparidades financeiras existentes entre os estados membros da União Europeia.

O processo de prestação de serviços tem uma expressão territorial muito forte por depender, em

grande parte, de um conjunto de unidades físicas dispostas no território. O padrão territorial que emerge desta disposição representa um contexto territorial específico que pode influenciar o acesso a serviços, pelo que importa rever, à luz da perspectiva patente no Esquema de Desenvolvimento do Espaço Comunitário (EDEC), de que modo a prestação e o acesso a serviços podem ser influenciados pela organização dos sistemas urbanos.

A relevância da dimensão territorial na prestação de SeIG

462  A inclusão do conceito de coesão territorial na política europeia motivou um intenso debate conceptual e introduziu uma perspectiva territorial que não existia até então. Com a afirmação daquele conceito começaram a surgir diversas referências e estratégias que evidenciam a relação entre a prestação de SeIG e a organização do sistema urbano (MEIJERS, 2006; FALUDI, 2005). Neste sentido, o desenvolvimento policêntrico é amplamente reconhecido como uma estratégia para alcançar os objectivos das políticas de coesão territorial, promovendo equidade e desenvolvimento regional (MEIJERS, 2006).

Este reconhecimento motivou diversos estudos sobre o conceito de desenvolvimento policêntrico, o processo de medição de policentrismo e sobre os potenciais benefícios (VAN MEETEREN *et al.* 2015), no entanto, é amplamente assumido que é necessário provar a sua validade a partir de estudos empíricos (WEGENER, 2013).

As diferentes organizações dos sistemas urbanos resultam de distintos contextos mas não é claro que um sistema urbano policêntrico ou um sistema urbano monocêntrico representem, por si, uma situação mais vantajosa na persecução dos objectivos da política de coesão territorial.

A definição de policentrismo revela duas componentes, uma de natureza morfológica e outra funcional (BREZZI; VENERI, 2015). A primeira está relacionada sobretudo com a distribuição e com a dimensão dos centros urbanos. Existe policentrismo quando uma determinada área apresenta vários centros urbanos e não existe uma concentração de população e actividades em apenas um deles (RIGUELLE *et al.*, 2007). Por sua vez, a componente funcional reporta-se às interacções que se estabelecem entre os centros urbanos e o restante território. É condição essencial que se estabeleçam ligações funcionais e redes entre os vários centros e o restante território, configurando relações hierárquicas. É expectável, pelo menos a nível teórico, que um conjunto de centros urbanos equivalentes e com ligações funcionais entre si, proporcionem uma distribuição de serviços mais uniforme sobre o território, contribuindo dessa forma para alcançar uma melhor coesão territorial.

Em países de maior dimensão demográfica e simultaneamente com elevadas densidades populacionais regionais, esta organização territorial pode facilitar a manutenção de SeIG assentes no mercado, já que os níveis de procura asseguram a viabilidade financeira dos prestadores. Pode-se então assumir que facilita o desenvolvimento regional equilibrado e promove a sustentabilidade dos territórios.





Uma organização monocêntrica, por seu turno, é considerada como potenciadora de desigualdades e neste sentido, teoricamente é prejudicial para a coesão e sustentabilidade dos territórios. A existência de um grande centro urbano, com elevada concentração de população e de serviços, em áreas periféricas onde a procura não é suficiente para garantir a prestação de serviços, configura um contexto com tendência para o reforço de desigualdades. No entanto, de acordo com a teoria dos polos de crescimento de Perroux (1955), a concentração de recursos poderá representar uma solução para situações de escassez de recursos. Em casos de povoamento disperso e de escassez de recursos, o sistema monocêntrico pode-se apresentar apresentar como mais vantajoso, por permitir economias de escala através da forte concentração de recursos e de serviços nas áreas mais densamente povoadas (RAUHUT, BORGES *et al.*, 2013).

Assim, a organização dos sistemas urbanos assume particular interesse para o estudo dos SeIG por contribuir para um melhor entendimento da sua organização territorial. Esta compreensão passa também por aspectos como a escala e o tipo de serviço, e por isso, despontam algumas abordagens envolvendo a Teoria dos Lugares Centrais, como a apresentada em Milbert *et al.* (2013). Os diferentes graus de especialização dos serviços e as suas áreas de influência conduziram os autores ao conceito de hierarquia territorial. Este conceito permite uma diferenciar os serviços em três níveis hierárquicos: centralidade baixa, centralidade média e centralidade elevada.

Serviços com uma centralidade baixa são tradicionalmente mais procurados (farmácias, estradas, escolas primárias etc..) e como tal,

apresentam um maior número de unidades dispersas pelo território, apresentando bons níveis de prestação em regiões urbanas e rurais. Um nível de centralidade intermédio significa que os serviços apresentam um nível de especialização superior aos anteriores e como tal, são mais escassos que os primeiros e localizam-se sobretudo em torno de centros urbanos mais relevantes (hospitais, autoestradas, liceus etc...). Neste caso, a prestação será melhor em áreas urbanas do que em áreas rurais. Por fim, há serviços muito especializados (determinadas especialidades médicas, aeroportos, universidades etc...) que apenas se localizam em cidades de elevada centralidade, e como tal, a prestação tende a ser melhor nas regiões urbanas e mais deficiente nas regiões rurais (MILBERT *et al.*, 2013).

Embora a definição do policentrismo como estratégia europeia tenha ocorrido em 1999, há uma carência de estudos empíricos que comprovem que a prática do policentrismo contribui para uma maior equidade territorial e para a promoção da coesão territorial. No entanto, considera-se relevante a inclusão dos pressupostos teóricos do policentrismo na reflexão, bem como da influência do efeito de escala e da hierarquia territorial dos serviços.

Ao longo dos pontos anteriores foram apresentados diversos factores que podem afectar o processo de prestação de serviços e para que se analise empiricamente estas relações é essencial medir o acesso dos cidadãos aos serviços. Este tema será abordado de seguida, explorando o conceito de acesso bem como uma metodologia para a sua análise.



Uma abordagem metodológica para medir o acesso aos SeIG

A questão do acesso é essencial na temática da prestação de SeIG uma vez que permite verificar o resultado deste processo. São vários os autores que definem acesso como sendo um processo mais complexo do que a capacidade de chegar a um local partindo de outro (HAY, 1995; PENCHANSKY AND THOMAS, 1981). Destaca-se o estudo de Penchansky e Thomas (1981), que apresentam uma clara distinção entre os conceitos de acesso e acessibilidade. Para estes autores o acesso apresenta cinco dimensões de análise: disponibilidade, acessibilidade, custo, comodidade e aceitação.

466



Estas cinco componentes constituem uma metodologia de análise denominada de os cinco às do acesso e permite explicar por um lado, a capacidade dos prestadores em prestar SeIG e por outro lado, a capacidade dos utilizadores em usar os serviços (Figura 1).

Figura 1 – Dimensões de análise dos “cinco às do acesso”.

Disponibilidade	Acessibilidade	Custo	Comodidade	Aceitação
Existem serviços? Que serviços? Que quantidade? Que relação entre capacidade e potenciais utilizadores?	Estão próximos dos utilizadores? São fáceis de aceder? Quanto tempo de deslocação é necessário?	O preço é acessível? Os custos associados marginalizam alguma população?	Qual o tempo de espera para uma consulta ou operação? É fácil ser atendido sem marcação?	Que confiança o cliente deposita no prestador? Qual a satisfação?
 + Disponibilidade de dados -				

Fonte: PALMA, 2016, a partir de PENCHANSKY e THOMAS (1981).

A dimensão de disponibilidade refere-se à presença ou ausência de determinados serviços bem como à sua quantidade. Pode ser expressa em número de unidades relacionadas com cada serviço, mas também através do número de pessoas empregadas. Porém, é de salientar que esta componente não permite analisar a adequabilidade dos serviços. Esta é uma questão mais complexa que envolve aspectos políticos e sociais e como tal, os serviços mínimos podem diferir entre os estados membros. Com a disponibilidade pretende-se responder a questões como: existe prestação de serviços numa determinada região? Quais os serviços que existem? Quantos estabelecimentos existem? Qual a relação entre a quantidade de serviços prestados e a potencial procura da região?

A acessibilidade constitui a segunda dimensão e esta pretende responder a questões como: os serviços estão próximos dos utilizadores? São fáceis de aceder? Quanto tempo de deslocação é necessário para que os utilizadores cheguem aos estabelecimentos? A resposta a estas questões pressupõe um conjunto de análises, sobretudo quantitativas, que se centram nos cálculos de distâncias, de tempo/distância e da cobertura populacional segundo diferentes distâncias/tempo.

A terceira dimensão permite abordar a relação entre o custo do uso do serviço e a capacidade dos utilizadores em suportá-lo. Os serviços são gratuitos? Quão caros são? Os custos dos serviços marginalizam alguma população? São semelhantes em todas as regiões? Quais as diferenças? Todas estas questões devem ser respondidas através desta dimensão de análise, apesar de os dados que suportam estas respostas são escassos. Há uma lacuna de dados



assinalável e geralmente recorrem-se a indicadores que não expressam completamente a capacidade dos utilizadores em suportar os custos dos serviços.

As restantes dimensões estão mais relacionadas com as expectativas dos utilizadores face à prestação de serviços e, como tal, a obtenção de dados é uma tarefa árdua e nem sempre exequível. A dimensão comodidade surge associada à organização dos serviços e a questões de conforto. Pretende dar resposta a questões como: qual o tempo de espera para uma consulta ou operação? É fácil ser atendido sem marcação? Por seu turno, a aceitação está relacionada com a confiança e a satisfação para com o serviço. Pretende-se compreender se o utilizador deposita confiança no prestador e qual o grau de satisfação com o serviço prestado.

468



A medição do acesso, segundo Penschansky and Thomas (1981), passa pela avaliação das cinco dimensões, sabendo-se, no entanto, que a disponibilidade de dados afecta a precisão da análise. Na impossibilidade de recolher dados para as cinco dimensões devemos ter em conta que a análise será sempre redutora da realidade, e considerar que as dimensões disponibilidade e acessibilidade podem permitir uma reflexão interessante e útil sobre a eficiência do sistema de transportes, sobre o padrão de distribuição dos serviços e sobre a equidade territorial.

Nos pontos anteriores foram apresentadas diversas condicionantes do processo de prestação de SeIG. Algumas destas condicionantes assumem uma escala global e podem manifestar-se num vasto conjunto de países, embora com intensidades diferentes, enquanto outras estão relacionadas com contextos locais ou regionais. A multiplicidade

de condicionantes existentes, a complexidade das relações que se estabelecem entre si e a diferente sensibilidade dos vários tipos de serviços, promovem grande diversidade de contextos.

No próximo ponto pretende-se analisar o território europeu e legitimar a existência de diferentes condições para a prestação de serviços.

ALGUNS INDICADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA EUROPA E NA PENÍNSULA IBÉRICA

A discussão tida previamente sobre as condicionantes do processo de prestação de serviços deixa antever, ao observar o território europeu, a existência de disparidades significativas. A diversidade europeia, deve-se à diversidade de contextos existentes (políticos, territoriais, demográficos etc...) e que, tal como explanado anteriormente, configuram diferentes quadros de contexto que moldam o processo de prestação de SeIG.

469



Este ponto enceta uma análise que visa abordar a relação entre a prestação de serviços e os factores conjunturais nacionais e regionais. Para tal, são considerados dois conjuntos de indicadores. O primeiro com indicadores relacionados com os serviços de saúde: número de camas hospitalares por 100 000 habitantes, número de médicos por 100 000 habitantes e número de enfermeiros por 100 000 habitantes. O segundo grupo com indicadores de contexto que reflectem as conjunturas dos países e regiões: o PIB *per capita*, a densidade populacional e a percentagem de população que vive em NUTS 3 rurais.

Através da análise dos dados procurou-se reconhecer padrões e relações entre os dois conjuntos, considerando igualmente os diferentes modelos sociais implementados nos estados membros.

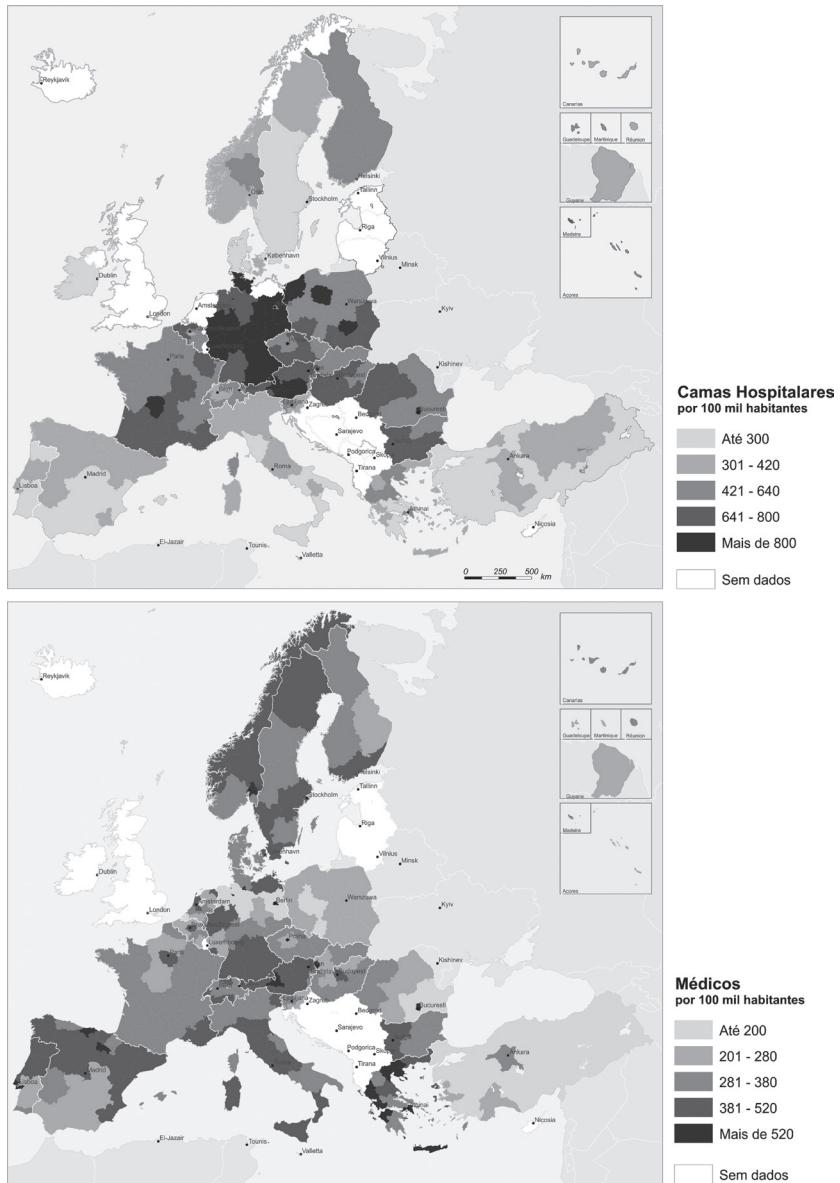
Em termos gerais e perante a relevância das relações estabelecidas entre o PIB, a densidade populacional e os indicadores referentes aos serviços, podemos perceber que há uma tendência para a concentração de pessoal dos serviços de saúde nas regiões mais populosas, o que indicia a existência de algumas disparidades entre os territórios urbanos e rurais, entre as regiões com uma maior e uma menor capacidade financeira.

Uma maior capacidade financeira pode representar uma capacidade extra para assegurar a prestação de serviços, dentro dos parâmetros impostos pelas obrigações do interesse geral (MARQUES DA COSTA, E.; PALMA, P.; MARQUES DA COSTA, N., 2015), contudo, nem sempre os indicadores permitem observar este tipo de relações de forma clara (MARQUES DA COSTA, E.; PALMA, P. *et al.*, 2013). Um exemplo desta situação é demonstrado pela análise, à escala europeia, da taxa de camas hospitalares por habitante (Figura 2).

Os valores registados na Suécia são inferiores aos valores registados nos países de Leste (EUROSTAT, 2016) e podem à primeira vista evidenciar sinais de debilidade de infraestruturas de saúde, esbatendo igualmente a relação entre os indicadores de serviços e o PIB. No entanto, são o resultado de uma estratégia que permitiu dotar o sistema de saúde de meios tecnológicos e técnicos que o tornam mais eficiente. Neste caso específico, permite diminuir o período de pós-operatório e reduzir a necessidade de camas hospitalares, pelo que um menor número de camas



Figura 2 – SeIG na Europa, 2014.



471



Fonte: PALMA, 2016, a partir de EUROSTAT, 2014.

por habitante não revela, neste caso particular, um serviço débil.

Nos países mediterrânicos, onde se incluem os países da Península Ibérica, não existem relações suficientemente relevantes que permitam afirmar a existência de um padrão. Verifica-se que a densidade populacional é, ainda que ligeiramente, uma variável de diferenciação e há uma tendência para que os indicadores de pessoal médico sejam mais elevados nas áreas com densidade populacional mais elevada. Isto verifica-se sobretudo nos países com vastos territórios rurais e que simultaneamente apresentam concentrações populacionais significativas. Esta configuração e o facto de estes países não apresentarem níveis de investimento público elevados, podem contribuir para explicar a tendência para a concentração de serviços.

472

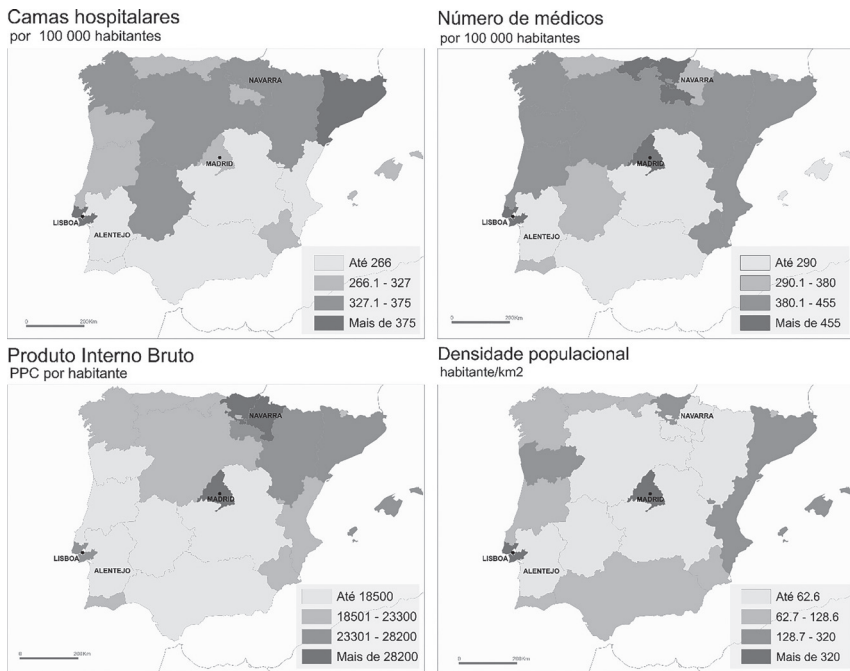


É expectável que a configuração do sistema de saúde tenda a concentrar pessoal especializado, nos centros urbanos, tal como infraestruturas especializadas, seguindo uma óptica de optimização de recursos. No entanto, as taxas de infraestruturas, essencialmente as primárias (centro de saúde, posto médico etc...), por população são muitas vezes superiores nas regiões rurais. Esta relação é uma indicação de disparidades territoriais, reflexo de um conjunto de características específicas do sistema de saúde associada são opções de política.

O principal problema nestes casos não é propriamente a disponibilidade de serviços mas sim a acessibilidade aos mesmos. Os utilizadores têm que percorrer maiores distâncias e na generalidade dos casos, através de infraestruturas rodoviárias de menor qualidade e comodidade.

No caso da Península Ibérica, é perceptível uma diferenciação entre as regiões do Sul e do Norte. As do Sul apresentam os valores mais baixos nos indicadores relacionados com o serviço de saúde, com excepção da região de Lisboa. Uma constatação importante é o facto de as regiões com PIB mais elevado, Lisboa, Madrid e as regiões do Nordeste de Espanha, serem também as regiões que apresentam os valores mais elevados nos três indicadores associados ao serviço de saúde. Para além disso, é também notória a relação negativa entre as regiões mais rurais e o número de médicos e camas hospitalares, o que remete para disparidades entre o rural e o urbano (Figura 3).

Figura 3 – SeIG na Península Ibérica, 2014.



Fonte: PALMA, 2016, a partir de EUROSTAT, 2014.

No âmbito da análise de disparidades na prestação de serviços é fundamental considerar os efeitos de escala. As NUTS 2 são as unidades sobre as quais as políticas regionais são definidas, mas apresentam muitas vezes disparidades internas relevantes. É necessário uma abordagem mais pormenorizada para se compreender como as dinâmicas regionais podem influenciar o surgimento de disparidades regionais.

No próximo ponto apresentam-se dois casos de estudo onde se pretende reflectir sobre a prestação de serviços de saúde e os factores e dinâmicas que a condicionam.



DISPARIDADES INTRAREGIONAIS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE – OS CASOS DAS REGIÕES DE ALENTEJO (PORTUGAL) E NAVARRA (ESPANHA)

No âmbito desta investigação procurou-se analisar as disparidades intra-regionais de dois casos de estudo, a região Navarra, em Espanha e a região Alentejo, em Portugal. Ambos os países têm um modelo social típico dos países do Mediterrâneo, ou seja, as políticas de bem-estar social, que se relacionam com a produção, o financiamento e a atribuição de serviços (HUMER *et al.*, 2013), não sendo iguais, são muito semelhantes.

A análise empírica aqui desenvolvida centra-se sobretudo numa abordagem à prestação de serviços enquanto produto do ordenamento do território e da distribuição e acesso aos serviços.

As regiões estudadas apresentam diferentes contextos territoriais, demográficos e políticos. A região de Navarra é uma região montanhosa, com algumas diversidades internas, sobretudo entre a área mais montanhosa, a Nordeste, e a área mais urbana, em torno da cidade de Pamplona e ao longo do Rio Ebro, no Sul.

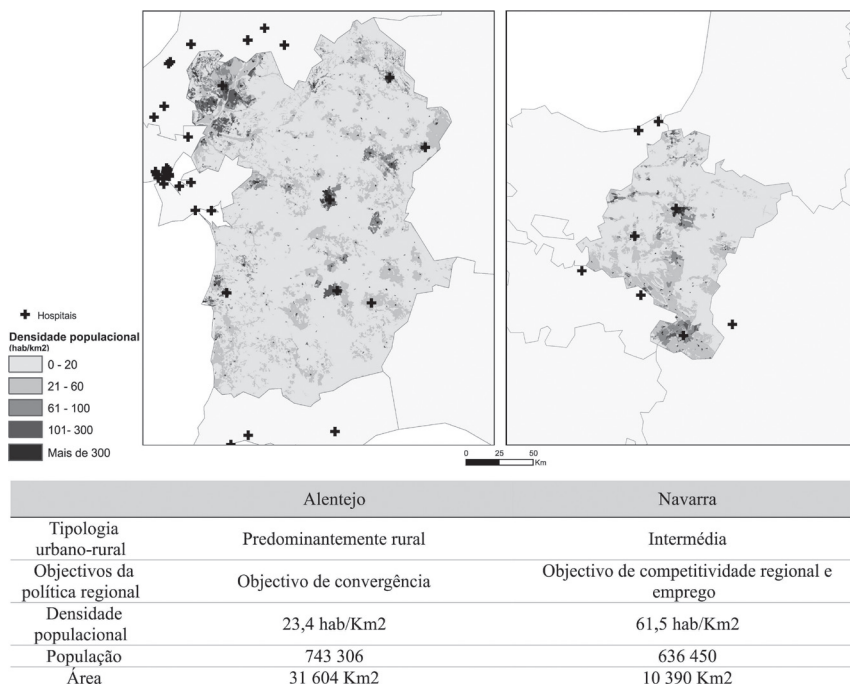
As políticas regionais desenvolvidas nos últimos anos visam sobretudo a competitividade e o emprego, ao contrário do Alentejo em que são sobretudo políticas de convergência. Navarra é uma região de menores dimensões, com maior densidade populacional, enquanto o Alentejo é uma região que se pode considerar mais periférica, maioritariamente rural e com uma densidade populacional muito reduzida (Figura 4).

As características naturais das regiões também constituem um factor relevante pois condicionam a rede de acessibilidades bem como a configuração do sistema urbano. Neste particular a região de Navarra apresenta uma área montanhosa, enquanto o Alentejo é caracterizado por extensas planícies. Estas diferenças condicionam significativamente a acessibilidade na medida em que a rede viária resultante tem características bem distintas. Na região de Navarra os percursos em montanha são bastante sinuosos, íngremes o que torna as deslocações mais demoradas e difíceis. Em contrapartida, no Alentejo as vias são mais amplas, de inclinação suave e pouco sinuosas, contribuindo para uma melhor facilidade de deslocação.

O sistema urbano é um factor que merece particular destaque pois relaciona-se com o ordenamento do território e com a distribuição da população e condiciona a distribuição dos serviços



Figura 4 – Localização de hospitais e contextos territoriais e demográficos, 2014.



476



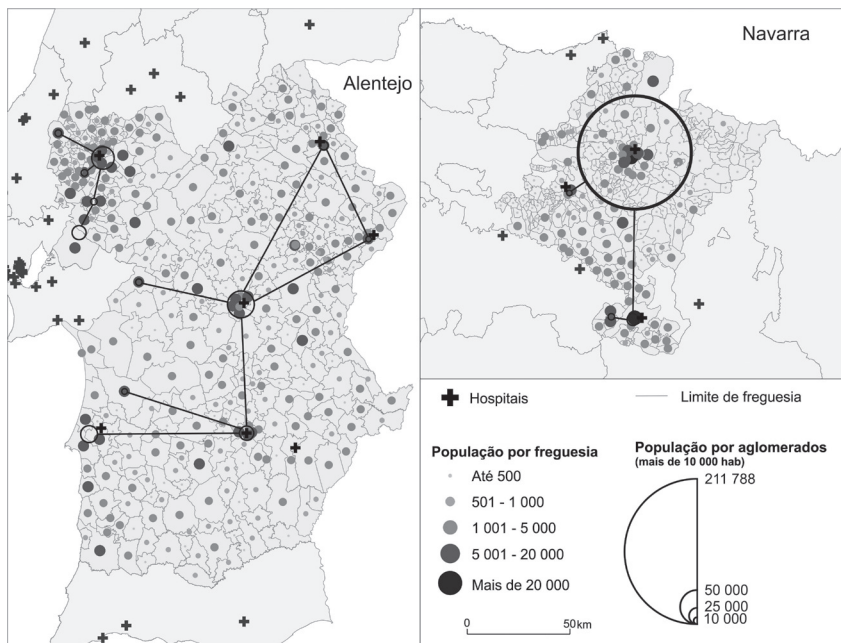
Fonte: PALMA, P., 2016, a partir de EUROSTAT, 2014.

no território. A observação dos sistemas urbanos das duas regiões revela diferenças expressivas que podem influenciar significativamente a disponibilidade e a acessibilidade, bem como o acesso em todas as suas dimensões.

A região de Navarra apresenta um grande pólo populacional, a área metropolitana de Pamplona, que concentra cerca de 51% da população (211.788 habitantes) (Figura 5). A segunda concentração populacional mais relevante situa-se no sul da região, em torno do município de Tudela, mas apresenta um valor populacional muito inferior, representando

apenas 5,3% (21 748 habitantes). É ainda importante assinalar que mais de 20% da população da região vive em localidades com população entre 1000 e 5000 habitantes, que se localizam maioritariamente ao longo do Rio Ebro. Esta distribuição representa um sistema urbano monocêntrico que é caracterizado por uma concentração de serviços de saúde nos principais polos populacionais.

Figura 5 - Sistemas urbanos de Alentejo e Navarra, 2014.



Fonte: PALMA, P., 2016, a partir de INE de Portugal e Espanha, 2014.

Esta configuração promove um serviço de maior proximidade para a maioria da população, no entanto, promove grandes desigualdades regionais já que uma parte da população é claramente prejudicada pelos efeitos da centralização.

No caso da região Alentejo a situação é bem distinta uma vez que a população está distribuída por vários polos de pequenas dimensões. Identificaram-se doze áreas com população superior a 10.000 habitantes sendo que o máximo registado é de 50.000 habitantes, na cidade de Évora.

Para além dos distintos contextos identificados, os indicadores sobre os serviços de saúde permitem também reconhecer diferenças significativas entre as regiões. A região de Navarra apresenta índices de pessoal e infraestruturas de saúde mais elevados, revelando um contexto mais positivo face à região Alentejo. Embora registre menos dois hospitais do que a região Alentejo, apresenta uma maior densidade territorial, 4,8 hospitais por 10.000km², enquanto o Alentejo apresenta apenas 2,2 (Tabela 1).

478



Tabela 1 – Serviços de saúde – infraestruturas, pessoal e acessibilidade, 2014.

	Navarra	Alentejo	Spain	Portugal	Europe (EU 28)
Hospitais (n°)	5 ¹	7	-	-	-
Hospitais (por 10 000 km ²)	4,8	2,2	-	-	-
Camas hospitalares (por 100 000 hab)	389	218	299	340	528
Médicos (por 100 000 hab)	313	198	382	410	340
Enfermeiros (por 100 000 hab)	607	437	520	580	670-800

Fonte: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016; EUROSTAT, 2015.

Os indicadores exibem valores que são inferiores à média europeia. Esta é uma tendência que se verifica, em termos gerais, nos países do Sul da Europa. A nível nacional o enquadramento é distinto e enquanto os indicadores sugerem que o Alentejo é uma região desfavorecida, pelo contrário,

a região de Navarra apresenta valores que indicam uma situação mais privilegiada. Estes indicadores permitem perceber algumas características do sistema de saúde, mas a identificação de disparidades requer uma análise mais pormenorizada sobre o acesso aos serviços, que deve, idealmente, ser efectuada seguindo a metodologia descrita anteriormente no ponto 2.4.

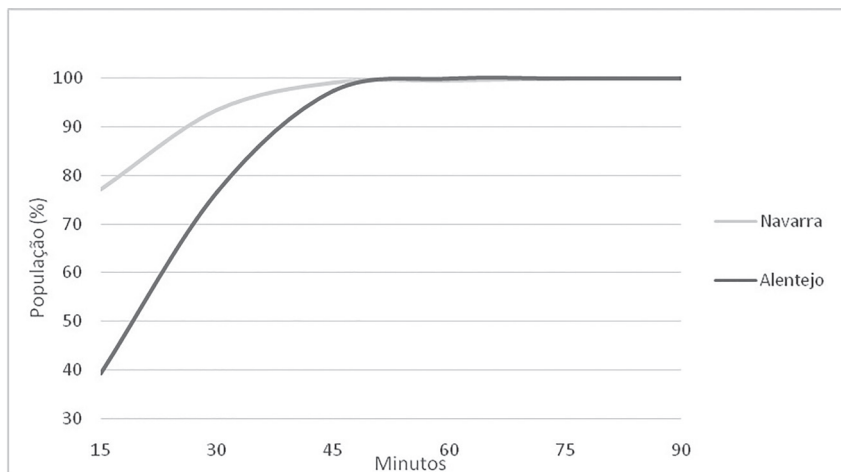
Um dos pontos mais frágeis da metodologia apresentada é a disponibilidade de dados, sobretudo para as componentes custo, comodidade e aceitação. Este foi um obstáculo metodológico que não conseguimos ultrapassar e por este motivo foram apenas analisadas as componentes disponibilidade e acessibilidade. É uma abordagem limitada mas não deixa de permitir uma reflexão sobre a eficiência do sistema de transportes, nomeadamente das infraestruturas associadas como a rede viária, mas também sobre o padrão de distribuição dos serviços e sobre o sistema urbano, que permite examinar a cobertura territorial dos serviços, identificar disparidades territoriais e áreas potencialmente problemáticas.

As componentes disponibilidade e acessibilidade foram estudadas através de três procedimentos metodológicos: a) identificação e localização de infraestruturas hospitalares; b) análise de distância-tempo a partir dos hospitais; c) cálculo de população servida por intervalos de tempo. Os resultados mostram que na região Alentejo cerca de 39,2% da população situa-se a menos de 15 minutos de um hospital, enquanto na região de Navarra o valor é de 77,1%. Até 45 minutos quase toda a população de Navarra (99,1%) e Alentejo (97%) consegue alcançar um hospital. É de realçar que na região Alentejo toda a população está a menos de 60 minutos de um



hospital, enquanto em Navarra são necessários entre 75 a 90 minutos (Tabela II).

Tabela II – Distância-tempo da população aos hospitais, 2014.



480

Fonte: PALMA, P., 2016.

As diferenças reveladas pelos resultados podem ser explicadas tanto pelas características da rede viária, como pelo modelo territorial. Desde logo, provindo os resultados de uma análise que assenta na rede viária, refletem a eficácia e adequação das infraestruturas viárias, em termos de velocidade de deslocação, de capacidade de transporte e de segurança, mas também da cobertura territorial.

A localização dos hospitais está em linha com a hierarquia do sistema urbano, estando localizados nos principais polos populacionais, no entanto, a reduzida dimensão populacional destes polos e a dispersão populacional geram uma fraca cobertura nos intervalos de tempo mais reduzido. No caso do Alentejo, embora se trate de um território mais vasto,

a distribuição dos hospitais, aliada à configuração do sistema urbano, permitem minimizar as disparidades regionais e assegurar uma maior equidade territorial.

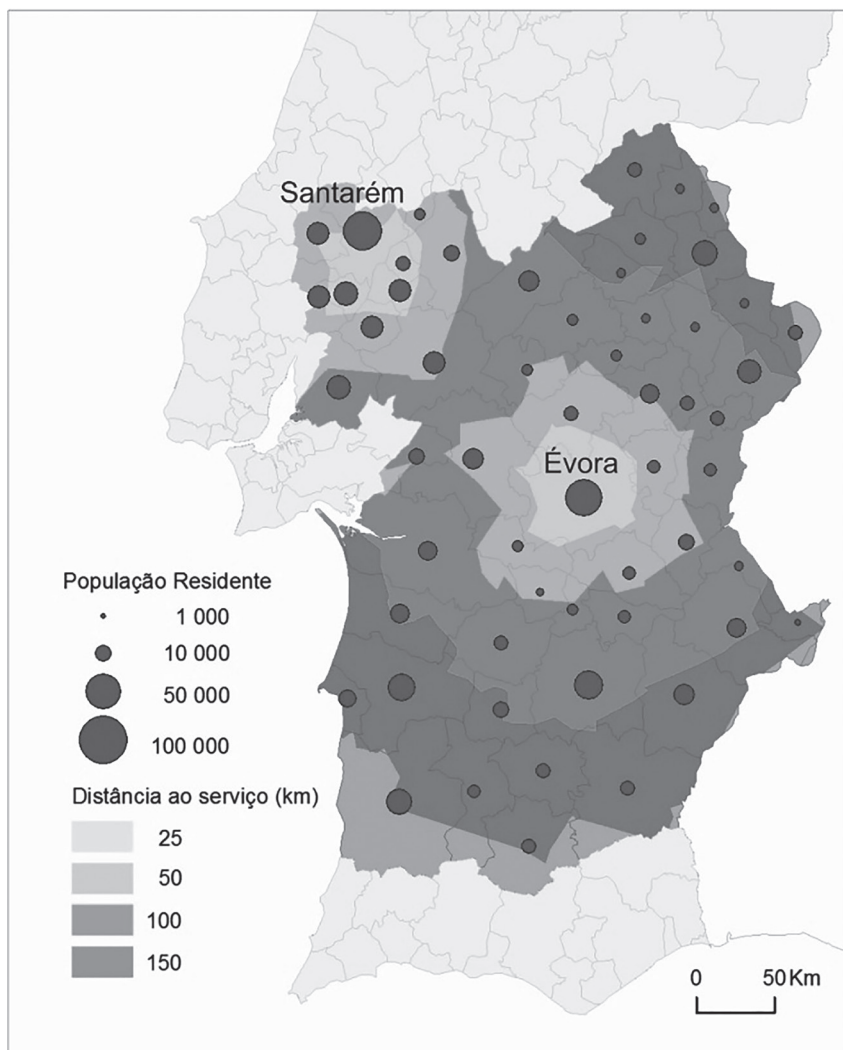
O sistema urbano policêntrico aparenta promover uma melhor equidade territorial no caso dos serviços de baixa hierarquia (PALMA *et al.*, 2015), no entanto, quando a hierarquia dos serviços é elevada podem-se gerar graves assimetrias regionais e situações de menor equidade.

Uma hierarquia de elevada centralidade implica um reduzido número de infraestruturas que não será suficiente para manter uma rede de serviços condizente com a rede urbana. Um exemplo é o serviço de radioterapia no Alentejo, que apenas é prestado em dois hospitais, o Hospital de Évora e o Hospital de Santarém. Esta restrição de disponibilidade de serviço favorece as áreas populacionais mais relevantes, precisamente a de Évora e Santarém, deixando todas as outras áreas populacionais relevantes desprovidas de serviço. Pela fraca concentração populacional existente nestas mesmas áreas, esta é uma situação prejudicial para uma grande percentagem de população (Figura 6).

Nos casos em que a disponibilidade de serviços é muito restrita, um sistema urbano monocêntrico, como o caso de Navarra pode promover melhores níveis de equidade. A acentuada concentração populacional que lhes é característica favorece a acessibilidade a serviços de centralidade elevada, já que estes acabam por se localizar nos grandes polos populacionais. A análise tida anteriormente deve idealmente ser complementada com as restantes componentes da metodologia de medição de acesso, pois há factores que podem modificar as tendências que resultaram das análises efectuadas. Aliás, basta



Figura 6 – Localização de serviços de radioterapia no Alentejo, 2014.



Fonte: PALMA, P., 2016, a partir de INE, 2014.

verificar os indicadores de pessoal afecto ao sector da saúde e do número de camas, para esperar que algumas componentes intrínsecas ao serviço, tal como os tempos de espera para consultas e para atendimento, tornem o acesso aos serviços mais satisfatório na região de Navarra comparativamente ao Alentejo.

NOTAS CONCLUSIVAS

Na análise das diferenças regionais decorrentes da prestação de SeIG, verificamos que, independentemente da escala de análise, existem diversos factores de natureza local ou regional que condicionam a prestação daqueles serviços. No entanto, a disponibilidade financeira, ao nível nacional ou regional, assume particular relevo pois coloca as unidades em análise em condições muito distintas para a prestação de serviços.

483



Para a apreciação e caracterização das disparidades regionais na prestação de SeIG, no caso deste capítulo os serviços de saúde, foram identificadas por vários autores cinco componentes que determinam o acesso aos serviços. No entanto, no momento da aplicação prática dos estudos, a exigência em termos de informação, que não se encontra disponível, condiciona a sua operacionalização. Desta forma, optou-se pela análise das dimensões acessibilidade e disponibilidade que, embora de forma redutora, podem contribuir para o processo de reorganização e ordenamento dos serviços de saúde.

Os casos de estudo realizados permitem demonstrar que os contextos regionais podem

assumir uma influência determinante na prestação de serviços, nomeadamente a organização dos sistemas urbanos. Este elemento assume uma relevância de destaque por determinar a distribuição da população pelo território, mas também porque condiciona a localização dos serviços. Assim, as diferentes configurações do sistema urbano resultaram em níveis de equidade territorial distintos, sendo que um sistema policêntrico aparenta ser o mais benéfico.

REFERÊNCIAS

484



BREZZI, M.; VENERI, P. Assessing Polycentric Urban Systems in the OECD: Country, Regional and Metropolitan Perspectives. **European Planning Studies** 23 (6), 1128-1145, 2015.

CEC. **Green paper on services of general interest**, COM, 270 final, 2003.

CEC. **Regions 2020**: an Assessment of Future Challenges for EU Regions. Commission Staff Working Document, European Union Region Policy, 2008.

CEC. **Um enquadramento de qualidade para os serviços de interesse geral na Europa**. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, COM, 900 final, Bruxelas, 2011.

European Commission. **EU Employment and Social Situation in Recent trends in the geographical mobility of workers in the EU (Quarterly Review)**. DG EMPL, Brussels, 2014.

Eurostat. **Hospital beds** [dados estatísticos] Disponível em: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bdsrg&lang=en. 2016.

FALUDI, A. Territorial Cohesion: an unidentified political objective – Introduction to the special issue. **Town Planning Review**, 76 (1), 1-13, 2005.

GLØERSEN, E. *et al.* ESPON GEOSPECS – Geographic Specificities and Development Potentials in Europe. European perspective on specific types of territories. ESPON Applied Research Project 2013/1/12 Final Report, Luxembourg, 2012.

HAY, A. M. **Concepts of equity, fairness and justice in geographical studies**. Transactions of the Institute of British Geographers, 20:500-508, p. 1995.

HUMER, A.; PALMA, P. The Provision of Services of General Interest in Europe: regional indices and types explained by socio-economic and territorial conditions. **Europe XXI** 23: 85-104, 2013.

485



HUMER, A.; RAUHUT, D.; FASSMANN, H. (2015). Drivers of the provision of SGI. *In*: FASSMANN, H. *et al.* **Services of general interest: European Perspectives and National Insights**. Vienna: V&R Verlag.

HUMER, A.; RAUHUT, D.; MARQUES DA COSTA, N. European Types of Political and Territorial Organisation of Social Services of General Interest. **Romanian Journal of Regional Science**, v. 7, p. 142-164, 2013.

KAHILA, P. *et al.* **ESPON TIPSE – Territorial Dimension of Poverty and Social Exclusion in Europe**. ESPON Applied Research Project 2013/2014. Interim Report, Luxembourg, 2012.

MARQUES DA COSTA, E.; PALMA, P.; RAUHUT, D.; HUMER, A.; CONSTANTIN, D.; VELASCO, X. What Indicators to use when measuring Services of General Interest. **Europa XXI**, v. 23: 7-28, 2013.

MARQUES DA COSTA, E.; PALMA, P.; MARQUES DA COSTA, N. Regional Disparities of SGI Provision, *in: Services of General Interest – European Perspectives and National Insights*, ed. *in: Fassmann, H. et al.*, Vienna: V&R Verlag, 2015.

MEIJERS, E. (2006). Synergy in Polycentric Urban Regions Complementarity, organizing capacity and critical mass. PhD Thesis. Delft University Press.

MILBERT, A.; BREUER, I. M.; ROSIK, P.; STEPNIAK, M.; VELASCO, X. Accessibility of Services of General Interest in Europe, **Romanian Journal of Regional Science**, v. 7/2013, Special Issue June, 37-65, 2013.

486



PALMA, P.; RAUHUT, D.; HUMER, A. (2015), **Polycentricity and social services of general interest: a Multivariate Analysis**. A paper prepared for the 55th European Congress of Regional Science International, 25-29 August, Lisbon.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction, **Medical Care**, v. 19, n.º 2, p. 127-140, 1981.

PERROUX; FRANÇOIS. Note sur la notion de poles croissance. **Economic Appliquee**, 1 & 2:307- 320, 1955. (Translated by Mette Monsted, 1974).

RAUHUT, D.; BORGES, L. (Eds.). (2013). **SeGI - Indicators and perspectives for services of general interest in territorial cohesion and development**. Main Report. Final Report. Version 25/05/2013. Applied Research 2013/1/16. Stockholm: ESPON & Royal Institute of Technology (KTH).

RAUHUT, D.; MARQUES DA COSTA, E.; HUMER, A. (Eds.). (2013). SeGI - Indicators and perspectives for services of general interest in territorial cohesion and development. **Scientific Report**. Version 25/05/2013, Applied Research 2013/1/16. Stockholm: ESPON & Royal Institute of Technology (KTH).

RIGUELLE, F.; THOMAS, I.; VERHETSEL, A. (2007), Measuring urban polycentrism: A European case study and its implications. **Journal of Economic Geography**, 7 (2), 193-215.

VAN MEETEREN, M.; POORTHUIS, A.; DERUDDER, B. & WITLOX, F. **Pacifying Babel's Tower**: A scientometric analysis of polycentricity in urban research. *Urban Studies*, p. 1-21. 2015. DOI: 10.1177/0042098015573455

487

WEGENER, M. **Polycentric Europe**: more efficient, more equitable and more sustainable. Paper presented at the seminar Welfare and Competitiveness in the European Polycentric Urban Structure: Which Role for Metropolitan, Medium and Small Cities? at the Istituto Regional e Programmazione Economica della Toscana (IRPET), Firenze, 2013.



