

Reduzindo as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na população indígena do altiplano boliviano: Uma análise comparativa entre populações urbanas e rurais.

Rimsky Chavez¹

RESUMO

Introdução: O projeto PROMESA, implementado entre 2019 e 2023 nas Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no Altiplano da Bolívia, teve como objetivo reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde adotando o modelo de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS).

Método: O estudo teve um desenho observacional longitudinal retrospectivo. Ele analisou os resultados do projeto usando um índice composto de acesso a serviços de saúde como a principal variável.

Resultados: o índice simples de desigualdade no acesso aos serviços de saúde diminuiu de 1,82% em 2018 para 1,21%

¹ Médico-cirurgião; rimschavez@outlook.com

em 2023, excedendo a meta de 1,4%. A cobertura média de serviços aumentou de 59% para 80% na Rede Urbana de Oruro e de 33% para 66% na Rede Rural de Cuenca Poopó, reduzindo a lacuna urbano-rural de 26 para 14 pontos percentuais.

Conclusão: Os resultados demonstram a eficácia do modelo RISS para avançar em direção ao acesso e à cobertura universais de saúde, destacando a importância de priorizar abordagens integradas para a gestão de serviços de saúde e a necessidade de ampliar essa estratégia para outras regiões com características socioeconômicas e culturais semelhantes ou diferentes com populações vulneráveis.

Palavras-chave: Saúde das populações indígenas, desigualdade em saúde, acesso e cobertura universal de saúde.

Introdução

As iniquidades em saúde são diferenças injustas na saúde de pessoas de diferentes grupos sociais e podem estar associadas a várias desvantagens, como pobreza, discriminação e falta de acesso a serviços ou bens. Embora a iniquidade em saúde seja um conceito normativo, e por isso não possa ser diretamente medida ou monitorada com precisão, as desigualdades em saúde, entendidas como diferenças observáveis entre grupos sociais de uma população, podem ser medidas e monitoradas e servem como um meio indireto de avaliar a iniquidade em saúde (1).

Historicamente, a maior ênfase tem sido dada às desigualdades de saúde por status econômico, mas há muitos outros fatores de equidade relevantes para as políticas que descrevem as desigualdades de saúde, como escolaridade, nível social, gênero, residência rural ou urbana, raça/cor ou etnia (1,2).

Na Bolívia, o departamento de Oruro, localizado no altiplano, a uma altitude média de 3.700 metros acima do nível do mar, enfrenta desafios significativos em termos de acesso equitativo aos serviços de saúde.

Com uma população de 570.194 habitantes (3), o departamento está dividido em 16 províncias e 35 municípios, dos quais 31 são Governos Municipais Autônomos e 4 correspondem a Autonomias Indígenas em transição (4). A combinação de uma geografia desafiadora e uma alta proporção de população indígena perpetuou desigualdades significativas nos principais indicadores de saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde e dos Esportes da Bolívia, em colaboração com o Serviço Departamental de Saúde (SEDES) de Oruro e com o apoio técnico e financeiro da OPAS/OMS e da KOICA, implementou entre 2019 e 2023 o projeto “Melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida no Altiplano Boliviano” (PROMESA) em duas redes de saúde do departamento: a Rede Urbana de Oruro e a Rede Rural de Cuenca Poopó (5).

O principal objetivo do projeto PROMESA foi reduzir as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na Rede de Saúde Urbana de Oruro e na Rede Rural de Cuenca

Poopó por meio da adoção do Modelo de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) (5), como a principal estratégia promovida pela OPAS/OMS para avançar em direção à cobertura e ao acesso universal à saúde. Esse modelo busca abordar a fragmentação dos sistemas de saúde e melhorar sua eficácia e eficiência operacional por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (6,7).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar a redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde por meio da implementação do Modelo RISS na Rede de Saúde Urbana de Oruro e na Rede de Saúde Rural de Cuenca Poopó entre 2018 e 2023.

Métodos

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional longitudinal retrospectivo para avaliar o impacto do projeto PROMESA na redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde nas Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no departamento de Oruro, Bolívia, entre 2018 e 2023.

População do estudo

Incluiu todos os habitantes das áreas de influência de ambas as redes de saúde. Os grupos de interesse foram mulheres em idade fértil, gestantes, crianças com menos de cinco anos de idade e a população indígena rural, que representam os grupos com maior vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde.

Variáveis e indicadores

Duas variáveis foram analisadas. A variável dependente foi um índice composto de acesso a serviços de saúde, calculado a partir dos seguintes indicadores-chave de cobertura:

- Cobertura do uso de métodos contraceptivos modernos (MAC)
- Cobertura da terceira dose da vacina pentavalente (PENTA)
- Cobertura da vacinação contra tuberculose (BCG)
- Cobertura da vacinação contra sarampo e rubéola (MMR)
- Cobertura de cuidados pré-natais (CPN)
- Cobertura de partos assistidos pela equipe de saúde (PPS)
- Cobertura da terapia de reidratação oral (ORT)
- Cobertura da suplementação com sulfato ferroso (FS)

A variável independente foi o nível de integração das redes de saúde, definido por meio de quatro componentes ou áreas: O modelo de atendimento, os mecanismos de governança, a estrutura de organização e gerenciamento e o modelo de financiamento.

Coleta e processamento de dados

Utilizaram-se registros administrativos do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS) e documentos finais do projeto, incluindo o Estudo de Linha de Base (2018) e a Avaliação Final (2023). As informações foram processadas para calcular os índices e comparar os resultados entre os dois períodos temporais.

Resultados

Entre 2018 e 2023, foram observadas melhorias significativas na redução da lacuna de desigualdade no acesso aos serviços de saúde em ambas as redes avaliadas. Em geral, o acesso aos serviços de saúde aumentou em uma média de 21% na Rede de Saúde Urbana de Oruro e 33% na Rede de Saúde Rural de Cuenca Poopó.

A razão simples de desigualdade no acesso aos serviços de saúde foi reduzida de 1,82% em 2018 para 1,21% em 2023, excedendo a meta do projeto de 1,40%.

Em termos percentuais, isso significa que a diferença inicial entre a cobertura urbana e rural foi reduzida de 26% em 2018 para 14% em 2023, diminuindo 12 pontos percentuais.

Analizando os indicadores de cobertura separadamente, na Rede Urbana de Oruro, seis dos oito indicadores apresentaram melhora e dois diminuíram (PENTA e SF), enquanto na Rede Rural de Cuenca Poopó, sete dos oito indicadores melhoraram e um diminuiu (CPN).

Com relação aos níveis de integração das Redes de Saúde, entre 2019² e 2023, a Rede Urbana de Oruro aumentou seu nível de integração de 30,77% para 65%, e a Rede Rural de Cuenca Poopó apresentou o maior aumento, de 26,3% para 65,6%.

Na Rede Urbana de Oruro, o nível de integração do modelo de atenção passou de 32,3% para 68,8%; o nível de integração dos mecanismos de governança, de 33,3% para 91,7%; o nível

² A primeira avaliação do nível de integração das Redes de Saúde foi realizada em 2019, no entanto, a linha de base leva em conta os dados dos indicadores de cobertura de 2018.

de integração do modelo de organização e gestão, de 25% para 60,7% e o nível de integração do modelo de financiamento, de 30% para 41,7%.

Na Rede Rural Cuenca Poopó, o nível de integração do modelo de atenção passou de 27,1% para 70,8%; o nível de integração dos mecanismos de governança, de 25% para 83,3%; o nível de integração do modelo de organização e gestão, de 25% para 57,1% e o nível de integração do modelo de financiamento, de 25% para 45,8%.

Discussão

Os resultados do estudo mostram que a implementação do modelo RISS por meio do projeto PROMESA contribuiu significativamente para a redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na população das Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no departamento de Oruro, Bolívia.

Este impacto foi mais evidente na Rede de Saúde Rural Cuenca Poopó em comparação com a Rede Urbana de Oruro. Isto é consistente com as conclusões iniciais que mostram uma lacuna maior nas comunidades rurais dispersas, onde as barreiras estruturais são mais pronunciadas, onde o impacto da intervenção se tornou mais evidente.

O modelo de governação foi uma das áreas com maior melhoria nas redes, o que destaca que a coordenação inter-setorial e interinstitucional com a participação comunitária foi fundamental para permitir acordos para a implementação de melhorias abrangentes durante a intervenção.

A importância da interdependência das quatro áreas de abordagem da estratégia RISS, que permite uma abordagem abrangente dos atributos de melhoria da integração dos serviços de saúde.

Conclusões

A implementação do modelo RISS aumentou a cobertura dos serviços de saúde em ambas as redes e reduziu a lacuna de desigualdade no acesso entre as áreas urbanas e rurais, demonstrando sua eficácia como estratégia para avançar rumo ao acesso e à cobertura universais de saúde.

Os resultados destacam a necessidade de priorizar abordagens integradas na gestão de serviços de saúde em regiões urbanas e, especialmente, em regiões rurais com alta dispersão populacional.

Os resultados reforçam a hipótese de que a redução da fragmentação do sistema de saúde impacta positivamente a eficácia e a eficiência dos serviços.

As evidências são encorajadoras para que os tomadores de decisão afetem as políticas de saúde pública para a escalabilidade do modelo RISS em outros contextos com diferentes condições socioeconômicas, geográficas, culturais e étnicas, dentro da ampla diversidade da Bolívia.

Embora o estudo forneça evidências sólidas sobre o impacto do modelo RISS, outras evidências precisam ser geradas por meio de projetos metodológicos que apliquem métodos explicativos.

Referências bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C. OPS, 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C., EUA. 2014.
3. Instituto Nacional de Estadística. Primera entrega Censo Poblacional. Censo de Población y Vivienda 2024 [Internet consultado en 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>
4. Gobierno Autónomo Departamental de Oruro. Plan territorial de desarrollo integral del departamento de Oruro 2016 -2020. Oruro, 2016.
5. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual de proyecto de Mejora del Estado de Salud y la Calidad de Vida en el Altiplano Boliviano. La Paz: OPS, 2018.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.
7. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO and UNICEF; 2018.