

La evolución de la legislación de la salud en Portugal y los nuevos desafíos para la gestión a partir de 2024

Luís Augusto Coelho Pisco (<https://orcid.org/0000-0002-9007-8949>)¹

Vera Pires da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-5719-805X>)²

Baltazar Ricardo Monteiro (<https://orcid.org/0000-0002-4876-9439>)³

Resumen En los últimos 40 años, el Servicio Nacional de Salud (SNS) ha generado beneficios en salud que han posicionado a Portugal en un lugar destacado en cuanto a la calidad de vida de millones de ciudadanos y ha reducido muchas de las desigualdades en la sociedad portuguesa. Revisitar la creación del Servicio Nacional de Salud Portugués y todos los profundos cambios legislativos introducidos tras la publicación de la nueva Ley de Bases de la Salud, la definición de los ejes estratégicos de la política de recursos humanos del SNS y la creación de los respectivos mecanismos de operacionalización, la aprobación del nuevo Estatuto del SNS y la aprobación de la Orgánica y de los Estatutos de la Dirección Ejecutiva del SNS y la creación, con naturaleza de entidades públicas empresariales, de las Unidades Locales de Salud. Estos cambios legislativos podrán ser un paso fundamental para el fortalecimiento de la construcción de un SNS más justo e inclusivo, que responda mejor a las necesidades de la población mediante las necesarias reformas estructurales.

Palabras clave Servicio Nacional de Salud, Salud, Legislación, Unidades locales de salud

¹ Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE) Av. das Forças Armadas, 1649-026. Lisboa Portugal.
luispisco@mail.telepac.pt

² Unidade Local de Saúde (ULS) Loures-Odivelas. Loures Portugal.

³ Instituto Politécnico de Leiria. Leiria Portugal.

Creación del Servicio Nacional de Salud

El 20 de julio de 1978, el Ministro de Asuntos Sociales del II Gobierno Constitucional, António Arnaut, emitió una Orden Ministerial¹ que aseguraba los derechos de los ciudadanos a la atención sanitaria. Este diploma estaba articulado con el artículo 64.º de la Constitución de la República de 1976, donde se salvaguardaba el derecho de los ciudadanos a la salud, mediante la creación de un Servicio Nacional de Salud, universal, general y gratuito. En 1979, se crearon las condiciones para la creación del SNS², donde el Estado sería responsable por el acceso de todos los ciudadanos, independientemente de su condición social y económica, a atención sanitaria gratuita y universal, siendo el sistema financiado por impuestos, disfrutando de autonomía financiera y administrativa. Los principios formulados en la ley estructuraron un SNS centralizado, con gestión descentralizada, concentrando también los servicios públicos de salud y los servicios prestados por el sistema de Seguridad Social. La gestión descentralizada comprendía órganos centrales, regionales y locales, disponiendo de servicios prestadores de atención sanitaria primaria y de atención sanitaria hospitalaria y de rehabilitación, en una estructura piramidal articulada.

La revisión constitucional de 1989 eliminó la gratuidad total, admitiendo un SNS “tendencialmente gratuito” y la Ley de Bases de la Salud (LBS) fue reformulada, en 1990 para acoger la creación de un mercado privado de salud, que transformaría progresivamente el sistema de salud en Portugal.

La década de 1990 constituyó un momento de reforma de la Administración Pública portuguesa, siguiendo el movimiento que recorría muchos países europeos. En este marco, también en el SNS ocurrieron tres cambios importantes. En 1990, se aprobó la LBS que estableció nuevos principios de organización y funcionamiento del sistema de salud y, en 1993, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, donde constaba el nuevo Estatuto del SNS (ESNS) (Decreto-Ley n.º 11/1993, de 15 de enero), publicando el ESNS de forma de aplicar los cambios introducidos por la Ley de Bases y, de esta manera superar la dualidad entre atención sanitaria primaria y atención hospitalaria, a través de unidades integradas. Este intento de superar el hospitalocentrismo estructural instalado en la sociedad portuguesa buscaba posibilitar la articulación entre grupos de centros de salud y hospitales, tendente a una gestión de recursos más efectiva para los destinatarios. En

1999, se definió el régimen de los Sistemas Locales de Salud³. Estos serían conjuntos de recursos articulados (hospitales y centros hospitalarios y agrupaciones de centros de salud de una misma región), basados en la complementariedad y organizados según criterios geográfico-poblacionales destinados a promover la salud y racionalizar la utilización de los recursos.

Aún en el marco de las reformas de la administración pública se asistió a la profunda reforma de la atención primaria de salud que procedió a la creación de las Unidades de Salud Familiar⁴ (USF), constituidas por iniciativa de equipos de profesionales de salud. Desde 2005 - año de inicio de la aplicación de esta reforma, estos profesionales paulatinamente reforzaron el papel de la medicina familiar y de los equipos de salud, y permitieron que el modelo SNS se basara en el concepto británico de puerta de entrada al sistema, correspondiendo al médico de familia el diagnóstico y derivación de los pacientes, que desencadenaba la sucesiva intervención de distintos profesionales, a lo largo del *continuum* de salud de los ciudadanos. Cabe señalar también el nuevo régimen de gestión hospitalaria⁵ de 2002 (Ley n.º 27/2002, de 8 de noviembre), que introdujo sustanciales cambios en la LBS, con la inclusión de la mayoría de los hospitales/centros hospitalarios en el sector empresarial del Estado.

En los últimos 40 años, el SNS ha generado beneficios en salud que han posicionado a Portugal en un lugar destacado en cuanto a la calidad de vida de millones de ciudadanos y ha reducido muchas de las desigualdades en la sociedad portuguesa. A lo largo de estas cuatro décadas, Portugal se ha mantenido entre los países de la OCDE con menores tasas de internamiento por problemas de salud sensibles a la atención sanitaria primaria y a la disminución de la incapacidad permanente. Hemos asistido al aumento de la esperanza de vida saludable al nacer para hombres y mujeres, a la disminución del porcentaje de personas que consideran no tener sus necesidades de salud satisfechas, así como al aumento del porcentaje de portugueses que califican su salud como buena o muy buena.

La Ley de Bases de la Salud de 2019

Después del impulso reformista de la década de 1990, que acompañó la organización y la prestación de la atención sanitaria en Portugal hasta finales de 2023, se constata que el sistema de salud nacional tiene un carácter mixto o semiprivado, con una fuerte presencia del sistema público,

pero con más de una quinta parte de la población recurriendo, en gran medida, al sistema privado y social. Coexisten, de este modo, tres sistemas asistenciales en Portugal⁶: el SNS universal; regímenes especiales de seguros de salud para determinados sectores/profesiones (funcionarios, empleados del sector bancario y compañías de seguros, por ejemplo), denominados subsistemas de salud; seguros de salud voluntarios privados.

La LBS es un diploma legal que establece un marco jurídico para la protección y promoción de la salud de las personas, las familias y las comunidades. La nueva Ley de Bases de la Salud⁷ fue aprobada en 2019, derogando la Ley n.º 48/90, y el Decreto-Ley n.º 185/2002.

Cabe decir que la LBS de 2019 nació de una opción gubernamental que creó bastante polémica. Habiéndose creado un grupo de trabajo expresamente nombrado para estudiar los cambios a introducir en un documento que debería ser abierto a un futuro rápidamente mutable, el gobierno optó por llevar al parlamento una propuesta sustancialmente distinta.

Aunque la Ministra de Salud consideró⁸ (16 de agosto de 2019) que la promulgación de la LBS por el Presidente de la República fue “una victoria para los ciudadanos” – porque permitirá un “mejor diseño del sistema de salud” – y que es una Ley de Bases para el siglo XXI, centrada en las personas, que refuerza el papel del Estado y mejora la repartición de las funciones entre los sectores público, privado y social, muchas son las voces críticas que aún se oyen sobre temas fracturantes⁹.

La primera de las cuestiones se plantea en términos de financiación del sistema. El subfinanciamiento de la salud es un tema recurrente en los debates públicos sobre salud. En el momento de la creación del SNS, Portugal atravesaba una crisis social muy grave, asociada al regreso de muchos ciudadanos en el contexto del proceso de descolonización. En una época también en la que el mundo atravesaba la llamada primera crisis del petróleo asociada a una crisis financiera mundial con enormes perjuicios sociales y económicos. Además, se aprobó un modelo de financiación del SNS basado en impuestos, en un momento de crisis social, económica y financiera. Desde entonces, Portugal ha pasado por varias crisis de esta naturaleza que han influido en la decisión política sobre la estructuración y financiación de la salud. En períodos de crisis de esta naturaleza, los gobiernos tienden a optar por subfinanciar los sectores sociales y culturales, concentrándose en la economía y las finanzas, sobre todo cuando ocurre un fuerte aumento del gasto público.

Sería por eso esperado que, en esta nueva LBS, el SNS tuviera una financiación adecuada que le permitiera efectivizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, igualando, al menos, el promedio de gastos per cápita en salud registrados en los demás países europeos. Además, se esperaría que este refuerzo financiero se reflejara en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la modernización de equipos, las tecnologías de la salud y los sistemas de información y comunicación. Una vez que esta cuestión no fue debidamente incorporada, aunque se hizo la importante referencia a la planificación plurianual de inversiones, la financiación de la salud queda dependiente de las crisis económicas y de las decisiones económicas y financieras de cada gobierno. Sin que se afirme una estrategia de inversión y sin que se proponga una orientación de un camino a ser recorrido por el legislador y los gobiernos, la salud aún no es vista como una inversión y como un factor decisivo de creación de riqueza nacional.

La gestión del sistema de salud

El Ministerio de Salud consideró que la nueva LBS era “clara en cuanto a sus preferencias en términos de organización del sistema de salud, basada principalmente en el SNS y en el papel del Estado y sobre cómo los sectores público, privado y social deben garantizar el derecho a la prestación y al acceso a la salud.

La politización de la salud es un asunto ineludible, ya que corresponde al Estado asegurar el acceso a los cuidados de salud. Las cuestiones de igualdad de acceso, la libertad de elección y otros temas de esta naturaleza son de exclusiva responsabilidad gubernativa. Por eso se espera que una Ley de Bases sea suprapartidaria y que pueda abarcar diferentes orientaciones ideológicas y programas de gobierno, so pena de convertirse en un mero texto político.

Es evidente el fuerte condicionamiento sobre los sistemas de salud impuesto por el envejecimiento de la población, la prevalencia de las enfermedades crónicas y la Cuarta Revolución Industrial, que está cambiando la forma en que se entiende la salud, transformando métodos de diagnóstico y tratamiento, procesos de gestión y también la relación de los profesionales con los ciudadanos, el Estado y los inversores del mercado de la salud. Sea cual sea el gobierno que se constituya tras las elecciones de marzo de 2024 heredará un SNS en crisis. Son conocidas las dimensiones de las listas de espera para consultas

y cirugías, así como los tiempos de espera para atención en urgencias, además de la falta de profesionales médicos en algunas especialidades.

El SNS no está en crisis solo. Muchos de los ciudadanos que buscan cuidados de salud están lidiando con problemas de empleo, vivienda, ingresos, elecciones alimentarias y de atención y acompañamiento de otros servicios públicos. A la crisis económica y al Memorando de Entendimiento, siguió la COVID-19 y la austeridad se unió al aislamiento y la dificultad de respuestas en cuidados de salud. Estos hechos afectaron sobre todo a los más desfavorecidos, al punto de haber disminuido y estancado la esperanza media de vida al nacer (2020 y 2021) en los 81 años¹⁰, tanto para hombres como para mujeres, con repercusiones en la edad de jubilación.

El sistema de salud sigue teniendo una orientación Beveridgiana que no puede ser desvirtuada, debido a los compromisos asumidos y a la Constitución de la República y porque este modelo nunca se sometió a debate público o parlamentario. La financiación del SNS basada en impuestos y el acceso universal, general y tendencialmente gratuito siguen siendo la garantía de perfeccionamiento de la democracia y de la cohesión social que deberá ser modernizada, tanto en términos de organización de la salud como de innovación. Sin embargo, el SNS no es un fin en sí mismo. Se afirma como un instrumento útil al servicio de los ciudadanos, sin quedar aprisionado por sus actores, asumiendo un papel central y de liderazgo técnico, científico, formador, promotor de equidad y de cohesión social, el cual podrá articular, en los términos de la ley, con los sectores de la economía social y con la iniciativa privada, en un sistema integrado y armonioso, regulado y transparente.

SNS fuerte, moderno y centrado en las personas

En defensa de la nueva LBS, la Ministra de Salud destacó que la ley menciona que “las relaciones entre el sector público, el sector social y el sector privado se estructuran no por la competencia, sino por la cooperación y articulación en una lógica de transparencia y prevención de conflictos de intereses, eliminando el apoyo del Estado al desarrollo del sector privado en competencia con el sector público”. Sería importante que, queriendo asegurar los mismos derechos a los ciudadanos que recurren a servicios financiados por el SNS pero prestados por entidades de los otros sectores, se aseguraran los deberes

de actuación en conformidad con los principios del SNS, la fiscalización de estándares de calidad asistencial, el respeto por las orientaciones técnicas emanadas por el Ministerio de Salud, el deber de rendición de cuentas de acuerdo con calendarios anuales negociados y el seguimiento de los contratos, convenios o acuerdos, siguiendo la experiencia adquirida con la gestión de los contratos programa de los hospitales con partenariado público-privado.

Sabemos que los modelos de financiación de los sistemas de salud constituyen un desafío permanente y son variables en el tiempo y en el modo, correspondiendo la principal fuente de financiación del SNS al Estado. En 2021, el gasto público representó cerca del 66% del gasto corriente en salud.

Son las opciones políticas y financieras, en sede de Presupuesto del Estado, las que definen la parte que corresponderá a los ciudadanos pagar. Estas decisiones tienen un enorme impacto en la vida de cada ciudadano y de cada familia, pues se repercuten en la equidad del acceso a los cuidados de salud y en el cuantitativo de los gastos individuales y colectivos en salud. Cada vez que un servicio público está indisponible para los ciudadanos, induce la búsqueda de alternativas de respuesta, con impacto financiero directo en las familias.

En esta materia, los pagos, en los términos de la legislación vigente¹¹, junto con la moderación del uso innecesario, tienen implícita una finalidad de financiación a través del pago por parte de quienes efectivamente necesitan el servicio, a pesar de los beneficios fiscales y del reducido peso en los ingresos de las entidades públicas del SNS. Las tasas moderadoras pagadas por las familias en instituciones del SNS, así como los copagos de medicamentos prescritos en el SNS, corresponden a gastos pagados por las familias¹² – resultantes de decisiones gubernamentales previas sobre la cobertura conferida por el SNS –. Estas dos categorías aumentan el gasto directo de las familias alrededor del 4%. De este modo, además del gasto público realizado, la decisión pública implica un 70% más de la financiación del sistema de salud.

Además de la financiación pública, el sistema de salud también es financiado por gasto privado, asociado a subsistemas de salud y seguros privados, complementarios, o en superposición, a los mecanismos proporcionados por el Estado. Cada vez que un ciudadano o familia recurre a los sectores no públicos, por decisión propia, desonera al Estado de ese gasto, recayendo enteramente

sobre el presupuesto familiar. En 2021, los subsistemas y seguros de salud privados representaron cerca del 7,5% del gasto en salud en Portugal.

Los pagos directos en salud, por parte de las familias, hacen que Portugal se destaque entre todos los países europeos como aquel donde este valor es el más elevado. De acuerdo con Eurostat, en 2022, el gasto directo de las familias ascendía a 28.6% en Portugal (Figura 1), seguido de Hungría con 27.65% y Estonia con 23.16%.

En el ranking de 2022 del *World of Healthcare Innovation*¹³, Portugal se encuentra en el 22º lugar, después de haber estado en el 17º, en 2021, y en el 21º, en 2020. Este ranking incluye 32 sistemas de salud de diferentes países y evalúa dimensiones como la elección de los servicios de salud por los ciudadanos, la calidad, la ciencia y la tecnología, y la sostenibilidad fiscal.

En este ranking, Portugal se compara con la mayoría de los países de Europa (Figura 2) y se describe como teniendo un sistema de salud donde el sector privado está en crecimiento y las aseguradoras disfrutan de menor intervención regulatoria en comparación con el sistema estadounidense. Entre los 32 países comparados, los mejores resultados son de Suiza, seguida de Irlanda, los Países Bajos y Alemania. Los últimos clasificados son Hungría (29º), Italia (30º), Arabia Saudita (31º) y Polonia (32º). La mejor clasificación portuguesa fue obtenida en el área de calidad, donde los cuidados centrados en los pacientes obtuvieron el 13º lugar, mejor que el de España (19º). Esta clasificación justifica las inversiones realizadas a lo largo de los años, ya que las infraestructuras médicas obtuvieron el 3º lugar.

La clasificación general obtenida por Portugal fue fuertemente influenciada por el resulta-

do en la dimensión de “libertad de elección”, que cayó al 25º lugar, frente al 11º lugar obtenido en 2021. En esta dimensión, uno de los aspectos más negativos fue el elevado costo de los seguros de salud, que llevó al país al 31º lugar, a pesar de los resultados obtenidos en las dimensiones de acceso a nuevas tecnologías médicas (14º) y capacidad de los pacientes para elegir servicios de salud (10º). En términos de ciencia y tecnología, Portugal se clasificó en el 26º lugar, debido a una baja tasa de digitalización de la salud (29º), considerablemente por debajo de sus homólogos europeos. España se clasificó en el 15º lugar. Las contribuciones portuguesas a la innovación médica

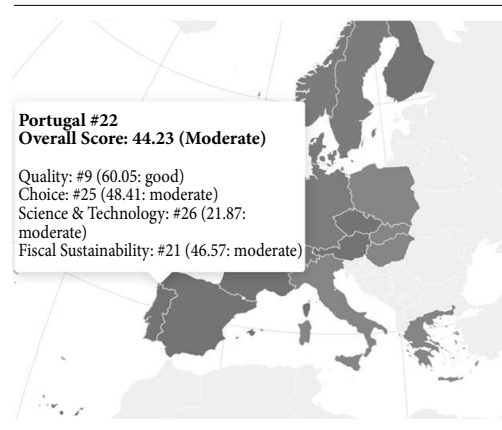


Figura 2. Mapa interactivo comparando los países europeos partes del proyecto.

Fuente: 2022 FREOPP World Index of Healthcare Innovation. Disponible en: Portugal: #22 in the World Index of Healthcare Innovation | by Grant Rigney | FREOPP.org. Accedido 2023 dez 31.

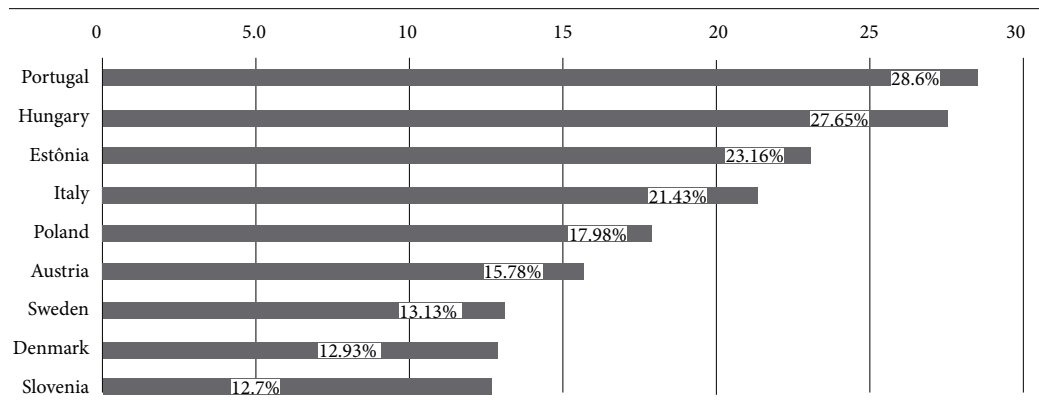


Figura 1. Pagos directos de las familias en salud. Anual, 2022.

Fuente: Eurostat. Acceso en línea tepsr_sp310. Disponible en: Statistics | Eurostat (europa.eu). Accedido 2023 dez 31.

fueron clasificadas en el 20° lugar y la innovación científica en el 24°, considerablemente inferiores a lo esperado.

La última métrica utilizada fue la “sostenibilidad financiera” y, en este aspecto, Portugal se clasificó en el 21° lugar. La clasificación obtenida fue fuertemente influenciada por la relación deuda/PIB, en la cual Portugal obtuvo un modesto 29° lugar. A pesar de esto, el país se clasificó muy bien (6°) en términos de gastos en salud como porcentaje del PIB. Esto demuestra que los gastos del Estado en salud son cada vez más bajos y que deberían tomarse medidas para llevarlos a valores medianos de Europa.

Este ranking, con las limitaciones comunes a estos tipos de clasificación, señala caminos importantes: en primer lugar, que estamos en el buen camino en términos de calidad de los cuidados de salud¹⁴ y que la inversión realizada hasta el momento es reconocida internacionalmente, así como lo que se ha hecho en materia de infraestructuras de salud; en segundo lugar, la necesidad de regulación del mercado de la salud. En Portugal existen 34 establecimientos hospitalarios con internamiento de agudos, de los cuales el 68% son privados con fines de lucro¹⁵. Esta es una realidad que no puede ser ignorada y que compete al Estado regular. La Entidad Reguladora señala además que cerca del 20% de la población residente en Portugal Continental reside en 133 municipios que están asociados a niveles de “alta concentración” de oferta privada con fines de lucro y en 88 de esos municipios hay operadores que actúan con una posición potencialmente dominante, y estos resultados engloban al 11% de la población residente. Esto en un contexto en el que los gastos de las familias en salud crecieron alrededor del 29%. De acuerdo con el Ministerio de Salud, la nueva LBS “tiene una clara referencia a la función del sistema de salud como protector de las personas frente a los riesgos financieros de la enfermedad”. De hecho, corresponde al Estado establecer mecanismos que garanticen el acceso equitativo a los cuidados de salud y fijar sanciones por selección adversa e inducción indebida del gasto.

Ejes estratégicos de la política de recursos humanos del Servicio Nacional de Salud

La Orden n.º 6417/2022 del 20 de mayo de 2022¹⁶ define los ejes estratégicos de la política de recursos humanos del SNS y crea los respectivos mecanismos de operacionalización.

Las instituciones de salud deben estar preparadas para ajustar la forma en que abordan e implementan su estrategia de gestión, a fin de garantizar una capacidad de respuesta rápida y flexible, identificando necesidades y encontrando soluciones adecuadas, a menudo innovadoras y cada vez más colaborativas.

La pandemia de COVID-19 reforzó la importancia de mantener un sistema de salud fuerte, que tenga a las personas en su centro y como pilar esencial el servicio público de salud.

La gestión de las personas es una de las áreas prioritarias, ya que los profesionales de salud, que son decisivos para la eficiencia de las organizaciones – complejas en su misión y estructura y marcadas por la elevada autonomía, multidisciplinariedad y grado de especialización técnico-científica de sus equipos – son sistemáticamente confrontados con nuevos desafíos, lo que implica la necesidad de su participación en la definición de nuevas soluciones.

Por esta razón, el Gobierno reitera, en su programa, el objetivo de reforzar la política de recursos humanos del SNS, reconociendo que los profesionales de salud son, desde siempre, los garantes de la calidad de la prestación de cuidados de salud, habiendo asumido, en los últimos dos años, un papel determinante en la respuesta del país a la pandemia.

En este contexto, siendo crítica la atracción, retención y motivación de los profesionales, es esencial continuar la política de refuerzo de los recursos humanos del SNS, en alineación con los principales desafíos que se presentan a la gestión de los servicios de salud, a saber, el refuerzo de la capacidad anticipatoria y la rapidez en la respuesta, así como la valorización de los ambientes de trabajo que soporten proyectos de carrera y de vida de sus profesionales, gestionando también la calidad de las relaciones y del contexto de trabajo.

Solo con este enfoque amplio, basado en tres ejes estratégicos: (1) consolidar un sistema de profesiones de salud, (2) promover el desarrollo de las competencias de los profesionales del SNS y (3) mejorar los ambientes y el bienestar en el trabajo, es posible atraer y retener talento, fomentar la creatividad y la flexibilidad, resolver problemas complejos para garantizar respuesta a ciudadanos cada vez más informados o promover la inclusión de todas las personas. Esta visión estratégica e integrada para la gestión de los recursos humanos en salud está subyacente al nuevo Estatuto del SNS y está alineada con las inversiones y reformas previstas en el Plan de Recuperación y Resiliencia (PRR).

Aprobación del Estatuto del Servicio Nacional de Salud

La nueva Ley de Bases de la Salud, de 2019, asumió el propósito de clarificar el papel y la relación entre los varios actores del sistema de salud, reafirmando la centralidad del SNS, pautado por los principios de universalidad, generalidad, tendencia a la gratuidad y dotado de estatuto propio. Así, ahora es importante proceder a la aprobación de un nuevo ESNS y derogar el Decreto-Ley n.º 11/1993, de 15 de enero, en su redacción actual, que aprobó el Estatuto del SNS. Eso es así no solo porque la nueva Ley de Bases de la Salud necesita de densificación en aspectos específicos, sino también porque han pasado casi 30 años desde la publicación del anterior ESNS, en 1993, y muchas han sido las transformaciones ocurridas en el SNS que han llevado a que varias de sus disposiciones hayan sido objeto de alteraciones dispersas que dificultan la deseable visión global.

En el desarrollo de la nueva LBS, el Estatuto del SNS dispone sobre los recursos humanos del SNS y sobre su planificación plurianual. El aspecto central de esta sección es la definición del régimen de dedicación plena¹⁷, instrumento de contratación individual y valorización del desempeño, que tiene como objetivo contribuir a la mejora del acceso de los usuarios y a la retención y motivación de los profesionales de salud en el SNS. Se trata de un régimen de aplicación progresiva que se inicia con los trabajadores médicos del SNS, de manera voluntaria – excepto para los nuevos directores de servicio o de departamento – y de compromiso asistencial. La materia de los recursos humanos del SNS no se cierra sin que el Estatuto del SNS defina, igualmente, un régimen excepcional de contratación, de realización de trabajo suplementario y de movilidad en el SNS, instrumentos de una gestión más flexible en un sector fuertemente dependiente de una fuerza de trabajo diferenciada que se pretende organizada en carreras. Por un lado, los órganos máximos de gestión de los establecimientos y servicios del SNS refuerzan la autonomía para la contratación de trabajadores, independientemente de la modalidad de contrato, en el ámbito de los respectivos instrumentos de gestión. Además, esos establecimientos y servicios pasan a disponer de un régimen de trabajo suplementario que enmarca tanto su prestación en una entidad distinta de aquella a la que el trabajador se encuentra vinculado como su remuneración mayorada cuando se supere el límite anual fijado.

Es también en el capítulo sobre organización y funcionamiento que el Estatuto del SNS

introduce una de sus principales innovaciones, al prever la creación de una Dirección Ejecutiva del SNS. Esta entidad asume la coordinación de la respuesta asistencial de las unidades de salud del SNS, así como de aquellas que integran la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) y la Red Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), asegurando su funcionamiento en red –papel que se reveló particularmente necesario en la lucha contra la pandemia de la enfermedad COVID-19 y que se considera esencial reforzar –. Adicionalmente, esta entidad asume competencias antes atribuidas a otras instituciones, en especial, la gestión del acceso a cuidados de salud, de la RNCCI y de la RNCP, correspondiéndole además proponer la designación de los miembros de los órganos de gestión de las unidades de salud.

La función de la Dirección Ejecutiva del SNS se distingue, naturalmente, de la del Ministerio de Salud, al cual le competen, además de la conducción de la política nacional de salud, responsabilidades específicas relativas al SNS, pero no la coordinación operativa de sus respuestas.

Dirección Ejecutiva del Servicio Nacional de Salud

El Decreto-Ley n.º 61/2022 del 23 de septiembre aprueba la orgánica de la Dirección Ejecutiva del Servicio Nacional de Salud¹⁸ y la Orden n.º 306-A/2023 del 12 de octubre aprueba los respectivos estatutos¹⁹. La diversidad de los cuidados que presta, la capilaridad de sus servicios, la elevada autonomía técnica de sus profesionales de salud, los costos crecientes en salud y las expectativas de una sociedad más informada y exigente, confieren al SNS una complejidad organizativa y de gestión con difícil paralelo en el Estado portugués. De este modo, justifican la misión de la DE-SNS, I.P. de: coordinar la respuesta asistencial de las unidades de salud del SNS, asegurando su funcionamiento en red, la mejora continua del acceso a cuidados de salud, la participación de los usuarios y del alineamiento de la gobernanza clínica y de salud.

La entrada en vigor del nuevo Estatuto del SNS marcó un profundo cambio organizativo en el SNS, fortaleciendo su capacidad para invertir en la promoción de la salud y el bienestar, permitiéndole ofrecer más eficiencia, mayor accesibilidad y mejores cuidados de salud.

Con la creación de la DE-SNS, I.P., se confirió una nueva dimensión a la estructura de gestión y operacionalización del SNS, siendo esencial do-

tarla de una capacidad operativa efectiva, que la haga capaz de implementar las políticas y acciones que permitirán promover la equidad de acceso, la optimización de la utilización de recursos y la mejora continua de la calidad de los servicios prestados, en un concepto de red del SNS.

De hecho, a partir de 2023, esta nueva entidad asumió la responsabilidad central en la gestión del SNS, en un enfoque innovador y dinámico que posibilita la articulación y cooperación de todos los componentes del sistema, desde la prestación de cuidados de salud hasta la gestión eficiente de recursos, pasando, naturalmente, por la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación, y por la integración de cuidados.

Creación de las Unidades Locales de Salud

Mediante el Decreto-Ley n.º 102/2023 del 7 de noviembre²⁰, se procedió a la creación, con naturaleza de entidades públicas empresariales, de las Unidades Locales de Salud detalladas en el Cuadro 1.

El aumento de las necesidades de salud y bienestar de la población, asociado al envejecimiento, a la carga de enfermedad, así como a sus crecientes exigencias y expectativas, exige que el SNS continúe aumentando el acceso y la eficiencia en la prestación de cuidados de salud, fomentando modelos organizativos que promuevan la gestión integrada de cuidados de salud primarios y hospitalarios, asegurando el enfoque en las personas^{21,22}.

De hecho, la especial articulación entre estos niveles de cuidados siempre ha sido, desde la creación del SNS, una preocupación constante, atendiendo a los beneficios que puede traer a la efectiva prestación de cuidados de salud a sus beneficiarios.

Alineada con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y basada en su triple dimensión — económica, social y ambiental —, la promoción de la “Salud de Proximidad”, a través de dispositivos locales de proximidad, constituyó uno de los objetivos del Programa del XXIII Gobierno Constitucional, contribuyendo así a la concreción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular del ODS 3 (“Salud de Calidad”).

En este sentido, el inciso d) del n.º 2 de la Base 20 de la nueva LBS, estableció que el SNS debe guiar su actuación por la integración de cuidados²⁴. Dicha integración tiene como objetivo, entre otros, asegurar a los beneficiarios del SNS el

acceso al tipo de cuidados que más se ajusta a sus necesidades efectivas.

También, el artículo 5.º del nuevo Estatuto del SNS²⁵, determinó que los establecimientos y servicios del SNS deben orientar su funcionamiento por la proximidad de la prestación, por la integración de cuidados y por la articulación de las respuestas.

De los mencionados modelos organizativos, las ULS se destacan como establecimientos de salud a los que compete garantizar la prestación integrada de cuidados de salud primarios y hospitalarios.

Pasados más de 20 años desde la creación de la primera ULS²⁶, a través del Decreto-Ley n.º 207/99, de 9 de junio, que estableció en el municipio de Matosinhos una experiencia innovadora, integrando en una única entidad pública, con gestión empresarial, los diversos servicios e instituciones del SNS existentes en ese municipio, así como más de 10 años desde la creación de la última ULS, se observa, actualmente, un movimiento de reorganización del SNS, cuyo objetivo final es organizar las respuestas en salud en función de las personas.

La integración de los ACES²⁷, hospitales y centros hospitalarios existentes en el modelo de las ULS constituye una cualificación de la respuesta del SNS, simplificando los procesos, incrementando la articulación entre equipos de profesionales de salud, con enfoque en la experiencia y los recorridos entre los diferentes niveles de cuidados, aumentando la autonomía de gestión, mejorando la participación de los ciudadanos, las comunidades, los profesionales y los municipios en la definición, seguimiento y evaluación de las políticas de salud, maximizando el acceso y la eficiencia del SNS.

Además, se entiende que con dicha integración se alcanza una mayor eficiencia en la gestión de los recursos públicos, al mismo tiempo que se garantiza y respeta el papel fundamental de la participación de los municipios en la planificación, organización y gestión del funcionamiento de la respuesta en salud a la población de determinada área geográfica, potenciando la proximidad y la gestión en red²⁸.

Cabe señalar que la madurez de este modelo organizacional permite a la ULS beneficiarse de nuevos instrumentos de gestión, a saber: i) estratificación del riesgo, que identifica la distribución de la carga de enfermedad en la población; ii) sistemas de información que mejoren la integración de la atención, como la historia clínica única electrónica; iii) incentivos al desempeño, finan-

Cuadro 1. Creación, con la naturaleza de entidades públicas empresariales, de 39 ULS.

Unidade Local de Saúde (ULS)	Unidades de Saúde
Guarda	HNS Assunção, H Sousa Martins, CS Guarda, Méda, Almeida.
Castelo Branco	H Amato Lusitano, ACES Beira Interior Sul e PIS.
Matosinhos	H Pedro Hispano, CS Leça da Palmeira, Matosinhos, Srª da Hora.
Alto Minho	CH Alto Minho. CS Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.
Baixo Alentejo	CH Baixo Alentejo, CS distrito de Beja, com exceção de Odemira.
Litoral alentejano	H Litoral Alentejano, CS Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém, Sines.
Nordeste	CH Nordeste, ACES do Alto Trás-os-Montes I e ACES Nordeste.
Alto Ave	H da Senhora da Oliveira Guimarães, ACES Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto e do CS de Celorico de Basto.
Barcelos/Esposende	H Santa Maria Maior - Barcelos, ACES Cávado III - Barcelos/Esposende.
Braga	H Braga, ACES Cávado I e II - Braga, Gerês/Cabreira.
Póvoa de Varzim/Vila do Conde	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde.
Médio Ave	CH Médio Ave, ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa e Ave -Famalicão.
Tâmega e Sousa	CH Tâmega e Sousa, ACES Tâmega I, II e III- Baixo Tâmega, com exceção do CS de Celorico de Basto, Vale do Sousa Norte e Sousa Sul.
Gaia/Espinho	CH Vila Nova de Gaia/Espinho, ACES do Grande Porto VII e VIII - Gaia.
Trás-os-Montes e Alto Douro	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, ACES Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso, do Douro I e II - Marão, Douro Norte e Douro Sul.
Entre Douro e Vouga	CH de Entre Douro e Vouga, ACES de Entre Douro e Vouga I e II - Feira, Arouca e Aveiro Norte.
São João	CHU São João, ACES Grande Porto III e IV - Maia/Valongo e Porto Oriental.
Santo António	CHU Santo António, ACES Grande Porto II e V - Gondomar e Porto Ocidental.
Baixo Mondego	HD da Figueira da Foz, CS da Figueira da Foz, Soure e Montemor -o -Velho.
Cova da Beira	CHU Cova da Beira, ACES Cova da Beira.
Viseu/Dão-Lafões	CH Tondela-Viseu, ACES Dão-Lafões.
Leiria	CH Leiria, ACES Pinhal Litoral, CS Ourém, Fátima, Alcobaça e Nazaré.
Coimbra	CHU Coimbra, H João Crisóstomo - Cantanhede, CMRRC - Rovisco Pais, do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte e CS Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova, Mealhada, Mira, Mortágua, Penacova.
Aveiro	CH do Baixo Vouga, Hospital Dr. Francisco Zagalo, e ACES do Baixo Vouga.
Amadora/Sintra	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, ACES Amadora e Sintra.
Almada-Seixal	Hospital Garcia de Orta, ACES Almada-Seixal.
Lezíria	Hospital Distrital de Santarém, ACES Lezíria.
Estuário do Tejo	Hospital de Vila Franca de Xira, ACES Estuário do Tejo.
Loures-Odivelas	Hospital de Loures, ACES Loures-Odivelas, com exceção CS de Sacavém.
Santa Maria	CHU Lisboa Norte, ACES Lisboa Norte e CS Mafra.
São José	CHU Lisboa Central, CH Psiquiátrico de Lisboa, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, ACES Lisboa Central e CS Sacavém.
Oeste	CH Oeste, ACES Oeste Sul, com exceção de Mafra, e CS do Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche.
Médio Tejo	CH Médio Tejo, CS Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Torres Novas, Tomar, Vila Nova da Barquinha e Vila Rei.
Arrábida	Centro Hospitalar Setúbal, ACES da Arrábida.
Lisboa Ocidental	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.
Arco Ribeirinho	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, ACES Arco Ribeirinho.
Alto Alentejo	ULS do Norte Alentejano, Laboratório de Saúde Pública do Alentejo.
Alentejo Central	Hospital do Espírito Santo de Évora, ACES Alentejo Central.
Algarve	CHU Algarve, ACES Central, Barlavento, Sotavento.

Fuente: Decreto-Ley N° 102/2023 de 7 de noviembre.

cieros y no financieros, enfocados a resultados y creación de valor; y iv) modelos innovadores de prestación de atención, basados en equipos que asumen compromisos enfocados en dar respuesta a las personas, con énfasis en las unidades de salud de la familia y las unidades de atención comunitaria, en el ámbito de la atención primaria, o en el área hospitalaria, los centros de responsabilidad integrada.

Es importante destacar que la diversidad y complejidad de esta nueva ola de ULS requiere un ajuste en lo que respecta a sus órganos de administración, cuyo cambio también se promueve a través del presente decreto-ley.

Principales desafíos para las nuevas ULS

Considerando que, a lo largo de los últimos 40 años, el SNS ha crecido y ha ganado la confianza de los portugueses y es la garantía del derecho fundamental de todos los ciudadanos a la protección de la salud, independientemente de su condición social, situación económica o ubicación geográfica, la revisión de la legislación que lo respalda, especialmente su Estatuto, es un paso fundamental para fortalecer la construcción de un SNS más justo e inclusivo, que responda mejor a las necesidades de la población mediante las necesarias reformas estructurales.

La escasez de profesionales de salud es una realidad que se ha ido agravando, no solo en regiones del interior o de menor densidad poblacional, sino también en grandes centros urbanos, como es el caso de la región de Lisboa. El reclutamiento y retención de profesionales de salud será uno de los principales desafíos de las ULS, ya que asegurar la equidad de acceso a los servicios de salud es primordial en el SNS.

El nuevo modelo de las ULS se basa en la integración de cuidados. Sin embargo, se ha señalado como una de las principales preocupaciones que la gestión de las ULS tienda a ser tendencialmente hospitalocéntrica, contrariando el supuesto deseado de una corresponsabilización paritaria en el seguimiento de las personas, involucrando cuidados primarios y hospitalarios, hacia una monopolización de uno de los niveles de cuidados. Por lo tanto, es esencial que las ULS garanticen un nuevo modelo de cuidados de salud centrados en las personas, apostando por la prevención y asegurando cuidados coordinados.

El envejecimiento de la población y la limitación de recursos hacen del financiamiento un aspecto de importancia sustancial. Se ha anunciado un nuevo modelo de financiamiento ba-

sado en el riesgo clínico de los usuarios, con la implementación de nuevas herramientas. El subfinanciamiento de la salud en Portugal ha sido una realidad recurrente, por lo que es esencial que estas nuevas herramientas sean adecuadas a las crecientes necesidades de la población y consideren también los avances en innovación y tecnología, pilares del progreso en medicina. En este sentido, se destaca el acceso a la teleconsulta y la implementación de un registro electrónico único del usuario, con acceso a la información clínica por parte de los diversos médicos que le prestan cuidados, salvaguardando la privacidad y seguridad, para asegurar la prestación de cuidados de calidad.

Alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, las ULS también deberán implementar medidas de sostenibilidad ambiental para reducir el impacto ambiental de sus intervenciones.

En resumen, responder a estos desafíos implica la disponibilidad de varias estrategias que incluyan inversiones estratégicas, políticas de salud efectivas y el compromiso de los profesionales. Todas las estrategias deben coexistir a lo largo del tiempo, ser ágiles para adaptarse a los cambios en las necesidades de la población y flexibles según el escenario de salud vivido en cada momento.

Desde la fundación del SNS, las múltiples reformas se han comprometido con cuestiones estructurales. Sin embargo, los gobiernos que siguen tendrán que lidiar principalmente con los problemas que están fuera de la salud y que tienen profundas implicaciones en el SNS, como la educación, el empleo, los ingresos, la vivienda y, en resumen, los determinantes de la salud. Es necesario asegurar inversiones a largo plazo que transformen profundamente las necesidades de salud de las poblaciones, las desigualdades y el acceso a los cuidados de salud. No se trata de eliminar o agregar servicios, sino de identificar redundancias, corregir desperdicios e invertir en todo lo que está en la etapa previa a la enfermedad.

En la actualidad, los sistemas de salud están lidiando con las consecuencias de la Covid-19, pero las causas de la crisis actual preceden en gran medida al año 2019, como el subfinanciamiento de la salud o la escasez de personal. En un futuro incierto, es necesario invertir en modificar las necesidades de salud de las poblaciones, de lo contrario, las organizaciones de salud continuarán deteriorándose, lo que aumentará los conflictos laborales, la incertidumbre y la reticencia de los nuevos profesionales hacia el servicio público.

Los desafíos para el futuro implicarán aumentar la accesibilidad, especialmente en casos

de enfermedad aguda, centrar la atención en la prevención y la intervención temprana para mejorar la gestión de las enfermedades crónicas; apoyar la integración y provisión de cuidados multidisciplinares; seleccionar la evidencia disponible para la prestación efectiva de cuidados de calidad, y utilizar la tecnología para apoyar las buenas prácticas.

El futuro de las ULS estará vinculado al éxito o al fracaso en abordar la formación y la investigación. Dependerá de si se gana o se pierde la

batalla en los sistemas de información y comunicación, si se pierde o se gana la batalla por la eficiencia, la gestión, la gobernanza clínica, la calidad y las buenas prácticas. El futuro dependerá cada vez más de si se gana o se pierde la apuesta por las personas, el trabajo en equipo, una cultura de salud, organización, intervención comunitaria, y la creación de condiciones y espacios de trabajo verdaderamente dedicados al servicio de la población, con profesionales motivados que disfruten de su trabajo y de interactuar con los demás.

Colaboradores

LAC Pisco, VP Silva y BR Monteiro trabajaron en la concepción y redacción final.

Referencias

1. Portugal. Diário da República n.º 173 – II série de 29 de julho de 1978. *Despacho Ministerial de 20 de julho de 1978*. (Despacho Arnault).
2. Portugal. Diário da República n.º 214, de 15 de setembro de 1979. Na sequência do Despacho Arnaut, é aprovada a Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro (Lei de Bases da Saúde), que cria o Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 1979.
3. Portugal. Decreto-Lei n.º 156, de 10 de maio de 1999. Sistemas Locais de Saúde. Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde. *Diário da República*; 1999.
4. Portugal. Regime Jurídico das USF. 1.ª série – N.º 161 – DL n.º 298/2007, de 22 de agosto de 2007. *Diário da República*; 2007
5. Portugal. Lei n.º 27, de 8 de novembro de 2002. Novo regime jurídico de gestão hospitalar de 2002. *Diário da República* n.º 258; 2002.
6. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems Transition* 2017; 19(2):1-184.
7. Portugal. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro de 2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*; 2019.
8. Ministra da Saúde Marta Temido. *Declarações à Agência Lusa na apresentação da nova Lei de Bases da Saúde*. Lisboa; 2018 dez 13.
9. Pereira AGD. Uma Lei de Bases da Saúde para os anos 2020. *Rev Eletr Direito Publico* 2019; 6(1):1-14.
10. Pordata. *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base triénio a partir de 2001)* [Internet]. [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo>.
11. Antunes AP. *As taxas moderadoras e a lei de bases da saúde* [Internet]. *Semana da Bioética*; 2019 [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/1/2020_01_0327_0362.pdf.

12. Barros PP, Costa E. *Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português-Julho de 2023. Observatório da Despesa em Saúde/03* [Internet]. [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/03_Observatorio_despesa_saude.pdf.
13. Rigney G. Portugal: #22 in the 2022 World Index of Healthcare Innovation. Disponível em: Portugal: #22 in the 2022 World Index of Healthcare Innovation | Grant Rigney | FREOPP.org.
14. World Health Organization (WHO). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO; 2006.
15. Entidade Reguladora da Saúde. *Estudo sobre concorrência no setor hospitalar não público* [Internet]. [acessado 2024 jan 2]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/estudo-sobre-a-concorrenca-no-setor-hospitalar-nao-publico/>.
16. Portugal. Despacho n.º 6417, de 20 de maio de 2022. Define os eixos estratégicos da política de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde e cria os respetivos mecanismos de operacionalização. *Diário da República*; 2022.
17. Portugal. Decreto-Lei n.º 103, de 7 de novembro de 2023. Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*; 2023.
18. Portugal. Decreto-Lei n.º 61, de 23 de setembro de 2022. Aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 2022.
19. Portugal. Portaria n.º 306-A, de 12 de outubro de 2023. Aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. *Diário da República*; 2023.
20. Portugal. Decreto-Lei n.º 102, de 7 de novembro de 2023. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*; 2023.
21. World Health Organization (WHO). *What are integrated people-centred health services?* [Internet]. [cited 2023 dez 30]. Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>.
22. Ramsay A, Fulop N. *The evidence base for integrated care*. Department of Health. Kings College London: NIHR King's Patient Safety and Service Quality Research Centre; 2008.
23. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2023 dez 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
24. World Health Organization (WHO). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1*. Geneva: WHO; 2008.
25. Portugal. Decreto-Lei n.º 52, de 4 de agosto de 2022. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 2022.
26. Portugal. Decreto-Lei n.º 207, de 9 de junho de 1999. Criação da ULS de Matosinhos. *Diário da República*; 1999.
27. Portugal. Decreto-Lei n.º 28, de 22 de fevereiro de 2008. Regime Jurídico dos ACES. *Diário da República*; 2008.
28. Portugal. Lei n.º 50, de 16 de agosto de 2018. Lei-quadro da transferência de competências as autarquias locais e para as entidades intermunicipais. *Diário da República*; 2018.

Artículo presentado en 28/01/2024

Aprobado en 06/02/2024

Versión final presentada en 08/02/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, António Augusto Moura da Silva