

## Contractualización con la atención primaria de salud en la Administración Regional de Salud de Lisboa y Valle del Tajo hasta 2023

Baltazar Ricardo Monteiro (<https://orcid.org/0000-0002-4876-9439>)<sup>1</sup>  
Luís Augusto Coelho Pisco (<https://orcid.org/0000-0002-9007-8949>)<sup>2</sup>

**Resumen** El artículo analiza la contractualización en la atención primaria, relacionando lo que se ha contratado y lo que se ha conseguido. El objetivo era responder a la siguiente pregunta: ¿puede la contractualización concurrir para garantizar la equidad y el acceso adecuado a la atención primaria? Se utilizó una metodología de estudio de casos. Se utilizaron los datos disponibles en el Portal SNS - transparencia y datos utilizados en la contractualización externa. La recogida de datos tuvo lugar en diciembre de 2023. En la Región Sanitaria de Lisboa y Valle del Tajo, había un 29,6% de personas registradas sin médico de familia en 2023. Las tasas de utilización de las consultas por año entre 2021 y 2023 disminuyeron progresivamente (-2,7%). En cuanto al cribado oncológico, en el caso del cribado de colon y recto, sólo se realizaron el 34,4% de los contratados en 2021, y el 28,9% en 2022. En cuanto al índice de rendimiento global, se observa que los rangos entre las propuestas negociadas y las obtenidas superan los 20 puntos. Se analizó la prescripción farmacoterapéutica en diabetes mellitus, en la que ninguna ACES alcanzó los valores esperados. Se concluyó que la contractualización no ha contribuido a mejorar el acceso y la equidad, ya que parece existir una falta de sintonía entre las fases de planificación estratégica situacional y local.

**Palabras clave** Atención Primaria de Salud, Contractualización, Análisis estratégico

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Leiria. R. General Norton de Matos, Apartado 4133. 2411-901 Leiria Portugal. ricardo.monteiro.baltazar@gmail.com

<sup>2</sup> Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE). Lisboa Portugal.

## Introducción

Portugal tiene un sistema sanitario mixto, en el que el Estado proporciona a sus ciudadanos protección contra el riesgo financiero asociado a un episodio de enfermedad, a través del papel del Estado asegurador. Los ciudadanos también pueden contratar voluntariamente una protección adicional a través de aseguradoras de salud públicas o privadas.

Como parte del sistema de salud, el Servicio Nacional de Salud<sup>1</sup> (SNS), fundado en 1979 y con un modelo Beveridgeano, es un conjunto organizado y articulado de establecimientos y servicios públicos, gestionados por el Ministerio de Salud, que hace efectiva la responsabilidad del Estado en la protección de la salud a través de la asistencia sanitaria en las áreas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

El SNS se organizó territorialmente<sup>2</sup> por regiones sanitarias y funcionalmente por niveles asistenciales. Dentro del SNS se encontraban las cinco Administraciones Regionales de Salud<sup>3</sup> (ARS), creadas en 1982 con la misión de planificar y gestionar de forma coordinada las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación. Dentro de la estructura organizativa del SNS, las ARS eran responsables de aplicar las políticas de salud dentro de sus límites geográficos.

Esta reorganización estuvo en consonancia con la reforma de la APS, iniciada en 2005 y que supuso una profunda reconfiguración de su estructura organizativa. En 2008, se produjo una intervención legislativa<sup>4</sup> que creó las agrupaciones de centros de salud (ACES). Éstas resultaron de la fusión de los centros de salud existentes en una zona geográfica determinada, bajo la gestión unificada de las ACES.

Las ACES empezaron a funcionar como servicios públicos con autonomía administrativa, constituidos por varias unidades funcionales (UF), y su misión era garantizar la prestación de atención primaria de salud a la población de un área geográfica determinada. Estas UF eran: Unidades de Salud de la Familia (USF, modelo A - salario fijo; y modelo B - los médicos reciben un salario fijo + incentivos); Unidades de Cuidados de Salud Personalizados (UCSP - salario fijo); Unidades de Cuidados Comunitaria (UCC); Unidades de Salud Pública (USP); y Unidades de Recursos Asistenciales Compartidos (URAP, sigla en portugués). Actualmente hay 55 ACES en Portugal continental, 15 de ellas en la Administración Regional de Salud de Lisboa y Valle del Tajo (ARSLVT).

La contractualización<sup>5</sup> fue el elemento estructurador y esencial de la reforma de la APS, en un proceso de reingeniería organizativa cuyos puntos clave fueron: la creación de equipos multiprofesionales funcionalmente autónomos; el desarrollo de una cultura de gobernanza clínica y sanitaria; y la implantación progresiva de un sistema de recompensa vinculado al desempeño. Fue durante esta reorganización cuando se crearon los USF, a partir de las candidaturas voluntarias de equipos autónomos de profesionales sanitarios, a saber, especialistas en medicina de familia, enfermeros y personal administrativo. Estos equipos se encargan de definir un plan de acción, que incluye una cartera de servicios, el compromiso de asistencia, los horarios de apertura y el enlace con otras unidades.

El proceso de contractualización da lugar a un contexto de gestión descentralizada, definiéndose los contratos de desempeño como un conjunto de instrumentos de gestión utilizados para responsabilizar a cada una de las partes involucradas y alcanzar resultados mutuamente acordados. El objetivo de la implementación de este mecanismo es hacer más eficaz la prestación de la APS, garantizando a las unidades asistenciales una mayor autonomía y responsabilidad para trazar las estrategias más adecuadas para satisfacer las necesidades de salud de la población atendida, buscando también una mayor racionalidad en el uso de los recursos y logrando mejoras en la salud de las poblaciones atendidas.

La contractualización en la APS ha sido un proceso en construcción que incluye dos subprocesos: la contractualización externa, entre las ARS y las respectivas ACES; y la contractualización interna, entre las ACES y las respectivas UF.

La contractualización externa<sup>6</sup> se basó en una matriz de 20 indicadores, organizados en tres ejes: el eje nacional, compuesto por 14 indicadores a nivel nacional, susceptibles de evaluar las ganancias en salud y en línea con los objetivos de la contractualización interna con las USF y las UCSP; el eje regional, con cuatro indicadores seleccionados por las ARS, alineados con los programas regionales o las prioridades sanitarias definidas a nivel regional, que no se solapan con los anteriores; y el eje local, en el que cada ACES tiene la posibilidad, junto con las ARS, de definir dos indicadores específicos, en función de las necesidades sanitarias locales, que no se solapan con ninguno de los anteriores.

La contractualización interna se basó en una matriz de 22 indicadores: 12 comunes a todas las USF/UCSP de cada ARS, en términos de resulta-

dos de acceso y/o asistencia; cuatro indicadores seleccionados cada tres años por las ARS, comunes a las USF/UCSP respectivas, en términos de resultados de acceso y/o asistencia; dos indicadores seleccionados cada tres años por la ACES, específicos de las USF/UCSP de la ACES; cuatro indicadores propuestos por las USF/UCSP para el trienio, en términos de resultados de acceso y/o asistencia.

En 2017, el proceso de contractualización en el PSC<sup>7</sup> se basó en un nuevo modelo conceptual, que desplazó el foco de atención de la negociación de metas para indicadores establecidos a la búsqueda de resultados en salud, en un contexto de buenas prácticas y gestión de itinerarios integrados de salud, así como del desempeño de las organizaciones, considerando sus diferentes ámbitos y dimensiones. De este modo, el proceso se hizo transversal, integrando el ARSLVT, las ACES y las UF. En lugar de centrar la negociación en objetivos e indicadores, ahora se toma como referencia el valor del índice de rendimiento global (IRG) que se desea mejorar y alcanzar.

El IRG se utiliza para evaluar los resultados de los indicadores y determinar los incentivos para la ACES. Desde 2014, el IRG se aplica a la evaluación de la ACES, y los indicadores ya no tienen validez individual, pues ahora se entiende que contribuyen a la construcción de ese índice. Contribuyen al cálculo del IRG el grado de cumplimiento de cada indicador (porcentaje de consecución del objetivo definido) y el grado de cumplimiento ajustado del indicador (grado de cumplimiento marcado por un límite superior e inferior); el peso relativo del indicador o ponderación (importancia relativa de cada indicador en el cálculo del IRG); la ponderación del grado de cumplimiento ajustado al indicador (valor resultante del producto entre el grado de cumplimiento ajustado y el peso relativo del indicador); el IRG (corresponde a la suma de las ponderaciones del grado de cumplimiento ajustado de cada indicador); el incentivo potencial (incentivo a conceder si el valor es del 100%); el incentivo concedido (valor monetario del incentivo al que tiene derecho la entidad contractualizada, calculado por el producto entre el valor del IRG y el incentivo potencial).

Se reconoce que el sistema de incentivos incluido en la contractualización con la APS es, a pesar de su tamaño relativo y de su naturaleza puramente institucional, una parte central del proceso, porque todo el trabajo de control y seguimiento se basa en la evaluación del rendimiento negociado, y ésta es la variable del proceso que realmente le da una dimensión estratégica<sup>8</sup>.

Se realizó un estudio exhaustivo de la literatura gris sobre la contractualización en la APS en Portugal, ya que en otros países el concepto de contractualización no se solapa con el utilizado aquí. Un estudio<sup>9</sup> de 2020 pretendía evaluar el impacto de la implantación de las Unidades de Salud de la Familia (USF) en los resultados de salud de la población, medidos por las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria de salud (HCSAPS), y otro<sup>10</sup> en el que los autores constataron que, en general, los valores de los indicadores mejoraron con el tiempo en los tres tipos de USF, especialmente en aquellas en las que se aplica el pago por resultados.

### **La atención adecuada, en el momento adecuado**

Los proveedores de APS son una parte esencial del ecosistema sanitario, y a menudo actúan como punto de entrada al sistema. Una APS accesible, de alta calidad y equitativa se asocia a resultados de salud positivos. Sin embargo, el acceso a la APS ha ido disminuyendo como consecuencia de una compleja reciprocidad entre el ciudadano, el contexto y los servicios sanitarios. Una autopercepción negativa de la salud lleva a los ciudadanos que suelen vivir en desiertos de atención a la salud a dar menos valor a la prevención y a buscar servicios de urgencia.

Aunque la equidad es una base fundamental en la legislación del sistema sanitario portugués, en el pasado ha habido poca preocupación por realizar, promover y supervisar este objetivo. Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) evaluó el Plan Nacional de Salud<sup>11</sup> (PNS), vigente entre 2004 y 2010, identificando sus potencialidades, limitaciones y lagunas, dejó claro que el PNS prestaba muy poca atención a la cuestión de la equidad en salud, en particular en lo que se refiere a estrategias y programas de lucha contra las desigualdades. En otro documento<sup>12</sup> de evaluación del sistema de salud, la OMS señalaba notables mejoras en este ámbito, al tiempo que especificaba que seguía habiendo diferencias significativas en el estado de salud de los portugueses, según el sexo, la región geográfica y el nivel socioeconómico (por nivel educativo o ingresos). El reto de Portugal para consolidar y mejorar el estado de salud de sus ciudadanos es, por tanto, reducir los niveles de desigualdad entre grupos y adaptar la respuesta a las expectativas de los portugueses.

La APS contribuye decisivamente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a la cobertura sanitaria universal. Durante la pandemia de CO-

VID-19, los APS portugueses fueron fundamentales para lograr una de las tasas de vacunación más altas del mundo<sup>13</sup>.

Un análisis del Consejo de Finanzas Públicas para 2020 describió el impacto que la pandemia del COVID-19 ha tenido en la economía y en la sociedad, además de la crisis sanitaria. En este contexto, Portugal fue uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) donde más se resintió la actividad presencial de los médicos, ya que el número de consultas cayó un 66% en mayo de 2020 en comparación con el mismo mes de 2019. El Consejo también señaló que, en 2021, los principales indicadores de acceso, eficiencia y calidad de la APS se recuperaron ligeramente en comparación con el año anterior, aunque todavía están lejos de los valores prepandémicos. Al año siguiente (2022), el mismo organismo escribió que el número de usuarios sin médico de familia (MdF) asignado había aumentado y que esto tendría un efecto desfavorable en las asistencias a los servicios de urgencias hospitalarios.

La Entidad de Regulación Sanitaria (ERS)<sup>14</sup> señala que entre 2018 y 2021, los ciudadanos que utilizaron la APS se quejaron principalmente de las condiciones de acceso, pero también de los procedimientos administrativos y de la atención sanitaria. Estas quejas se dirigieron sobre todo a la ARSLVT (en comparación con las otras cuatro ARS). En 2021, el acceso se mencionó en el 89% de las quejas recibidas por la ERS.

Otro aspecto importante descrito por la ERS es que, a finales de 2021, la mayoría de los ciudadanos inscritos en la APS tenían asignado un MdF (88,8%). Sin embargo, también señaló que este porcentaje ha ido disminuyendo desde 2019, a pesar del creciente número de USF en funcionamiento. Cabe señalar que la distribución de estas unidades es asimétrica en todo el país. Hay más USF del modelo que se beneficia de incentivos financieros para los profesionales en el Norte, en comparación con las regiones Centro, Alentejo y Algarve. Una de las conclusiones de este estudio de ERS es que las tasas de utilización de las consultas son más elevadas allí donde hay un mayor porcentaje de ciudadanos con un MdF asignado. Así pues, tener un MdF asignado parece ser un factor que favorece el acceso.

Por lo tanto, se observa que los ciudadanos que no son atendidos en la APS tienen que buscar atención en otro lugar, o se quedarán sin atención porque no pueden pagarla, o se arriesgan a asumir costes sanitarios directos, o acudirán a los servicios de urgencias. Es en este sentido en el que

el acceso está estrechamente relacionado con la equidad, y es en este contexto en el que tendremos que estudiar si la contractualización es una condición necesaria y suficiente para promover el acceso y la equidad, como comúnmente se supone.

La contractualización es un tema difícil en muchos sentidos, y su aplicación en un ámbito complejo como la salud puede hacerlo aún más difícil. En última instancia, la contractualización es algo más que un proceso técnico u operativo, ya que se basa en el valor y es relacional. Esto no significa restar importancia a los aspectos técnicos, sino valorar los elementos operativos y relacionales de la contractualización. En esta complejidad, las numerosas variables que intervienen no pueden controlarse, pero deberían constituir un problema para la investigación y el debate científico. Tal vez la complejidad del tema sea la razón de la falta de investigaciones existentes. El objetivo de este estudio es contribuir a una mejor comprensión de los retos a los que se enfrentan el modelo de financiación y la APS en Portugal.

## Metodología

El objetivo de esta investigación era responder a la siguiente pregunta: ¿puede la contractualización contribuir a garantizar la equidad y el acceso adecuado a la atención primaria de salud?

Se eligió una metodología de estudio de caso (EdC) porque se trata de una situación de investigación en la que las numerosas variables existentes superan la cantidad de datos disponibles<sup>15</sup>. En consecuencia, el estudio de caso así definido no está asociado a ningún tipo de investigación ni a ninguna forma específica de recogida de datos. La EdC es lo suficientemente flexible como para adaptarse a todos los contextos y situaciones en los que la frontera entre el fenómeno objeto de estudio y su contexto no está bien definida.

Además de la revisión bibliográfica, se recogieron datos sobre los indicadores de acceso, el funcionamiento general de las ACES, el cribado y la prescripción farmacoterapéutica.

La recogida de datos tuvo lugar en diciembre de 2023. Los datos están contenidos en la documentación que soporta el proceso de contractualización entre la ARSLVT y las ACES entre 2018 y 2022, y otros datos se recogieron del repositorio abierto del Portal del SNS. Los datos se analizaron mediante una hoja de cálculo para estadística descriptiva y para la redacción del artículo se utilizaron los *Consensus Reporting Items for Studies in Primary Care*<sup>16</sup>.

## Resultados

En 2022, vivían 3.721.156 habitantes en los municipios<sup>17</sup> incluidos en la ARSLVT, siendo los más poblados Lisboa (546.923 habitantes), Sintra (388.001 habitantes), Cascais (213.902 habitantes), Loures (203.213) y Almada (178.113). Los municipios de Lisboa, Sintra, Cascais y Loures concentraban el 41,1% de todos los habitantes de la ARLVT.

El número de ciudadanos empadronados es una realidad dinámica<sup>18</sup> en la ARSLVT. En 2019 había 3.761.865 y en 2023 (noviembre) había 3.929.061 ciudadanos empadronados en todas las UF del ARSLVT (Tabla 1). Esto corresponde a un aumento de 167.196 nuevos registros en cinco años (3.439 ciudadanos/año). Además de los nacimientos, el creciente número de inscritos se ha visto impulsado por la ola migratoria<sup>17</sup>, que se concentra preferentemente en las grandes zonas urbanas.

La misma tabla muestra que en los cinco años estudiados<sup>18</sup> se produjo un aumento significativo de los ciudadanos sin MdF asignado (649.965), hasta totalizar 1.162.043 en 2023. Mientras que el número de empadronados y de ciudadanos sin MdF asignado seguía una tendencia al alza, ocurría lo contrario con los ciudadanos con MdF asignado, ya que sumaban 3.240.187 en 2019 y 2.754.274 en 2023. Hay que tener en cuenta que la suma de inscritos con MdF asignado y sin MdF asignado no se corresponde con el total de inscritos, ya que existe un número residual de ciudadanos (que oscila entre 9.600 en 2019 y 12.744 en 2023) que optan por estar inscritos y no tener MdF asignado. En conclusión, se observa que en 2019 había un 86,1% de inscritos con MdF asignado, cifra que desciende hasta el 70,1% en 2023, no habiendo recuperado su valor inicial en ninguno de los años estudiados.

Las tasas de utilización de las consultas anuales<sup>18</sup> muestran que entre 2018 y 2021 hubo un

aumento consistente en todas las ACES (media del 10,8%), con el valor más alto en la ACES de Estuário do Tejo (14,1%) (zona predominantemente urbana)<sup>19</sup>, y el más bajo en la ACES de Loures/Odivelas (6,5%) (zona predominantemente urbana). El rango de variación fue del 7,6%, indicativo de lo ocurrido durante 2020, con el condicionamiento del acceso a las unidades sanitarias (Tabla 2). Entre 2021 y 2023, hubo una disminución progresiva de la tasa de utilización de las consultas (-2,7%) en todas las ACES, oscilando entre un máximo de -6,8% (ACES Estuário do Tejo) y un mínimo de 0,4% (ACES Cascais) (área predominantemente urbana).

El Plan Nacional de Salud 2012/2015 (prorrogado hasta 2020)<sup>20</sup> establecía, en el ámbito oncológico, el refuerzo de la disponibilidad y garantía de calidad en el cribado poblacional, garantizando así el acceso a estrategias de prevención y diagnóstico precoz, así como el desarrollo e implantación de procesos asistenciales de diagnóstico y tratamiento, de forma que los ciudadanos recibieran una atención sanitaria adecuada y oportuna. Se dejaron las ARS para promover el tamizaje de cáncer de mama, colon y recto y cérvico uterino.

Según el Informe de Seguimiento y Evaluación del Cribado Oncológico de 2016<sup>21</sup>, Portugal se situó entre los países europeos con menor tasa de mortalidad evitable y fue el país europeo con mayor tasa de mamografías realizadas a mujeres (84,2%), muy por encima de la media europea (62,8%). Lo mismo ocurría con el cribado del cáncer de cuello de útero, con una tasa del 70,7% de mujeres cribadas, frente a una media europea del 63%. En cuanto al cribado del cáncer de colon y recto (CCCR), debido a la falta de un consenso internacional sobre el enfoque que debe utilizarse, no pueden establecerse comparaciones europeas.

En cuanto al cribado poblacional de cáncer de mama (CCM) (Tabla 3), la prueba primaria se realizaría cada dos años, con mamografía bilate-

**Tabla 1.** Punto de situación de los inscritos en unidades funcionales. ARSLVT, Portugal, 2019-2023 (\*).

Años	2019	2020	2021	2022	2023
Total de inscritos	3.761.865	3.751.354	3.848.748	3.909.749	3.929.061
Inscritos sin MdF asignado	512.078	546.177	754.411	990.731	1.162.043
Inscritos con MdF asignado	3.240.187	3.193.411	3.077.978	2.903.235	2.754.274
Inscritos sin MdF asignado, por opción	9.600	11.766	16.359	15.783	12.744
% de inscritos sin MdF asignado	13,6	14,6	19,6	25,3	29,6
% de inscritos con MdF asignado	86,1	85,1	80,0	74,3	70,1

(\*) Referencia, mes de noviembre/2023. MdF = médico de familia.

**Tabla 2.** Tasa de uso de consultas médicas de un año (todos los usuarios) en ARSLVT ACES, entre 2018 y 2023.

ACES	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	%					
Almada / Seixal	52,2	63,1	59,1	62,5	63,2	62,0
Amadora	46,0	55,6	52,2	54,5	55,6	53,7
Arco Ribeirinho	48,6	59,3	57,0	61,2	59,7	56,7
Arrábida	52,0	62,5	60,4	65,1	63,8	61,6
Cascais	45,0	55,6	54,6	53,9	54,8	54,3
Estuário do Tejo	47,7	61,4	59,9	61,8	60,9	55,0
Lezíria	59,2	69,5	69,4	73,1	71,7	69,2
Lisboa Central	43,1	52,1	49,1	51,5	50,5	48,8
Lisboa Norte	44,5	54,0	52,2	56,5	56,0	52,1
Lisboa Ocidental e Oeiras	45,6	56,0	55,2	58,9	57,6	56,3
Loures / Odivelas	49,3	58,5	55,7	55,8	56,7	53,8
Médio Tejo	59,6	70,4	69,2	70,2	70,8	68,6
Oeste Norte	58,5	68,9	66,4	71,2	70,2	68,3
Oeste Sul	55,1	66,7	62,4	63,1	62,7	58,0
Sintra	46,5	58,2	53,7	55,6	57,7	56,0

Fuente: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

ral (dos incidencias), y la población diana serían mujeres de 45 a 69 años, iniciándose el programa en ARSLVT en 1991. Entre 2019 y 2022 se realizaron 176.830 cribados a mujeres, correspondiendo el máximo a 2021 (333,1‰) y el mínimo a 2020 (109,6‰).

El CCCR, también basado en la población, se basaba en una prueba primaria de sangre oculta en heces y la población diana eran mujeres y hombres de entre 50 y 74 años. Debía repetirse cada dos años. En los años considerados, se sometió a cribado a 64 866 ciudadanos, y el máximo se produjo en 2019 (63,1‰) y el mínimo en 2020 (21,2‰).

El cribado de cáncer de cuello uterino (CCCU) de base poblacional era la prueba del VPH en medio líquido y la citología refleja en los casos positivos para el VPH de alto riesgo distinto del 16 y/o 18. Debía abarcar a las mujeres de 30 a 65 años y realizarse cada 5 años. En los años estudiados, se realizó el cribado a 163.462 mujeres, produciéndose el máximo en 2022 (268,9‰) y el mínimo en 2020 (104,9‰).

La negociación de la contractualización sobre este tema se estudió, a modo de ejemplo, para los años 2021 y 2022, para el CCCR y el CCCU. Por lo que respecta al CCCR, se constató que las 13 ACES con datos disponibles alcanzaron, por término medio, el 44,1% de los valores contractualizados. Hubo cinco que alcanzaron cifras superiores a la media, de las cuales la ACES Amadora superó la propuesta contratada (contrató 2.500

screenings y realizó 3.493). ACES Lisboa Norte contrató 3.000 screenings y realizó 2.457, alcanzando el 81,9% de la propuesta negociada. En 2022 (CCCR), se analizaron los datos de las 15 ACES, que alcanzaron una media del 22,8% de los valores contratados. El máximo fue alcanzado por la ACES de Almada/Seixal, el 81,3% del valor negociado, y el mínimo fue del 0,8% por la ACES de Loures/Odivelas.

En cuanto a la contractualización de la CCCU, se obtuvieron datos de 11 ACES para 2021. Estas 11 ACES realizaron el 44,8% de los importes contratados. La ACES Almada/Seixal consiguió realizar el 94,2% del total negociado, y la ACES Sintra realizó sólo el 13% de lo contratado (391 proyecciones de las 3.000 negociadas). En 2022, se obtuvieron datos de 15 ACES, que en conjunto realizaron una media del 85,6% de lo que habían contratado. ACES Loures/Odivelas superó lo negociado (realizó 6.946 proyecciones, frente a las 5.000 contratadas). ACES Almada/Seixal realizó el 77,5% del total contratado (10.457 frente a 13.500).

En 2014, se introdujo el IRG para evaluar los resultados de los indicadores y determinar la asignación de incentivos a las ACES.

Se compararon los valores de IRG obtenidos en cada una de las ACES entre 2018 y 2022 (Tabla 4), y se observó que el valor más bajo de todos los años considerados se obtuvo en 2022 en la ACES Amadora (37,6). El valor más alto se obtuvo en la ACES Almada/Seixal (2019) y fue de 71,2. El IRG

medio de cada ACES en los cinco años estudiados osciló entre un máximo de 65,5 (ACES Almada/Seixal) y un mínimo de 51,4 (ACES Lisboa Central). El intervalo de variación fue de 14,2.

Para 2021 y 2022, se compararon los IRG propuestos en el contrato con los IRG obtenidos por cada una de las ACES. En 2021, se presentaron propuestas que oscilaban entre un IRG máximo de 75,5 (ACES Oeste Sul) y un mínimo de 49,4 (ACES Sintra), para el conjunto de las 15 ACES, con un rango de 26,1. El valor medio del IRG propuesto a las 15 ACES ese año sería de 61,1. Los IRG obtenidos por las 15 ACES en 2021 oscilaban entre un mínimo de 48,0 (ACES Lisboa Central) y un máximo de 70,7 (ACES Lisboa Occidental y Oeiras), es decir, un intervalo de va-

riación de 23,0 en el IRG obtenido por las ACES y una media de 57,9.

Para 2022, las propuestas de IRG oscilaron entre un máximo de 77,7 (ACES Almada/Seixal) y un mínimo de 54,3 (ACES Amadora) (rango de variación de 23,4 en el IRG propuesto a las ACES). El IRG medio propuesto a las 15 ACES sería de 64,8, ligeramente superior al del año anterior. El IRG obtenido por las ACES en 2022 arroja una media de 54,6 (frente al 57,9 del año anterior), con un máximo de 64,2 (ACES Almada/Seixal) y un mínimo de 37,6 (ACES Amadora), es decir, un rango de variación de 26,6 en la actuación de las ACES.

El resultado de este análisis es que los rangos de variación de las propuestas negociadas y los IRGs obtenidos por la ACES están por encima de los 20 puntos (2021 y siguientes), valores significativos, para los que se carece de evidencias sobre si se tuvieron en cuenta los contextos sociodemográficos, bien en el marco de la negociación o del seguimiento.

La calificación de la prescripción es una subárea de actuación y engloba las dimensiones de prescripción farmacoterapéutica, medios complementarios de diagnóstico y asistencia. A este respecto, la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) de la ARSLVT elabora informes trimestrales de análisis de las prescripciones, que forman parte del proceso de contractualización. El objetivo principal de los informes es proporcionar

**Tabla 3.** Evolución de los cribados oncológicos de base poblacional. ARSLVT, Portugal, 2019-2022 (datos por 10 mil habitantes (%)).

Cribados	2019	2020	2021	2022
	%			
Cáncer da mama	155,0	109,6	333,1	307,1
Cáncer de cuello uterino	217,4	104,9	245,6	268,9
Cáncer de cólon y recto	63,1	21,2	41,8	49,4

Fuente: ARSLVT/Ministerio de Salud, documentación de apoyo presentada en la reunión de seguimiento de la contratación de 2022.

**Tabla 4.** Evolución del índice de rendimiento global según ACES. ARSLVT, Portugal, 2018-2022.

ACES	2018	2019	2020	2021	2022	Media/ACES
Almada/Seixal	64,4	71,2	57,9	69,9	64,2	65,5
Amadora	60,6	56,3	53,9	51,4	37,6	52,0
Arco Ribeirinho	56,3	63,9	52,2	57,2	47,9	55,5
Arrábida	45,6	54,9	53,4	60,0	43,9	51,6
Cascais	64,7	71,1	58,7	62,0	61,0	63,5
Estuário do Tejo	50,3	55,2	51,4	55,8	60,3	54,6
Lezíria	64,8	69,7	60,2	63,5	61,9	64,0
Lisboa Central	54,6	54,8	53,8	48,0	45,6	51,4
Lisboa Norte	54,7	52,5	55,4	51,5	53,2	53,5
Lisboa Occidental e Oeiras	58,2	66,6	61,5	70,7	63,8	64,2
Loures/Odivelas	66,2	62,6	53,4	65,7	63,2	62,2
Médio Tejo	52,0	58,9	56,9	54,4	59,9	56,4
Oeste Norte	65,8	68,9	56,1	60,1	52,9	60,8
Oeste Sul	58,0	63,2	54,7	51,3	47,5	54,9
Sintra	54,5	55,5	51,7	47,7	56,2	53,1
Media anual/todos ACES	58,0	61,7	55,4	57,9	54,6	

Fuente: ARSLVT/Ministerio de Salud, documentación de apoyo a la contratación externa en el área de APS en 2021, 2022 y 2023.

información para apoyar la reflexión sobre el uso de los medicamentos en el ARSLVT, en todos los contextos de prescripción (público y privado).

En el informe correspondiente al primer trimestre de 2023, la CFT afirma que el sector de la APS se mantuvo a la cabeza de la carga financiera generada por la prescripción de medicamentos, representando el 41% del gasto total en medicamentos, en precio de venta al público (PVP), siendo el sector de “otras localidades privadas” el segundo generador de este tipo de gasto, seguido de los hospitales privados y, por último, de los hospitales públicos. El CFT señala que la APS de ARSLVT aumentó el uso de medicamentos en términos de valor PVP, gasto para el SNS, volumen y PVP/envase en el primer trimestre de 2023, si se compara con el mismo semestre de 2022. El PVP/paciente aumentó un 5,0% en comparación con el mismo semestre del año anterior. Los dispositivos médicos y otros productos sanitarios representaban 9,7 millones de euros (variación interanual del 4,6% en PVP). Estas cifras están asociadas a la disponibilidad de tiras reactivas y lancetas para la determinación de la glicemia capilar e incluyen también dispositivos para la incontinencia, cámaras de expansión, material de ostomía de eliminación, material para apósitos, medicamentos homeopáticos y productos manipulados, aunque con menor expresión económica.

Se analizaron dos indicadores relativos a pacientes con diabetes *mellitus* (DM). El informe que se cita destaca el hecho de que 7 de las 15 ACES de la ARSLVT mostraron valores dentro del rango aceptable para los indicadores “Proporción DM con última HbA1c ≤ 8%” y “Coste de la terapia para pacientes con DM controlada”. Sin embargo, ninguna ACES alcanzó los valores esperados (Gráfico 1).

El rango esperado para el indicador “Proporción de DM con última HbA1c ≤ 8%” se situaba entre el 70% y el 100%, siendo aceptable un rango ligeramente más amplio, entre el 55% y el 100%. A nivel de ARSLVT, la proporción de pacientes con DM con última HbA1c ≤ 8% alcanzó el 62%, lo que se considera aceptable, asociado a un coste medio de 425 euros, por encima del rango aceptable.

Para el indicador “Coste de la terapia para pacientes con DM controlada”, se esperaba un rango entre 0 y 350 euros, mientras que un rango entre 0 y 420 euros era aceptable. Como puede verse en el gráfico, la ACES Lisboa Central fue la que más se acercó al valor esperado en términos de costes (352 euros), pero estuvo muy lejos del valor esperado en términos de control del paciente

diabético (52%). En el ACES Oeste Norte hubo una mayor desviación de los costes (+144 euros de lo esperado), para obtener el valor más alto en términos de control del paciente diabético (70%), que sería el valor mínimo en el rango esperado.

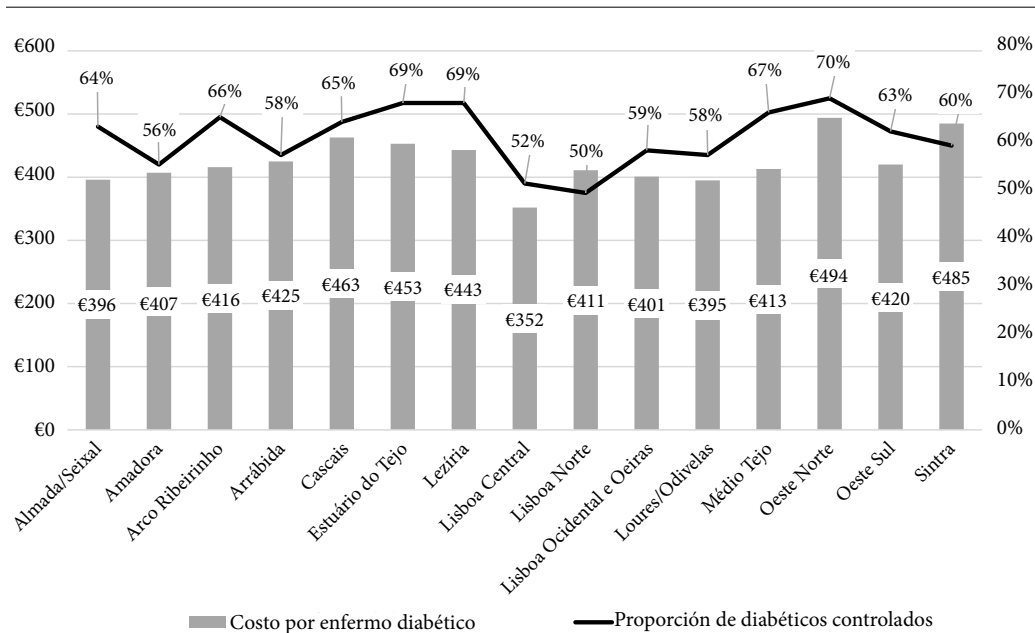
## Debate

Portugal se enfrenta a una situación compleja en términos de contratación y retención de trabajadores del sector público. En sanidad, la escasez de personal tiene razones bien documentadas (agotamiento, falta de conciliación de la vida laboral y familiar, salarios bajos que llevan al doble empleo, por ejemplo) y el impacto directo en el acceso a la asistencia sanitaria es evidente. La falta de personal médico en los ARSLVT es una de las principales razones de las enormes variaciones en la asistencia sanitaria y sus resultados, así como del aumento de ciudadanos sin MdF asignado.

ARSLVT ha cumplido con los procesos administrativos de contratación y retención del personal médico, y se ha esforzado a lo largo del tiempo por mejorar estructuralmente los servicios de APS, con una notable labor realizada y una enorme inversión financiera en este ámbito. La mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales y la indulgencia de los servicios públicos han sido prioritarias, gracias a la capacidad de negociación con los municipios. Un ejemplo de ello fue el convenio de colaboración denominado “Programa Global de Modernización de Infraestructuras y Equipamientos de Atención Primaria en el Municipio de Lisboa 2017-2020 - Lisboa, Programa SNS *Mais Próximo*”, firmado entre ARSLVT y el Ayuntamiento de Lisboa el 14 de marzo de 2017. En virtud de este acuerdo, se adquirió el compromiso de estudiar la ubicación, diseñar y construir o adaptar edificios para la instalación de un total de 14 unidades sanitarias que proporcionaran las condiciones necesarias para el buen funcionamiento y la atención a la población. La mayoría de estas unidades se completaron en 2023. En el transcurso del citado convenio se construyó otra unidad de salud, denominada Unidad de Salud de Ribeira Nova, que se sumó a las 14 previstas. Por otro lado, se ha realizado una inversión muy importante en la creación de USF modelo B, su acreditación y la creación de UCC.

La atribución de los MdF a los ciudadanos registrados ha sido una bandera gubernamental que, como se ha demostrado, es difícil de alcanzar, con enormes repercusiones en muchos de los indicadores contratados. Esta situación se deriva





**Gráfico 1.** Proporción de pacientes con diabetes mellitus controlada y con última HbA1c inferior o igual al 8% y costo medio con terapia, en todos los ACES. ARSLVT, Portugal, 1º semestre/2023.

Fuente: Comisión de Farmacia y Terapéutica de la ARSLVT/Ministerio de Salud. Informe del primer semestre de 2023.

de la convergencia de varios factores: en primer lugar, la dificultad que el sector público está teniendo para contratar y retener a los profesionales sanitarios; en segundo lugar, hay regiones que tienen más capacidad para contratar y retener médicos que otras, por razones que aún no están bien identificadas, y lo mismo ocurre con algunas áreas geográficas dentro de la ARSLVT; también importa que el hecho de que haya USF que reciben incentivos y otras UF sin esta prerrogativa institucional y profesional hace que los ciudadanos se enfrenten a dos realidades discriminatorias en la misma red asistencial. Si, como afirma la ERS, disponer de un Mdf asignado aumenta las tasas de utilización de las consultas, es poco probable que los ciudadanos que no disponen de un Mdf asignado tengan aversión a las consultas y, por tanto, tengan que recurrir a las alternativas disponibles, incluidos los servicios de urgencias hospitalarios.

En el Reino Unido<sup>22</sup> descubrieron que las comunidades que combinan privaciones materiales, envejecimiento de la población y problemas de salud, así como aquellas en las que existe una mayor presión para transferir la atención hospitalaria a la comunidad y mayores barreras para el aprendizaje continuo y la progresión en la carre-

ra médica, suelen ser las menos atractivas para el personal médico. Recientemente, en Portugal, un estudio citado por el *diario Expresso*<sup>23</sup> reveló que “los empleos que ofrecen más autonomía y oportunidades de formación son ‘fuertemente preferidos’ por los médicos”.

La variación de las tasas de utilización de la consulta entre las ACES del ARSLVT muestra las dificultades de acceso, que deben evaluarse en función del contexto sociodemográfico. Se puede observar dónde hay más personas mayores que viven solas<sup>22</sup>, niños de hasta cinco años en familias monoparentales, desempleo y precariedad. En estos lugares, las bajas tasas de utilización de las consultas son especialmente importantes para los ciudadanos. Es el caso de las HCSAPS, un problema recurrente. En el Reino Unido<sup>23</sup> las HCSAPS condujeron a una estrategia de concesión de incentivos, por valor del 96% del salario, a los médicos que se ofrecieran voluntarios para reducir estas hospitalizaciones. Se llegó a la conclusión de que este proceso redujo la variabilidad de las prácticas de APS, mejoró el uso de historias clínicas electrónicas y aumentó las intervenciones de enfermería en actividades multidisciplinarias y en pacientes crónicos, pero no tuvo ningún impacto en la mortalidad. También se constató

que los ciudadanos mayores de 85 años, especialmente las mujeres, que vivían en zonas de mayor privación económica, social y ambiental, tendían a acudir más a urgencias, a pesar del proyecto de incentivos mencionado anteriormente.

También es importante señalar que, en el análisis realizado en este artículo sobre las tasas de utilización de las consultas médicas anuales, se constató que eran más elevadas en las zonas urbanas medias, lo que permite debatir la tendencia tradicional a afirmar que las zonas rurales son desiertos sanitarios. Parece que en el ARSLVT los lugares de mayor privación se encuentran en zonas predominantemente urbanas, y éstas también parecen tener tendencia a ser las menos atractivas para el personal sanitario.

El análisis de los datos sobre los cribados y los IRG de ACES nos remite a estudios<sup>24</sup> que han argumentado que el papel de los sistemas en la defensa de la salud de los ciudadanos es en realidad pequeño, ya que lo que defiende la salud está fuertemente relacionado con las condiciones en las que los ciudadanos nacen, crecen, trabajan y envejecen, como resultado de las condiciones estructurales y políticas de cada sociedad. De hecho, la ley inversa de la atención<sup>25</sup> establece que cuando la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, tiende a ser menos accesible para las poblaciones con mayores necesidades sanitarias. En cambio, cuando esta exposición es menor, los efectos de esta ley se atenúan. Esta parece ser una de las explicaciones del aumento de las desigualdades sanitarias que se está produciendo en el ARSLVT.

Sin desmerecer todo el trabajo realizado en ARSLVT, se reconoce que los programas de cribado no garantizaban los mejores efectos, a pesar de su arquitectura universalista. Algunos factores intermedios influyen en los objetivos deseados, como las circunstancias materiales de los ciudadanos, los factores psicosociales (apoyo social, por ejemplo), la receptividad a los mensajes preventivos, sobre todo entre los ciudadanos con condiciones socioeconómicas más bajas y con menos conocimientos sanitarios. Sin embargo, cuando vemos que las ACES cumplieron, de media, el 22,8% de lo contratado, y que el 0,8% de lo contratado se cumplió en una ACES y el 81,3% en otra, estamos ante una actividad que expone a los ciudadanos a desigualdades en el acceso a las medidas preventivas, que se suman a las que ya están expuestos en su vida cotidiana.

Esto significa que, además de las directrices clínicas sobre cribado, es necesario actuar sobre los niveles de adherencia. No se trata de centralizar las iniciativas y la coordinación del cribado.

Se necesitan acciones multifactoriales para aumentar la motivación, identificar los facilitadores y mitigar las barreras a la adherencia al cribado. A este respecto, los resultados muestran una mayor participación de las mujeres en el cribado del cáncer de mama y de cuello de útero, pero peores resultados en el cribado del cáncer de colon y de recto, para ambos sexos. Las cuestiones de género en términos de adherencia al cribado son bien conocidas<sup>26</sup>, y se sabe que la masculinidad tiene una gran influencia en la participación de los hombres.

Por otro lado, si la finalidad del IRG es garantizar el necesario equilibrio entre demanda y factibilidad, para propiciar ganancias en salud, así como premiar el esfuerzo, la mayor disponibilidad y calidad asistencial y el rendimiento, entonces la variabilidad de las propuestas de IRG a cada una de las ACES, en términos de contractualización, y los resultados obtenidos indican que estamos ante posibles necesidades de intervención dirigidas a mejorar el grado de cumplimiento de los indicadores en relación con el objetivo contractualizado y el grado ajustado de cumplimiento de los indicadores.

La diabetes es una enfermedad compleja cuyo tratamiento puede variar en función de las necesidades, recursos y preferencias del paciente. El tratamiento incluye opciones dietéticas adecuadas a la enfermedad y tratamientos y consultas adyuvantes, ya que la enfermedad tiene un impacto sistémico. En el Reino Unido<sup>27</sup>, una de cada 20 prescripciones realizadas por los MdF es para el tratamiento de pacientes diabéticos.

El gráfico incluido en el estudio demuestra la desigualdad de costes por paciente diabético y lo que ello implica para el presupuesto familiar, pero también la variabilidad entre las proporciones de pacientes diabéticos controlados y los costes asociados. Un estudio realizado en Canadá<sup>27</sup> pone de manifiesto la disparidad en el coste de la medicación para la DM entre las distintas provincias del país y sostiene que este gasto supone una parte importante del gasto de salud directo de los ciudadanos. También afirma que el gasto catastrófico en medicación para la diabetes superará el 3% de todo el gasto sanitario directo de cada familia. Dado que son las familias con menores ingresos las que suelen tener pacientes diabéticos<sup>28</sup>, aunque la política de copagos o reembolsos tiende a favorecer a este grupo de población, no les defiende de los costes inherentes al tratamiento de la DM. En estas circunstancias, un paciente diabético tiene que elegir entre lo que puede gastar para hacer frente a la enfermedad (a corto y largo plazo) y los demás gastos económicos del hogar.

### Limitaciones del estudio

Estudiar la contractualización en la APS es una tarea difícil, sobre todo porque no se puede controlar el número de variables que intervienen. No se trata de discutir los aspectos técnicos de la contractualización, sino sobre todo los valores y las cuestiones relacionales implicadas. Por esta razón, la elección de la metodología parece adecuada y fácil de reproducir. La principal limitación del estudio es la recogida de datos sobre las unidades de análisis, sobre todo a la hora de comparar los valores negociados en la contractualización y los resultados obtenidos.

Otra limitación es la falta de resultados de investigaciones en este ámbito. Si hubiera más investigaciones, se enriquecerían los fundamentos teóricos de este estudio y la pregunta de investigación.

### Conclusión

En un principio, la cuestión era si la contractualización podía contribuir a garantizar la equidad y un acceso adecuado a la atención sanitaria primaria. De lo analizado en este estudio se desprenden dos posibles respuestas. En primer lugar, la construcción del proceso de contractualización, tanto en lo que se refiere a los interlocutores como al marco conceptual y también a las métricas utilizadas, ha contribuido a la consolidación de una de las reformas más exitosas de la administración pública en el ámbito de la APS. Como parte de este proceso, se ha desarrollado un complejo sistema de información para responder a las necesidades del modelo en vigor.

En segundo lugar, a lo largo del estudio se ha constatado que la población sin MdF adscrita al ARSLVT va en aumento. Esto significa que cada vez más ciudadanos tienen que recurrir a otro modelo de atención, lo que agrava la desigualdad entre los que se benefician de un modelo de atención incentivado y los que sólo pueden acceder al modelo de atención tradicional. Una de las causas comúnmente citadas es la falta de personal médico. Sin embargo, la reforma de la APS, iniciada en 2005, presentó un nuevo modelo de organización, pero también de prestación de asistencia. Casi 20 años después de la reforma, sería el momento de proponer nuevos modelos de prestación de asistencia y de reorganizar las UF para responder a las necesidades de los ciudadanos en los albores de la Industria 4.0.

Durante el estudio, se señaló que los desiertos sanitarios ya no siempre corresponden a las

zonas geográficas más alejadas de los grandes centros urbanos. Estos desiertos se están produciendo y profundizando en el Área Metropolitana de Lisboa, en los barrios más desfavorecidos, que también concentran a las víctimas de la gentrificación, debido a la regeneración urbana y a la consiguiente especulación inmobiliaria, provocando así cambios en las dinámicas sociales y culturales. Además, existe el problema del acceso a los medicamentos para la DM. El aumento del gasto en medicamentos fue generalizado en todo el país en 2022, tanto en los hospitales como en la APS, y fue mayor en la ARSLVT (>100M€) que en las demás ARS.

También se ha observado que la introducción de los IRG no ha conseguido todavía que el rendimiento de las ACES alcance los valores contractualizados. Está claro que no se trata de normalizar el rendimiento, sino de lograr un mejor rendimiento en los ámbitos en los que la APS marca la diferencia. Sin entrar a debatir el aspecto técnico, sino sólo el relacional de la contractualización, se observa que ésta no ha sido la estrategia que ha contribuido a mejorar el acceso y la equidad, ya que parece existir una clara desconexión entre las fases de planificación estratégica y planificación estratégica situacional o local.

En la primera, las estrategias de contractualización se establecen para alcanzar objetivos a largo plazo, buscando una mejora sostenible del sistema de salud. En la segunda, especialmente útil en contextos de incertidumbre y rápida transformación, se analiza la realidad y la dinámica social. Se trata de analizar los determinantes de la salud (sociales, políticos, culturales, económicos) que influyen en la salud de la población local. En las ACES existe una realidad fragmentada, no sólo desde el punto de vista profesional, sino también desde el punto de vista poblacional. Esta dinámica requiere la intervención, que ya se hace sentir desde el periodo epidémico, de la comunidad organizada, las asociaciones de ciudadanos, los municipios y otras fuerzas activas de la comunidad.

### Colaboradores

BR Monteiro: metodología, recogida y análisis de datos, redacción de artículos. LAC Pisco: revisión crítica, validación de datos, conclusiones y recomendaciones.

## Referencias

- Portugal. Decreto-lei nº 52, de 4 de agosto de 2022. Aprova os Estatutos do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* 2022; 5 ago.
- Portugal. Decreto-lei nº 52, de 4 de agosto de 2022. Aprova os Estatutos do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* 2022; 5 ago.
- Portugal. Decreto-lei nº 254, de 29 de junho de 1982. Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS). *Diário da República*; 1982.
- Portugal. Decreto-lei nº 28, de 22 de fevereiro de 2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). *Diário da República*; 2008.
- Administração Central do Sistema Saúde. *Contratualização nos cuidados de saúde primários 2017 – Informação*. Março de 2017
- Administração Central do Sistema Saúde. *Termos de referência para a contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em 2016*. Março de 2016.
- Administração Central do Sistema Saúde. *Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017*. Novembro de 2016.
- Antunes E, Gonçalves JP, Santos MF, Alexandre M, Godinho P. *Contratualização em saúde - efetividade do sistema de incentivos*. 8º Congresso Internacional da Função Pública; 2011.
- Dimitrovová K, Perelman J, Serrano-Alarcón M. Effect of a national primary care reform on avoidable hospital admissions (2000-2015): A difference-in-difference analysis. *Soc Sci Med* 2020; 252:112908.
- Pereira AL, Ramalho A, Viana J, Hespagnol AP, Freitas A, Biscaia A. The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis. *Health Policy* 2021; 125(6):709-716.
- WHO Regional Office for Europe. *WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Geneva: WHO; 2011.
- World Health Organization (WHO). *European Observatory on Health Systems and Politics. Avaliação Externa Do Sistema De Saúde Portugêses*. Geneva: WHO; 2017. [Nota de Imprensa].
- Conselho das Finanças Públicas. *Evolução do desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021*. Junho de 2022.
- Entidade Reguladora da Saúde. *Informação de monitorização sobre Cuidados de Saúde Primários* [Internet]. 2023 [acessado 2023 nov 10]. Disponível em <https://ers.pt/pt/atividade/supervisaio/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-cuidados-de-saude-primarios/>.
- Yin RK. Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Serv Res* 1999; 34(5 Pt 2):1209-1224.
- Phillips WR, Sturgiss E, Glasziou P, Olde Hartman TC, Orkin AM, Prathivadi P, Reeve J, Russell GM, van Weel C. Improving the reporting of primary care research: consensus reporting items for studies in primary care - the CRISP Statement. *Ann Fam Med* 2023; 21(6):549-555.
- Instituto Nacional de Estatística. *Destaque Estimativas de população residente em Portugal 2022*. 15 de junho de 2023
- Portal do SNS [Internet]. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>.
- Instituto Nacional de Estatística. *Destaque Estimativas de população residente em Portugal 2022*. 15 de junho de 2023.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Versão Resumo*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2013.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019/2020*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2021.
- Curtis SE. Use of survey data and small area statistics to assess the link between individual morbidity and neighbourhood deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44(1):62-68.
- Santos AS. Médicos preferem formação a aumentos. *Jornal Expresso*. Primeiro Caderno. 16 de fevereiro de 2024.
- Grigoroglou C, Munford L, Webb R, Kapur N, Doran T, Ashcroft D, Kontopantelis E. Impact of a national primary care pay-for-performance scheme on ambulatory care sensitive hospital admissions: a small-area analysis in England. *BMJ Open* 2020; 10(9):e036046.
- Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297(7696):405-412.
- Mosquera I, Mendizabal N, Matín U, Bacigalupe A, Aldasoro E, Portillo I. Inequalities in participation in colorectal cancer screening programmes: a systematic review. *Eur J Public Health* 2020; 30(3):558-567.
- Stedman M, Lunt M, Livingston M, Fryer AA, Moreno G, Bailey S, Gadsby R, Heald A. The cost of drug prescriptions for diabetes in the NHS. *Lancet* 2019; 393(10168):226-227.
- Diabetes Canada. *Diabetes and Diabetes-Related Out-of-Pocket Costs: 2022 Update*. Ottawa: Diabetes Canada; 2023.

Artículo presentado en 27/02/2024

Aprobado en 10/04/2024

Versión final presentada en 12/04/2024

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