



LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

La atención primaria en Portugal



T. Sánchez-Sagrado*

Delegación Territorial de Sanidad y Bienestar Social, Segovia, España

Recibido el 11 de julio de 2017; aceptado el 12 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 27 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Sistemas sanitarios;
Portugal

Resumen La crisis económica y el deterioro del *Serviço Nacional de Saúde* portugués han obligado a numerosos profesionales a abandonar el país. El portugués es un sistema nacional de salud que nació en 1976 pero no ha sido capaz de proporcionar a los ciudadanos las ventajas en equidad, gratuidad y acceso de los sistemas nacionales de salud de su entorno.

El *Serviço Nacional de Saúde* está financiado con impuestos generales, aunque un 35% del total son ingresos privados. El presupuesto lo decide el ministro de sanidad y está basado en un sistema de financiación histórica y de capitación. Todos los ciudadanos portugueses e inmigrantes tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita, aunque existe copago en la consulta, pruebas diagnósticas, farmacia y urgencias. La provisión de servicios es regional y una mezcla pública y privada ocasionando fragmentación de servicios y desigualdades importantes. Los médicos son funcionarios. El salario está regulado y depende del número de años trabajados y las guardias realizadas. Las funciones médicas son similares a las de los profesionales españoles. El médico tiene función de *gatekeeper*, pero el sistema es imperfecto y los ciudadanos con atención privada tienen acceso directo a especializada. La formación especializada tiene un sistema parecido al *mir* y la formación continuada no está regulada. El sistema portugués lleva desde 1979 intentando transformarse en un sistema nacional de salud, pero no ha sido posible debido a la inestabilidad política, la fragmentación de servicios, una división poco clara de la atención pública y privada y la existencia de copago. Las desigualdades sanitarias son un problema importante a reconsiderar en un sistema nacional de salud.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary care;
Health systems;
Portugal

Primary care in Portugal

Abstract The economic crisis and deterioration of the Portuguese National Health service has forced professionals to leave the country. The Portuguese National Health System was introduced in 1976, but it has been unable to provide citizens with the social and health advantages of an equality of access and free national health system.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresa.sagrado@gmail.com

The Portuguese National Health System is financed by taxes. However, a 35% of its incomes are from private sources. The health minister decides the budget, and it is based on an historical financing plus a *per capita* system. Portuguese citizens and immigrants are entitled to free health care, but there is a co-payment for care, diagnostic, pharmacy, and emergency care. Health care provision is a mixture of public and private health care at a regional level. It leads to fragmentation of services and greater inequalities. Doctors are civil servants. Salary is regulated and it depends on seniority and on-call shifts. Primary care activities are similar to those of their Spanish counterparts. General practitioners have gatekeeper function, but the system is imperfect, and patients with private insurance get direct access to the specialist. Specialist training is similar to the training system in Spain. Continuing education is not regulated. The Portuguese Health System has been trying to become a national health system since 1979. Political instability, fragmentation of services, lack of clarity between public and private and co-payments are important constraints. Inequalities are an important problem to reconsider while discussing a national health system.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Un poco de historia del sistema de salud portugués

El sistema de salud portugués (*Serviço Nacional de Saúde* [SNS]) nace en 1979 como un sistema nacional de salud tipo Beveridge de los que ya hemos hablado con anterioridad^{1,2}. La Constitución Portuguesa de 1976 garantiza el derecho de los ciudadanos a los cuidados sanitarios «mediante la creación de un sistema de salud universal y gratuito»^{3,4}.

La primera Ley de Seguridad Social (SS) aparece en 1946 con la creación de «*Las Caixas de Previdência*» que proporcionan cuidados de salud a los trabajadores y sus dependientes y están financiadas con contribuciones de trabajadores y empleados.

En 1958 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia y, durante la década de los 60, se escribe la legislación que define la naturaleza y obligaciones asistenciales de los hospitales y el compromiso del Estado de co-financiar la instalación y funcionamiento de centros sanitarios.

La Revolución de los Claveles de abril de 1974 marca el comienzo de la modernidad del sistema sanitario portugués con la creación de un sistema universal de salud en 1979. El sistema de financiación es público —mediante impuestos— y el acceso es gratuito y universal. Después de 40 años, el desarrollo del SNS portugués sigue sometido a los vaivenes políticos y no ha conseguido aún una identidad propia. Actualmente nos encontramos con un SNS fragmentado, donde las desigualdades regionales son un problema, la segmentación de servicios es la norma y el estado de salud de sus habitantes no está entre los primeros de Europa³⁻⁶.

La atención primaria dentro del sistema sanitario: financiación, provisión de servicios, cobertura. . .

El gasto sanitario de Portugal en 2014 representó el 9,5% del producto interior bruto, más que en España o Reino Unido. A pesar de ello, un 35% de la financiación es privada mediante copagos y pagos directos en laboratorio, farmacia, visitas

a especialistas, generalistas y urgencias; el resto proviene de impuestos directos e indirectos regresivos. El ministro de sanidad decide el presupuesto sanitario total que se basa en un sistema de financiación histórico (92%) y de capitación ajustado por demografía y enfermedad (8%). En 2014, el gasto sanitario *per cápita* fue de 2.689,9 \$ y la media en la Unión Europea (UE) 3.379 \$. En 2012 Portugal era uno de los países con mayores desigualdades en la UE^{3,5,7}.

La provisión de servicios en AP se realiza mediante los *Agrupamentos de Centros de Saúde* (ACE), a cargo de un director ejecutivo que coordina las distintas unidades en las que se dividen. Los ACEs son el equivalente a nuestras áreas de salud. Están divididos en *Unidades de Saúde Familiar* (USF), *Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados* (UCSP) que se corresponden con nuestros centros de salud, *Unidades de Cuidados na Comunidades* (UCC) —nuestros hospitales de día—, *Unidades de Saúde Pública* (UPS) y *Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados* (URAP). Este último dispositivo reúne a fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, etc. Los ACE disponen de varias USF y UCSP. Hay que señalar que la provisión de servicios de AP es una mezcla complicada de atención pública y privada^{3-6,8}.

La cobertura es universal desde 1979 y también para inmigrantes, con o sin papeles, desde 2001. La cartera de servicios proporciona asistencia básica en AP y atención especializada (AE). Los tratamientos dentales, la hemodiálisis, las pruebas diagnósticas, etc., los realizan proveedores privados. El copago existe para las consultas (4,5 € para AP y 7 € para AE), el acceso a urgencias (14 € en AP y 18 € en hospital), las visitas a domicilio y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con un techo de 40 €/episodio, pero sin techo anual como sucedía en Suecia¹. El 60% de la población, unos 6,1 millones, está exenta de pago: menores de 18 años, desempleados, embarazadas, donantes de médula y sangre, personas por debajo de un umbral específico de ingresos, bomberos, etc. En farmacia el copago depende del valor terapéutico del medicamento. Los pensionistas no están exentos, aunque tienen un aporte reducido y las personas con enfermedades crónicas no pagan fármacos específicos. Aunque no está contabilizado, por razones

obvias, en Portugal también existen los *Informal payments* (pagos no declarados a personal sanitario)^{3,5,7,8}.

La figura del médico de atención primaria

Los médicos generalistas son la puerta de entrada al sistema (función de *gatekeeper*) como en España y Reino Unido². Las citas con especializada y el acceso a urgencias están fuertemente reguladas, no obstante el mecanismo es muy imperfecto. Los ciudadanos con cobertura privada acceden a especializada directamente y existe un claro abuso de la demanda de servicios de urgencias hospitalarios^{3,5}. Los pacientes tienen derecho a elegir el médico siempre y cuando esté situado en su zona geográfica de residencia. No es obligatorio registrarse con un profesional, y en algunos casos, los pacientes están en una lista de espera porque no hay profesionales suficientes en la zona. Se puede cambiar de médico, siempre que se quiera, previa solicitud al director ejecutivo de los servicios centrales y explicando las razones del cambio. El derecho a la elección de hospital depende de las listas de espera y de determinadas condiciones médicas. El cupo medio es de 1.500-1.900 pacientes/profesional^{3,5,7-9}.

Los médicos son funcionarios que trabajan en equipos en USF o UCSP en locales reubicados en antiguos edificios, lo que hace que sean poco funcionales y no adecuados. El número de médicos está por encima de la media de la EU, pero están mal distribuidos porque no existe regulación geográfica^{3,5,7,8}.

El salario de un médico es la suma de una cuota fija por categoría profesional y años de servicio además de otras cantidades específicas asignadas por productividad. La jornada laboral se aumentó de 35 a 40 h semanales debido a la crisis y es jornada partida. Existen distintas modalidades de trabajo: asalariado a tiempo completo con exclusividad, sin exclusividad o jornada parcial. Aproximadamente la mitad de los profesionales tienen consultas privadas y no existe una línea clara de separación entre el trabajo para el sistema público o privado. El sueldo bruto mensual de un profesional oscila entre 5.043,40 € de un especialista y 1.931,20 € de un residente. Las guardias son el mecanismo para incrementar el sueldo y pueden llegar a representar el 30% del mismo^{4,7,9}.

Las funciones del médico de AP en las UFS son similares a las españolas: atención a la mujer y a la embarazada, al niño, vacunación, manejo de enfermedades crónicas, seguimiento de incapacidad laboral, *screening*, etc. En este tipo de centros, los profesionales obtienen un incentivo económico por objetivos cumplidos. También realizan funciones de salud pública, debido al déficit de estos profesionales, tales como la vigilancia de la calidad del agua, de la contaminación atmosférica, las inspecciones de trabajo, edificios, etc.^{4,7-9}.

La atención continuada se realiza en el centro médico mediante el teléfono 118 desde las 16:00 a las 22:00 h todos los días y los sábados de 14:00 a 22:00 h en todo el país. Las horas de guardia se pagan entre 25-60 €/h^{3,7,8}.

El uso de ordenadores en las consultas es mínimo, aunque las interconsultas se realizan a través de soportes informáticos. La historia clínica electrónica y el intercambio de información electrónica entre profesionales han experimentado un retroceso desde 2010^{3,4,7,8}.

Atención primaria y atención especializada. Coordinación, urgencias,...

Ya hemos comentado que los médicos de AP son la puerta de entrada a AE y a urgencias, aunque los ciudadanos con seguros privados pueden acceder sin restricción. Uno de los graves problemas del sistema es el abuso de las urgencias hospitalarias para resolver problemas menores debido a la falta de coordinación entre niveles asistenciales y el pobre funcionamiento de *gatekeeper* de los médicos de AP^{3-5,7-9}.

La formación de los médicos

En Portugal han existido *numerus clausus* para acceder a la formación de medicina en los últimos 40 años. El título de medicina, desde el Plan Bolonia, se obtiene después de cursar 6 años de carrera y realizar un máster. Una vez conseguido el título los profesionales se presentan a un concurso nacional para acceder a la especialidad. La administración central y la asociación médica portuguesa deciden el número de plazas de formación de especialistas y otorgan los títulos correspondientes. Existe un examen de entrada a la especialidad (similar al mir). Aprobar el examen da derecho a un periodo de entrenamiento —*Ano comun*— que se divide en un periodo de 3 meses en AP y salud pública y 9 meses en AE. Finalizado el periodo común, se elige la especialidad en función del número obtenido en el examen. El periodo formativo de medicina de familia es de 4 años. Al final del mismo, un examen práctico y otro teórico da una nota media que permite acceder a los concursos públicos de personal del SNS que proporcionan contratos indefinidos. Para trabajar, todos los profesionales pertenecen a la *Ordem dos Médicos* (Colegio de médicos) y tienen que poseer el título de especialista^{3-5,7-9}.

No existe ningún programa en marcha de revalidación de profesionales y la formación continuada no es obligatoria, sin embargo, los profesionales tienen unos 15 días para la asistencia a cursos y congresos. La formación continuada más común son las sesiones clínicas y las reuniones en distintos servicios⁵.

Los otros profesionales

Las enfermeras, los administrativos y los técnicos, los fisioterapeutas, el servicio de radiología y el laboratorio, etc. forman parte de las USF y UCSP. Las enfermeras tienen estatus de funcionario y los administrativos y los técnicos no. Estos últimos están muy mal pagados.

Hay centros que poseen especialistas: salud mental, psiquiatría, pediatría, ginecología y cirugía. Esta oferta intenta, por un lado, acercar los especialistas al ciudadano y por otro, disminuir el uso inadecuado de dispositivos de AE^{3,9}.

Conclusiones

El sistema sanitario portugués está clasificado como un sistema nacional de salud en la Constitución de 1974. Está financiado con impuestos, y aunque la cobertura es nacio-

nal se caracteriza por la desigualdad. La regionalización, al igual que en España, conlleva desigualdades importantes entre zonas rurales y urbanas y entre los ciudadanos dependiendo de su nivel de ingresos y su trabajo. La fragmentación de los cuidados sanitarios es consecuencia de una mala organización y la falta de continuidad de una política sanitaria. Los médicos son funcionarios públicos, aunque su trabajo se mezcla con la asistencia privada, y a pesar de que el PBI destinado a sanidad es mayor que en España e Italia la esperanza de vida de los portugueses no es de las más elevadas^{3,4,6}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sánchez-Sagrado T. La Atención Primaria en Suecia. [consultado 3 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-suecia-S1138-3593\(15\)00336-6](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-suecia-S1138-3593(15)00336-6)
2. Sánchez-Sagrado T. La Atención Primaria en el Reino Unido [consultado 3 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-el-reino-S1138-3593\(15\)00297-X](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-el-reino-S1138-3593(15)00297-X)
3. Pita Barros P, et al. Health Systems in Transition 2011 [consultado 13 Mar 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf?ua=1
4. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Volume II [consultado 6 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies>
5. Duarte Oliveira M, Gouveia Pinto C. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Econ.* 2005;14 Suppl 1:S203–20.
6. Barbosa P, Ramos V, Escoval A. Atención Primaria a la salud en Portugal-experiencias y desafíos. [consultado 7 Jul 2017]. Disponible en: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-Portugal_esp.pdf
7. De Almeida S, Figueiredo AG, Fronteira I, Hernández Quevedo C. Health Systems in Transition 2017 [consultado 3 Jul 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf?ua=1
8. Rubín Barrenechea A. Ser médico de familia en... 7. Portugal: AMF; 2011. p. 524–6.
9. Casajuana J, Gervás J. La renovación de la Atención Primaria desde la Consulta. 1.^a ed. Madrid: Springer-Healthcare Ibérica; 2002.