



TESIS DOCTORAL

“Unidades Locais de Saúde em Portugal – A perceção e a realidade de um modelo organizacional”

“Unidades Locales de Salud en Portugal – Percepción y realidad de un modelo organizativo”

Don João Ricardo Miranda da Cruz

Programa de Doctorado en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias

Tutora: Dra. Susana Rodríguez Escanciano

Directoras: Dra. Susana Rodríguez Escanciano

Dra. Anabelén Casares Marcos

Dra. Helena Pimentel

León, 2020

“Em cada bloco de mármore vejo uma estátua;
vejo-a tão claramente como se estivesse na minha frente,
moldada e perfeita na pose e no efeito.
Tenho apenas de desbastar as paredes brutas que aprisionam a adorável aparição para
revelá-la a outros olhos como os meus já a vêem.”

Michelangelo Buonarroti (1475- 1564)

AGRADECIMENTOS

Os objetivos e ambições norteiam os nossos dias, a certeza de que o presente é a construção do futuro. Desenho, traçando as noções reais no envolvimento de muitos sacrifícios, nostalgia, decepções, amargura e privação. Mas descobrimos em nós mesmos, quando executamos tais movimentos, que são compostos de prazer e, fundamentalmente, entendemos a razão dos nossos sonhos. Ao evoluir e alcançar, esse caminho perderia o sentido se fosse percorrido por um e com apenas uma alma.

É daí que surge a nobreza do fato, a ti mano, que compartilhamos o mesmo sangue, és a minha família, enobrecido pela tua existência, por toda cumplicidade e serenidade de muitos momentos. Obrigado mano.

À minha avó que está no céu, que permanece eternamente no meu coração, e zela por mim constantemente.

À minha namorada Telma que soube, no seu silêncio, dar-me alento, cúmplice das minhas ausências, pela sua atenção detalhada esbocou muito da vitalidade e tenacidade que necessitei.

À professora Helena Pimentel, um sentimento de respeito e admiração, pelos seus conselhos, pela sua dedicação e em todas as circunstâncias um permanente zelo. Beber de seu vasto conhecimento foi um enriquecimento e um privilégio.

À Professora Susana e Ana Belén pela sua disponibilidade constante, o seu ânimo e amparo incondicional que me dedicaram ao longo de todo este percurso., o meu reconhecimento e o meu muito obrigado.

Aos meus restritos amigos e amigas, que são um manancial de conforto e constante estima, grato pelo enobrecimento da vossa amizade.

A todas as instituições e pessoas que me acolheram, tornando este trabalho possível, o meu muito obrigado.

RESUMO

A integração de cuidados de saúde reside essencialmente no pressuposto de que uma prestação com melhores níveis de integração de cuidados permitirá alcançar melhores níveis de desempenho por parte das organizações e sistemas de saúde. Acredita-se, que as iniciativas de integração de cuidados de saúde possam constituir uma resposta mais adequada aos novos desafios colocados pela evolução das características da oferta e da procura do mercado da saúde. A organização de cuidados em unidades locais de saúde (ULS) concretiza a integração de cuidados de natureza vertical, reunindo numa única entidade e sob a alçada da mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Assim as ULS são um modelo organizacional com vista a aumentar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de proximidade, melhorar os padrões de qualidade, otimizar a capacidade instalada, promover a satisfação dos utentes e almejar ganhos económicos e ganhos em saúde.

Objetivos: Este estudo de investigação tem o objetivo geral de analisar o modelo organizacional das ULS e os ganhos em saúde decorrentes da integração dos diferentes níveis de cuidados. Tem como objetivos específicos compreender os processos de integração de cuidados de saúde e fatores envolvidos, analisar a integração de cuidados de saúde em Portugal e um conjunto de indicadores de qualidade e eficiência decorrentes da integração dos cuidados que permitam avaliar e questionar o modelo organizacional das ULS.

Material e métodos: Estudo qualitativo e exploratório. As ULS que integram o estudo são 5 das 8 ao nível do território Português (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco e ULS Nordeste) de matrizes distintas tanto sociodemográficas como geográficas. Duas fontes importantes de dados foram os organismos do sistema de saúde português: a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Os dados foram solicitados pelo investigador, à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) sobre o número de reclamações e

motivos dessas reclamações em cada ULS estudada, no período de 2015 a 2018. À ACSS, reportando o mesmo período de 2015 a 2018, foi solicitado um conjunto de dados sobre o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro.

Em relação à segunda fonte de dados recorreu-se a entrevistas estruturadas com informadores privilegiados, entre os elementos que constituem os conselhos de administração das ULS em estudo: presidentes dos conselhos de administração (4), vogal do conselho de administração (1), diretora clínica para a área hospitalar (1), diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários (1) e diretor de enfermagem (1).

O guião da entrevista foi estruturado por 8 dimensões: dimensão I - modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão; dimensão II - modelo de financiamento; dimensão III - sistemas de informação; dimensão IV - gestão dos recursos humanos e materiais. Satisfação dos profissionais de saúde; dimensão V - dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados; dimensão VI - responsabilização do Conselho de Administração/integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais); dimensão VII - criação/transferência de conhecimentos; dimensão VIII - as ULS constituem um modelo de futuro.

Resultados: Pela análise dos resultados da ACSS e da ERS parece haver evidência de que o modelo organizativo em ULS não veio trazer o valor acrescentado ao Serviço Nacional de Saúde que teoricamente este modelo de governação poderia produzir.

Constatou-se, assim, respeitante ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde que houve um agravamento nos tempos médios de espera para marcação de primeiras consultas de especialidade, de 2015 a 2018, excetuando a ULS de Castelo Branco que registou um decréscimo no número de dias, embora muito diminuto (ano de 2015 107,9 dias; ano de 2018 105,5 dias), podendo considerar-se residual a evolução. A ULS do Nordeste e a ULS da Guarda foram as ULS que mais aumentaram os tempos médios de espera, concretamente a ULS

do Nordeste registou um agravamento de 40 dias, num período de 4 anos, e a ULS da Guarda um aumento de 83 dias. No que concerne à qualidade dos cuidados, constata-se que, no período de 2015 a 2018, houve um aumento do número de reclamações submetidas à ERS respeitante a 4 ULS, mais especificamente a ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco, ULS de Matosinhos e ULS do Nordeste. A ULS Matosinhos registou um aumento exponencial (em 2015 apresentava um valor que se cifrava em 920 reclamações; em 2018 o número cifra-se em 1663 reclamações). A exceção foi a ULS do Alto Minho que seguiu uma trajetória descendente relativamente ao número de reclamações (933 no ano de 2015 e 635 em 2018). Relativamente ao assunto mais focado nas reclamações diz respeito à “focalização no utente”, em que a sua matriz foca o grau de humanização dos serviços, abarcando práticas diárias, procedimentos internos, direitos dos utentes, publicidade institucional e relações interpessoais. Quanto à eficiência produtiva um dado é transversal o aumento do tempo médio de internamento em todas as ULS, oscilando apenas a dimensão desse aumento no número de dias. Focando os dados relativos ao número de urgências, na globalidade das ULS, no período temporal em análise (2015-2018), constata-se que os episódios de urgência foram aumentando progressivamente, em todas as ULS em estudo. Em relação ao número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório em proporção com o número total de cirurgias, em todas as 5 ULS, constata-se que essa proporção é praticamente constante ao longo do intervalo de tempo (2015-2018), sendo essa proporção significativamente inferior a 1/3, em que 1 corresponde ao número de cirurgias realizadas em regime ambulatório e 3 ao número total de cirurgias. No que concerne à eficiência produtiva da realização total de consultas, os resultados são diferentes, entre as 5 ULS em estudo. Duas ULS ampliaram a sua capacidade produtiva, registando um aumento do número de consultas efetuadas, a ULS de Matosinhos e a ULS do Alto Minho. As restantes 3 ULS, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco e ULS do Nordeste, tiveram um decréscimo no número total de consultas. No âmbito do desempenho económico-financeiro analisa-se o prazo médio de pagamento (PMP) a fornecedores. No ano de 2018, 4 ULS têm valores médios de pagamento aos fornecedores muito próximos, que incluem a ULS da Guarda, a ULS

de Matosinhos, a ULS do Alto Minho e a ULS do Nordeste. Numa perspetiva temporal, de 2016 a 2018, apenas uma das 5 ULS aumentou o tempo médio de pagamento a fornecedores, mais concretamente a ULS do Alto Minho, situando-se esse aumento em 32 dias. As restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos e ULS do Nordeste assinalaram um decréscimo no número de dias no prazo médio de pagamento aos fornecedores. Quanto aos custos operacionais com recursos humanos todas as ULS apresentam um aumento deste indicador de desempenho económico-financeiro. Contudo o ritmo de crescimento com os custos operacionais com recursos humanos não é homogéneo dentro do universo das ULS em análise, em que a ULS do Alto Minho foi a que registou maior acréscimo, enquanto a ULS de Castelo Branco foi a que registou menor acréscimo com a despesa de pessoal. Examinando os custos relativos a medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento, 4 das 5 ULS em estudo, exclui-se a ULS da Guarda por insuficiência de dados, todas as ULS apresentam um aumento progressivo, no decurso do quadriénio em estudo, deste indicador de desempenho económico-financeiro, em contraciclo ao que a literatura sugere.

Da realização das entrevistas, ao conjunto dos 8 entrevistados, são muitas e relevantes as informações que se extraem.

Conclusão: Pela análise dos resultados da ACSS e da ERS que nos facultam dados objetivos que abarcam as dimensões correspondentes ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, à qualidade dos cuidados, à eficiência produtiva e ao desempenho económico-financeiro, parece haver evidência de que o modelo organizativo em ULS não veio trazer o valor acrescentado ao SNS que teoricamente este modelo de governação previa.

Da interpretação do número de médicos especialistas nos Cuidados de Saúde Primários, conclui-se que globalmente tem estagnado, no quadriénio em análise, o que presume prejuízos para população na promoção, prevenção e manutenção da sua saúde, e como consequência dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

O tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade viu o sem tempo agravado, na globalidade das ULS em estudo. Importa, por isso, destacar que este resultado da análise temporal, 2015-2018, pode revelar um problema de acesso dentro das ULS, podendo este modelo não estar a dar resposta mais eficiente no que diz respeito às primeiras consultas por especialidade. As causas podem ser de várias ordens, podendo este resultado ficar a dever-se não ao modelo de gestão integrada em si mesmo, mas à sua incompleta integração ao nível organizativo, administrativo e clínico.

A nível da qualidade dos cuidados o número de reclamações, no período de 2015 a 2018, submetidas à ERS aumentou na globalidade das ULS objeto deste estudo.

Conclui-se dos dados referentes ao tempo médio de estadia em internamento um aumento do tempo médio de internamento em todas as ULS, oscilando apenas a dimensão desse aumento no número de dias. Esta conclusão sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação das ULS não se estão a refletir numa redução do tempo de internamento das populações que servem, sugerindo a necessidade de uma maior integração e interligação entre os profissionais dos vários níveis de cuidados, tendente a um melhor acompanhamento e monitorização do estado da saúde dos seus utentes.

Respeitante aos dados relativos ao número de urgências realizados na globalidade das ULS, no período temporal em análise (2015-2018), conclui-se que os episódios de urgências foram aumentando progressivamente, em todas as ULS em estudo, sendo exetável, que este modelo de integração vertical de cuidados apresentasse uma notória descida do número de episódios de urgência resultante da dinâmica de interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Estes dados, constituem mais um contributo, para a conclusão de que a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados é deficitária ou incompleta.

Conclui-se que na dinâmica económico-financeira, os custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento aumentaram no decurso do quadriénio em estudo, indo colidir com a premissa de que a integração vertical dos cuidados de saúde permite a criação de uma estrutura ampliada com maior poder de intervenção no mercado, criando economias de escala, reduzindo o preço de muitos produtos consumíveis, como por exemplo a área do medicamento, na justa medida em que representa um dos maiores mananciais de consumo e potencial diminuição de preços, decorrente da compra de grandes volumes junto da indústria farmacêutica.

Contudo é indispensável, aduzir a todas as conclusões anteriormente apresentadas que os resultados em análise, objeto de inferências, não apresentam uma tendência definida nem definitiva, tal como não podem ser extrapolados para instituições e períodos temporais não contemplados na análise.

Já no que diz respeito à análise das entrevistas das vantagens óbvias deste modelo de integração, conclui-se que são a unificação dos órgãos de gestão dos vários níveis de cuidados e a integração vertical desses mesmos níveis, revertendo essa mais-valia a nível funcional direto e de estrutura. Aporta logo vantagens no domínio económico, mas também um conhecimento que se pode denominar por eclético, um conhecimento global de toda a população do distrito que serve. Contudo salienta-se, que não são só vantagens, de destacar apontado por todos os entrevistados o problema que se prende com a articulação funcional. Conclui-se também que a economia de escala, constitui-se como maior ganho na integração vertical de cuidados. No que concerne ao modelo de financiamento conclui-se, indubitavelmente, que está longe de ser o adequado, por manifesto subfinanciamento, em que nalgumas ULS é ainda exacerbado pelas variáveis de contexto, como a dispersão geográfica, por exemplo. Pode também concluir-se que os sistemas de informação numa perspetiva de partilha pelos vários níveis de integração da prestação de cuidados, foi a área em que mais se desenvolveu, embora não tão desejável como o expetável. Outra conclusão que se deduz é a mais-valia evidente que

a integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais do concelho), constitui significativa importância a inclusão de um vogal que representa os municípios no Conselho de Administração. Visando dar maior empoderamento ao utente/doente no que respeita à gestão da sua saúde/doença, conclui-se que este é o modelo que serve de base concretamente para incrementar esse propósito, porque este modelo é aquele que permite, sem ínfima dúvida, ter o doente no centro do sistema.

Em relação à dinâmica gestão/integração/interligação dos vários níveis de prestadores de cuidados, apurou-se a dificuldade de operacionalizar essa gestão, essa interligação, redundando muitas das dificuldades nos entraves protagonizados pelos próprios profissionais que constituem as ULS, de simples atos administrativos, até ao sentimento de pertença apenas à unidade em que trabalha e não um sentimento com uma perspetiva macro, ou seja, sentir-se um profissional que desempenha funções numa entidade que aglutina várias unidades.

As ULS constituem-se como um modelo organizativo e administrativo com perspetivas de se consolidarem, embora haja relutância que se ampara no que os vários intervenientes que gizam e determinam o seu futuro, exemplo Ministério da Saúde, ambicionem na definição deste modelo de governação em saúde.

Palavras-chave: Integração vertical em saúde; Unidade local de saúde; ganhos em saúde; qualidade dos cuidados; eficiência produtiva; desempenho económico-financeiro.

ABSTRACT

The integration of health care essentially resides on the assumption that a service with better levels of integration of care will allow to achieve better levels of performance by organizations and health systems. It is believed that health care integration initiatives may constitute a more adequate response to the new challenges posed by the evolution of the characteristics of supply and demand in the health market. The organization of care in local health units (ULS) realizes the integration of care of a vertical nature, bringing together in a single entity and under the responsibility of the same management, different levels of care. Thus, local health units are an organizational model with a view to increasing access to health services, especially those of proximity, improving quality standards, optimizing installed capacity, promoting user satisfaction and aiming for economic gains and health gains.

Objectives: This research study has the general objective of analyzing the organizational model of ULS and the health gains resulting from the integration of care. Its specific objectives are to understand the health care integration processes and factors involved, analyze the integration of health care in Portugal and a set of quality and efficiency indicators resulting from the integration of care that allow to evaluate and question the ULS organizational model.

Material and methods: Qualitative and exploratory study. The ULS that are part of the study are 5 of the 8 at the level of the Portuguese territory (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco and ULS Nordeste) with different sociodemographic and geographical matrices. Two important sources of data were the bodies of the Portuguese health system: the Health Regulatory Entity (ERS) and the Central Administration of the Health System (ACSS). The data were requested by the researcher, the Health Regulatory Authority (ERS) on the number of complaints and reasons for these complaints in each ULS studied, in the period from 2015 to 2018. ACSS, reporting the same period from 2015 to 2018, was requested a set of data on citizens' access to health care, productive efficiency and economic and financial performance.

Structured interviews with privileged informants were used, among the elements that make up the ULS boards of directors under study: presidents of boards of directors (4), member of the board of directors (1), clinical director for the hospital area (1), clinical director for the area of primary health care (1) and director of nursing (1).

With the interview guide structured by 8 dimensions: dimension I - ULS organizational model and impacts of its management dynamics; dimension II - financing model; dimension III - information systems; dimension IV - management of human and material resources. Satisfaction of health professionals; dimension V - dynamic management / integration / interconnection at the various levels of care providers; dimension VI - accountability of the Board of Directors / integration of local stakeholders (municipalities and social networks); dimension VII - knowledge creation / transfer; dimension VIII - ULS are a model for the future.

Results: By analyzing the results of ACSS and ERS, there seems to be evidence that the organizational model in ULS did not bring the added value to the National Health Service that this governance model theoretically produces. Thus, regarding the access of citizens to health care, there was a worsening in the average waiting times for scheduling the first specialty consultations, from 2015 to 2018, except for the ULS of Castelo Branco, which registered a decrease in the number days, although very small (2015 107.9 days; 2018 105.5 days), evolution can be considered residual. ULS do Nordeste and ULS da Guarda were the ULS that most increased the average waiting times, specifically ULS do Nordeste recorded an increase of 40 days over a period of 4 years, and ULS da Guarda increased by 83 days. Regarding the quality of care, it appears that, in the period from 2015 to 2018, there was an increase in the number of complaints submitted to the ERS regarding 4 ULS, more specifically the ULS of Guarda, ULS of Castelo Branco, ULS of Matosinhos and ULS do Nordeste. ULS Matosinhos registered an exponential increase (in 2015 it presented a figure that was 920 complaints; in 2018 the number is 1663 complaints). The exception was the ULS of Alto Minho, which followed a downward

trend in terms of the number of complaints (933 in 2015 and 635 in 2018). Regarding the subject most focused on complaints, it concerns “user focus”, in which its matrix understands the issues that focus on the degree of humanization of services, covering daily practices, internal procedures, user rights, advertising and interpersonal relationships. As for the productive efficiency, a given is transversal to the increase in the average length of stay in all ULS, with only the dimension of this increase in the number of days oscillating. Focusing on data on the number of urgencies, overall of the ULS, in the time period under analysis (2015-2018), it appears that the episodes of urgency were progressively increasing in all the ULS under study. Regarding the number of surgeries performed on an outpatient basis in proportion to the total number of surgeries, in all 5 ULS, it appears that this proportion is practically constant over the time interval (2015-2018), this proportion being significantly less than 1/3, where 1 corresponds to the number of surgeries performed on an outpatient basis and 3 considers the total number of surgeries. Regarding the productive efficiency of total consultations, the results are different among the 5 ULS that this study aims at. Two ULS expanded their productive capacity, registering an increase in the number of consultations, ULS de Matosinhos and ULS do Alto Minho. The remaining 3 ULS, ULS da Guarda, ULS of Castelo Branco and ULS do Nordeste, had a decrease in the total number of consultations. In terms of economic and financial performance, the average payment term (PMP) to suppliers is analyzed. In 2018, 4 ULS have average values of payment to suppliers very close, which include ULS da Guarda, ULS de Matosinhos, ULS do Alto Minho and ULS do Nordeste. In a time perspective, from 2016 to 2018, only one of the 5 ULS increased the average payment time to suppliers, more specifically the ULS of Alto Minho, with this increase standing at 32 days. The remaining ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos and ULS do Nordeste showed a decrease in the number of days in the average payment period to suppliers. As for the operational costs with human resources, all ULS have an increase in this economic and financial performance indicator. However, the pace of growth with operating costs with human resources is not homogeneous within the ULS universe under analysis, in which the ULS of Alto Minho

was the one that registered the greatest increase, while the ULS of Castelo Branco was the one that registered the least increase with personnel expense. Examining the costs related to medicines and pharmaceuticals consumed in hospital, 4 of the 5 ULS under study, excludes the ULS of Guarda due to insufficient data, all ULS show a progressive increase in the course of the four-year period under study, of this indicator of economic and financial performance, in contrast to what the literature suggests. From the interviews, to the group of 8 interviewees, there are many and relevant information's.

Conclusion: By analyzing the results of the ACSS and the ERS that provide us with objective data that encompass the dimensions corresponding to citizens' access to health care, quality of care, productive efficiency and economic and financial performance, there seems to be evidence that the model organization in ULS did not bring the added value to the SNS that this governance model theoretically produces. From the interpretation of the number of specialist physicians in Primary Health Care, it can be concluded that globally it has stagnated, in the four-year period under analysis, which presumes losses for the population in promoting, preventing and maintaining their health, and as a consequence, difficulty in accessing health care. The average waiting time for scheduling and conducting an external specialty consultation saw the lack of time aggravated in the overall ULS under study. Therefore, it is important to highlight that this result of the temporal analysis, 2015-2018, may reveal an access problem within the ULS, and this model may not be providing a more efficient response with regard to the first consultations by specialty. The causes they can be of various orders, and this result may be due not to the integrated management model itself, but to its incomplete integration. In terms of quality of care, the number of complaints, in the period from 2015 to 2018, submitted to the ERS increased in the whole of the ULS that is the object of this study. It is concluded from the data referring to the average length of stay in hospital, an increase in the average length of stay in all ULS, oscillating only the dimension of this increase in the number of days. This conclusion suggests that the eventual gains in terms of coordination between primary and hospital health care

provided by the creation of ULS are not being reflected in a reduction in the length of stay of the populations they serve, suggesting the need for greater integration and interconnection between professionals at various levels of care, with a view to better monitoring and monitoring the health status of its users. Regarding the data related to the number of emergencies performed in the totality of the ULS, in the time period under analysis (2015-2018), it is concluded that the episodes of emergencies were progressively increasing, in all the ULS under study, and it is expected that this model vertical integration of care presented a notable decrease in the number of episodes of urgency resulting from the dynamics of interconnection between primary and hospital health care. These data are another contribution to the conclusion that coordination between the different levels of care is lacking or incomplete. It is concluded that in the economic-financial dynamics, the costs with medicines and pharmaceutical products consumed in hospital increased during the four-year period under study, going against the premise that the vertical integration of health care allows the creation of an expanded structure with greater power of intervention in the market, creating economies of scale, reducing the price of many consumable products, such as the medicine area, to the extent that it represents one of the largest sources of consumption and potential price reduction, resulting from the purchase volumes with the pharmaceutical industry.

However, it is essential to add to all the conclusions previously presented, that the results under analysis, object of inferences, do not present a definite and definitive trend, just as they cannot be extrapolated to institutions and time periods not covered. From the obvious advantages of this integration model, it is concluded that they are the unification of the management bodies of the various levels of care and the vertical integration of these same levels, reversing this added value at the direct functional and structural level. It therefore brings advantages in the economic domain, but also knowledge that can be called eclectic, a global knowledge of the entire population of the district it serves. However, it should be noted that there are not only advantages, a

problem is related to the functional articulation. It is also concluded that the economy of scale is the biggest gain in the vertical integration of care. Regarding the financing model, it is undoubtedly concluded that it is far from adequate, due to manifest underfunding, in which in some ULS it is still exacerbated by the context variables, such as geographical dispersion, for example. It can also be concluded that information systems in a perspective of sharing across the various levels of integration of care provision, was the area in which it developed the most, although not as desirable as expected. Another conclusion that can be deduced is the evident added value that the integration of local stakeholders (municipalities and social networks in the municipality), constitutes significant importance the inclusion of a vowel that represents the municipalities in the CA. In order to give greater empowerment to the user / patient with regard to the management of their health / disease, it is concluded that this is the model that serves as a concrete basis to enhance this purpose, because this model is one that allows, without a doubt, to have the patient in the center of the system. In relation to the dynamic management / integration / interconnection of the various levels of care providers, it was found the difficulty of operationalizing this management, this interconnection, resulting in many of the difficulties in the obstacles carried out by the professionals that constitute the ULS, from simple administrative acts , up to the feeling of belonging only to the unit in which you work and not a feeling with a macro perspective, that is, feeling like a professional who performs functions in an entity that brings together several units.

The ULS constitute an organizational and administrative model with perspectives to consolidate, although there is a reluctance based on what the various actors that shape and determine their future, example Ministry of Health, aim at defining this model of health governance.

Keywords: Vertical integration in health; Local health unit; health gains; quality of care; productive efficiency; economic and financial performance.

RESUMEN

La integración de la atención médica esencialmente reside en el supuesto de que un servicio con mejores niveles de integración de la atención permitirá lograr mejores niveles de desempeño por parte de las organizaciones y los sistemas de salud. Se cree que las iniciativas de integración de la atención médica pueden proporcionar una respuesta más adecuada a los nuevos desafíos planteados por la evolución de las características de la oferta y la demanda en el mercado de la salud. La organización de la atención en las unidades locales de salud (ULS) realiza la integración de la atención de carácter vertical, reuniendo en una sola entidad y bajo la responsabilidad de la misma administración, diferentes niveles de atención. Por lo tanto, las unidades locales de salud son un modelo organizacional con miras a aumentar el acceso a los servicios de salud, especialmente los de proximidad, mejorar los estándares de calidad, optimizar la capacidad instalada, promover la satisfacción del usuario y apuntar a ganancias económicas y beneficios para la salud.

Objetivos: Este estudio de investigación tiene el objetivo general de analizar el modelo organizacional de ULS y los beneficios para la salud resultantes de la integración de la atención. Sus objetivos específicos son comprender los procesos y factores de integración de la atención médica involucrados, analizar la integración de la atención médica en Portugal y un conjunto de indicadores de calidad y eficiencia resultantes de la integración de la atención que permiten evaluar y cuestionar el modelo organizativo de ULS.

Material y métodos: Estudio cualitativo y exploratorio. Las ULS que componen el estudio son 5 de los 8 a nivel del territorio portugués (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco y ULS Nordeste) con diferentes matrices sociodemográficas y geográficas. Dos fuentes importantes de datos fueron los órganos del sistema de salud portugués: la Entidad Reguladora de Salud (ERS) y la Administración Central del Sistema de Salud (ACSS). Los datos fueron solicitados por el investigador, la Autoridad Reguladora de Salud (ERS) sobre el número de quejas y las razones de estas quejas en

cada ULS estudiado, en el período de 2015 a 2018. ACSS, que informa el mismo período de 2015 a 2018, se solicitó un conjunto de datos sobre el acceso de los ciudadanos a la atención médica, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero.

Sobre la segunda fuente de datos se utilizaron entrevistas estructuradas con informantes privilegiados, entre los elementos que conforman las juntas directivas de ULS en estudio: presidentes de juntas directivas (4), miembro de la junta directiva (1), director clínico del área hospitalaria (1), director clínico del área de atención primaria de salud (1) y director de enfermería (1).

La guía de la entrevista fue estructurada en 8 dimensiones: dimensión I: modelo organizacional de ULS e impactos de su dinámica de gestión; dimensión II - modelo de financiación; dimensión III - sistemas de información; dimensión IV - gestión de recursos humanos y materiales. Satisfacción de profesionales de la salud; dimensión V - gestión / integración / interconexión dinámica en los distintos niveles de proveedores de atención; dimensión VI - responsabilidad de la Junta Directiva / integración de los interesados locales (municipios y redes sociales); dimensión VII - creación / transferencia de conocimiento; dimensión VIII - ULS es un modelo para el futuro.

Resultados: Al analizar los resultados de ACSS y ERS, parece haber evidencia de que el modelo organizativo en ULS no aportó el valor agregado al Servicio Nacional de Salud que este modelo de gobernanza produce en teoría. Por lo tanto, con respecto al acceso de los ciudadanos a la atención médica, hubo un empeoramiento en los tiempos de espera promedio para programar las primeras consultas de especialidad, de 2015 a 2018, a excepción del ULS de Castelo Branco, que registró una disminución en el número de días, aunque muy pequeño (2015 107,9 días; 2018 105,5 días), la evolución puede considerarse residual. ULS do Nordeste y ULS da Guarda fueron las ULS que más aumentaron los tiempos de espera promedio, específicamente ULS do Nordeste registró un aumento de 40 días durante un período de 4 años, y ULS da Guarda aumentó en 83 días. Con respecto a la calidad de la atención, parece que, en el período de 2015 a 2018,

hubo un aumento en el número de quejas presentadas ante el ERS con respecto a 4 ULS, más específicamente el ULS de Guarda, ULS de Castelo Branco, ULS de Matosinhos y ULS do Nordeste. ULS Matosinhos registró un aumento exponencial (en 2015 presentó una cifra de 920 quejas; en 2018 el número es de 1663 quejas). La excepción fue el ULS de Alto Minho, que siguió una tendencia a la baja en términos de número de quejas (933 en 2015 y 635 en 2018). Con respecto al tema más centrado en las quejas, se refiere al "enfoque del usuario", en el que su matriz comprende los temas que se centran en el grado de humanización de los servicios, cubriendo las prácticas diarias, los procedimientos internos, los derechos del usuario, la publicidad y las relaciones interpersonales. En cuanto a la eficiencia productiva, un hecho es transversal al aumento en la duración promedio de la estadía en todos los ULS, con solo la dimensión de este aumento en el número de días oscilante. Centrarse en los datos sobre el número de urgencias, en general del ULS, en el período de tiempo bajo análisis (2015-2018), parece que los episodios de urgencia aumentaron progresivamente en todos los ULS en estudio. Con respecto al número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en proporción al número total de cirugías, en los 5 ULS, parece que esta proporción es prácticamente constante durante el intervalo de tiempo (2015-2018), siendo esta proporción significativamente menos de 1/3, donde 1 corresponde al número de cirugías realizadas de forma ambulatoria y 3 considera el número total de cirugías. En cuanto a la eficiencia productiva de las consultas totales, los resultados son diferentes, entre los 5 ULS a los que apunta este estudio. Dos ULS ampliaron su capacidad de producción, registrando un aumento en el número de consultas, ULS de Matosinhos y ULS do Alto Minho. Los 3 ULS restantes, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco y ULS do Nordeste, tuvieron una disminución en el número total de consultas. En términos de desempeño económico y financiero, se analiza el plazo de pago promedio (PMP) a los proveedores. En 2018, 4 ULS tienen valores promedio de pago a proveedores muy cercanos, que incluyen ULS da Guarda, ULS de Matosinhos, ULS do Alto Minho y ULS do Nordeste. En una perspectiva de tiempo, de 2016 a 2018, solo uno de los 5 ULS aumentó el tiempo promedio de pago a los proveedores, más específicamente el ULS de Alto Minho, con este aumento de 32

días. Los restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos y ULS do Nordeste mostraron una disminución en el número de días en el período de pago promedio a los proveedores. En cuanto a los costos operativos con recursos humanos, todos los ULS tienen un aumento en este indicador de desempeño económico y financiero. Sin embargo, el ritmo de crecimiento con costos operativos con recursos humanos no es homogéneo dentro del universo de ULS bajo análisis, en el cual el ULS de Alto Minho registró el mayor aumento, mientras que el ULS de Castelo Branco registró el aumento más bajo con gastos de personal. Al examinar los costos relacionados con los medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital, 4 de los 5 ULS en estudio, ULS da Guarda se excluye debido a datos insuficientes, todos los ULS muestran un aumento progresivo en el curso de la período de cuatro años en estudio, de este indicador de desempeño económico y financiero, en contraste con lo que sugiere la literatura. Desde las entrevistas hasta el grupo de 8 entrevistados, se pueden extraer muchas y relevantes informaciones.

Conclusión: Al analizar los resultados de la ACSS y la ERS que nos proporcionan datos objetivos que abarcan las dimensiones correspondientes al acceso de los ciudadanos a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero, parece haber evidencia de que el modelo La organización en ULS no aportó el valor agregado al SNS que este modelo de gobernanza produce teóricamente. A partir de la interpretación del número de médicos especialistas en Atención Primaria Salud, se puede concluir que a nivel mundial se ha estancado, en el período de cuatro años bajo análisis, lo que supone pérdidas para la población en la promoción, prevención y mantenimiento de su salud, y como consecuencia, dificultad para acceder a la atención médica. El tiempo de espera promedio para programar y realizar una consulta de especialidad externa vio la falta de tiempo agravada en el ULS general en estudio. Por lo tanto, es importante resaltar que este resultado del análisis temporal, 2015-2018, puede revelar un problema de acceso dentro del ULS, y este modelo puede no proporcionar una respuesta más eficiente con respecto a las primeras

consultas por especialidad. Las causas pueden ser de varios órdenes, y este resultado puede deberse no al modelo de gestión integrado en sí, sino a su integración incompleta. En términos de calidad de la atención, el número de quejas, en el período de 2015 a 2018, presentado al ERS aumentó en todo el ULS que es el objeto de este estudio. Se concluye a partir de los datos que se refieren a la duración promedio de la estadía en el hospital, un aumento en la duración promedio de la estadía en todos los ULS, oscilando solo la dimensión de este aumento en el número de días. Esta conclusión sugiere que las ganancias eventuales en términos de coordinación entre la atención médica primaria y hospitalaria brindada por la creación de ULS no se reflejan en una reducción en la duración de la estadía de las poblaciones a las que sirven, lo que sugiere la necesidad de una mayor integración e interconexión entre profesionales en varios niveles de atención, con miras a un mejor monitoreo y monitoreo del estado de salud de sus usuarios. Con respecto a los datos relacionados con el número de emergencias realizadas en la totalidad de las ULS, en el período de análisis (2015-2018), se concluye que los episodios de emergencias aumentaron progresivamente, en todas las ULS en estudio, y se espera que este modelo La integración vertical de la atención presentó una disminución notable en el número de episodios de urgencia resultantes de la dinámica de la interconexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Estos datos son otra contribución a la conclusión de que la coordinación entre los diferentes niveles de atención es insuficiente o incompleta. Se concluye que en la dinámica económico-financiera, los costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital aumentaron durante el período de cuatro años en estudio, en contra de la premisa de que la integración vertical de la atención médica permite la creación de una estructura ampliada con mayor poder de intervención en el mercado, creando economías de escala, reduciendo el precio de muchos productos consumibles, como el área de medicamentos, en la medida en que representa una de las mayores fuentes de consumo y posible reducción de precios, resultante de la compra volúmenes con la industria farmacéutica.

Sin embargo, es esencial agregar a todas las conclusiones presentadas anteriormente, que los resultados bajo análisis, objeto de inferencias, no presentan una tendencia definida y definitiva, así como no pueden extrapolarse a instituciones y períodos de tiempo no cubiertos. De las ventajas obvias de este modelo de integración, se concluye que son la unificación de los órganos de gestión de los distintos niveles de atención y la integración vertical de estos mismos niveles, revirtiendo este valor agregado a nivel funcional y estructural directo. Por lo tanto, trae ventajas en el dominio económico, pero también conocimiento que puede llamarse ecléctico, un conocimiento global de toda la población del distrito al que sirve. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no solo hay ventajas, un problema está relacionado con la articulación funcional. También se concluye que la economía de escala es la mayor ganancia en la integración vertical de la atención. Con respecto al modelo de financiación, se concluye indudablemente que está lejos de ser adecuado, debido a la falta de financiación manifiesta, en la que en algunos ULS todavía está exacerbado por variables de contexto, como la dispersión geográfica, por ejemplo. También se puede concluir que los sistemas de información en una perspectiva de compartir entre los diversos niveles de integración de la prestación de atención, fue el área en la que se desarrolló más, aunque no tan deseable como se esperaba. Otra conclusión que se puede deducir es el evidente valor agregado de que la integración de los interesados locales (municipios y redes sociales en el municipio), constituye una importancia significativa la inclusión de una vocal que representa a los municipios en la CA. Con el fin de dar mayor poder al usuario / paciente con respecto al manejo de su salud / enfermedad, se concluye que este es el modelo que sirve como base concreta para aumentar este propósito, porque este modelo permite, sin lugar a dudas, tener El paciente en el centro del sistema. En relación con la gestión / integración / interconexión dinámica de los diversos niveles de proveedores de atención, se encontró la dificultad de operacionalizar esta gestión, esta interconexión, lo que resulta en muchas de las dificultades en los obstáculos llevados a cabo por los profesionales que constituyen la ULS, a partir de simples actos administrativos. , hasta el sentimiento de pertenecer solo a la unidad en la que trabaja y no un sentimiento con una perspectiva

macro, es decir, sentirse como un profesional que realiza funciones en una entidad que reúne varias unidades.

Las ULS constituyen un modelo organizativo y administrativo con perspectivas de consolidación, aunque existe una reticencia basada en lo que los diversos actores que dan forma y determinan su futuro, por ejemplo, el Ministerio de Salud, apuntan a definir este modelo de gobernanza de la salud.

Palabras clave: Integración vertical en salud; Unidad de salud local; ganancias de salud; calidad de atención; Eficiencia productiva; desempeño económico y financiero.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA- conselho de administração

ACES – Agrupamentos centros de saúde

ACSS – Administração central do sistema de saúde

CH – Centro hospitalar

CP – Contrato-público

CSP - Cuidados saúde primários

DGS – Direção geral de saúde

EPE – Empresa pública empresarial

ERS – Entidade reguladora da saúde

EUA – Estados-Unidos da América

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização cooperação desenvolvimento económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMP – Prazo médio de pagamento

PPP – Parceria público-privada

RNCCI – Rede nacional cuidados continuados integrados

SNS – Serviço Nacional Saúde

SA – Sociedade anónima

SGREC – Sistema gestão de reclamações

SPA - Serviço público administrativo

TI – Tecnologias informação

TIC – Tecnologias informação e comunicação

TMRG – Tempo médio resposta garantido

SI – Sistema informação

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade saúde familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	xxiii
ÍNDICE DE TABLAS	xxxiii
RESUMEN DE LA TESIS EN LENGUA ESPAÑOLA	xxxvi
1. Introducción	xxxvi
1.1. Evolución del sector sanitario portugués	xxxvii
1.1.1 Integración vertical de la asistencia sanitaria	xxxix
1.1.2 Creación de ULS en Portugal - Marco histórico y legislativo	xli
1.1.3 Estructura ULS, misión y objetivos	xlii
1.2. ULS - modelo organizacional	xliii
1.2.1 ULS y el modelo de gobernanza	xliii
1.2.2 ULS el modelo de financiación y contratación	xliv
1.2.3 ULS y gestión de la información	xlv
1.2.4 ULS y empoderamiento del usuario	xlvi
1.2.5 ULS - ventajas o beneficios	xlvi
1.2.6 Experiencias de integración de atención internacional	xlvii
2. Justificación y objetivos del estudio	L
ENCUADRE METODOLÓGICO	lii
3. Material y métodos	lii
3.1. Tipo de estudio	lii
3.2. Muestra de población y selección	lii
3.3. Instrumentos utilizados para la recolección de datos	lv
3.4. Procedimientos formales	lvii
3.5. Procedimientos éticos	lvii
ESTUDIO DESCRIPTIVO	lix
4. Presentación y discusión de resultados	Lix
4.1. Presentación de datos - acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria	lxii
4.1.1. Número de médicos y enfermeras a tiempo completo	lxiii

4.1.2. Tiempo promedio de espera para programar y realizar una consulta externa especializada	lxvi
4.1.3. Tiempo promedio de espera para programar y realizar cirugías programadas bajo el sistema de gestión integrado inscrito en cirugía (SIGIC)	lxviii
4.2. Presentación de datos - Calidad de la atención	lxx
4.2.1. Número de quejas de la Autoridad Reguladora de Salud	lxxiii
4.2.2. Sujetos más focalizados en quejas hechas	lxxiv
4.3. Presentación de datos - Eficiencia productiva	lxxvi
4.3.1. Número total de cirugías ambulatorias	lxxviii
4.3.2. Número total de hospitalizaciones	lxxxiv
4.3.3. Duración promedio de la hospitalización	lxxxv
4.3.4. Número total de emergencias realizadas	lxxxvi
4.3.5. Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores	xc
4.4. Presentación de datos - desempeño económico y financiero	xcii
4.4.1. Costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos durante la hospitalización	xcii
4.4.2. Costos operacionales con recursos humanos	xciii
4.4.3. Plazo medio de pago a proveedores	xciv
4.5. Discusión de los resultados del acceso de los ciudadanos a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero	xcv
4.6. Análisis y discusión del contenido de las entrevistas	cviii
5. Conclusiones	cxxv
6. Limitaciones del estudio	cxxxii

ENCUADRE TEÓRICO	1
1. Introducción	1
1.1. Evolución del sector sanitario portugués	4
1.1.1. Integración vertical de la asistencia sanitaria	9
1.1.2. Creación de ULS en Portugal - Marco histórico y legislativo	18
1.1.3. Estructura ULS, misión y objetivos	23
1.2. ULS - modelo organizacional	32
1.2.1. ULS y el modelo de gobernanza	32
1.2.2. ULS el modelo de financiación y contratación	37
1.2.3. ULS y gestión de la información	40
1.2.4. ULS y empoderamiento del usuario	43
1.2.5. ULS - ventajas o beneficios	45
1.2.6. Experiencias de integración de atención internacional	50
2. Justificación y objetivos del estudio	55
ENCUADRE METODOLÓGICO	57
3. Material y métodos	57
3.1. Tipo de estudio	57
3.2. Muestra de población y selección	57
3.3. Instrumentos utilizados para la recolección de datos	60
3.4. Procedimientos formales	62
3.5. Procedimientos éticos	63
ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	64
4. Presentación y discusión de resultados	64
4.1. Presentación de datos - acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria	67
4.1.1. Número de médicos y enfermeras a tiempo completo	68
4.1.2. Tiempo promedio de espera para programar y realizar una consulta externa especializada	72
4.1.3. Tiempo promedio de espera para programar y realizar cirugías programadas bajo el sistema de gestión integrado inscrito en cirugía (SIGIC)	74

4.2. Presentación de datos - Calidad de la atención	75
4.2.1. Número de quejas de la Autoridad Reguladora de Salud	78
4.2.2. Sujetos más focalizados en quejas hechas	79
4.3. Presentación de datos - Eficiencia productiva	81
4.3.1. Número total de cirugías ambulatorias	81
4.3.2. Número total de hospitalizaciones	89
4.3.3. Duración promedio de la hospitalización	90
4.3.4. Número total de emergencias realizadas	91
4.3.5. Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores	95
4.4. Presentación de datos - desempeño económico y financiero	96
4.4.1. Costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos durante la hospitalización	97
4.4.2. Costos operacionales con recursos humanos	98
4.4.3. Plazo medio de pago a proveedores	99
4.5. Discusión de los resultados del acceso de los ciudadanos a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero	100
4.6. Análisis y discusión del contenido de las entrevistas	114
5. Conclusiones	132
6. Limitaciones del estudio	137
7. Bibliografía	138
8. Anexos	157
Anexo A - Guía de entrevista	157
Anexo B - Solicitud de datos de ERS	162
Anexo C - Solicitud y datos a ACSS	164
Anexo D - Solicitud para programar una entrevista con los miembros de la ULS en estudio	167
Anexo E - Solicitud de autorización para identificar el ULS, con el fin de difundir los resultados del estudio, los datos proporcionados por el ACSS	177
Anexo F - Autorización para identificar el ULS, con el fin de difundir los resultados del estudio, los datos proporcionados por el ACSS	187

ÍNDICE GERAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxiii
ÍNDICE DE TABELAS	xxxiii
RESUMO DA TESE NA LÍNGUA ESPANHOLA	xxxvi
1. Introdução	xxxvi
1.1. Evolução setor da saúde Português	xxxvii
1.1.1. Integração vertical dos cuidados de saúde	xxxix
1.1.2. Criação ULS em Portugal - Enquadramento histórico e legislativo	xli
1.1.3. Estrutura, missão e objetivos das ULS	xlii
1.2. As ULS – modelo organizativo	xliii
1.2.1. As ULS e o modelo de governação	xliii
1.2.2. As ULS o modelo de financiamento e a contratualização	xliv
1.2.3. As ULS e a gestão de informação	xlv
1.2.4. As ULS e o empoderamento do utente	xlvi
1.2.5. As ULS – vantagens ou benefícios	Xlvi
1.2.6. Experiências internacionais de integração de cuidados	xlvii
2. Justificação e objetivos do estudo	I
3. Material e métodos	lii
3.1. Tipo de estudo	lii
3.2. População e seleção da amostra	lii
3.3. Instrumentos utilizados para a recolha de dados	lv
3.4. Procedimentos formais	lvii
3.5. Procedimentos éticos	lvii
4. Resultados	lix
4.1. Apresentação dos dados - Acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde	lxii
4.1.1. Número de médicos e de enfermeiros em tempo completo	lxiii
4.1.2. Tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade	lxvi

4.1.3. Tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC)	lxviii
4.2. Apresentação dos dados - Qualidade dos cuidados	lxx
4.2.1. Número de reclamações Entidade Reguladora da Saúde	lxxiii
4.2.2. Assuntos mais visados nas reclamações efetuadas	lxxiv
4.3. Apresentação dos dados - Eficiência produtiva	lxxvi
4.3.1. Número total de cirurgias em ambulatório	lxxviii
4.3.2. Número total de internamentos	lxxxiv
4.3.3. Tempo médio de estadia em internamento	lxxxv
4.3.4. Número total de urgências realizadas	lxxxvi
4.3.5. Número total de consultas, primeiras consultas e consultas subsequentes	xc
4.4. Apresentação dos dados - Desempenho económico-financeiro	xcii
4.4.1. Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento	xcii
4.4.2. Custos operacionais com recursos humanos	xciii
4.4.3. Prazo médio de pagamento aos fornecedores	xciv
4.5. Discussão dos resultados do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos cuidados, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro	xcv
4.6. Análise e Discussão de conteúdo das entrevistas	cviii
5. Conclusão	cxxv
6. Limitações do estudo	cxxxii

ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1. Introdução	1
1.1. Evolução setor da saúde Português	4
1.1.1. Integração vertical dos cuidados de saúde	9
1.1.2. Criação ULS em Portugal - Enquadramento histórico e legislativo	19
1.1.3. Estrutura, missão e objetivos das ULS	23
1.2. As ULS – modelo organizativo	32
1.2.1. As ULS e o modelo de governação	32
1.2.2. As ULS o modelo de financiamento e a contratualização	37
1.2.3. As ULS e a gestão de informação	40
1.2.4. As ULS e o empoderamento do utente	43
1.2.5. As ULS – vantagens ou benefícios	45
1.2.6. Experiências internacionais de integração de cuidados	50
2. Justificação e objetivos do estudo	55
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	57
3. Material e métodos	57
3.1. Tipo de estudo	57
3.2. População e seleção da amostra	57
3.3. Instrumentos utilizados para a recolha de dados	60
3.4. Procedimentos formais	62
3.5. Procedimentos éticos	63
ESTUDO DESCRITIVO	64
4. Apresentação e discussão dos resultados	64
4.1. Apresentação dos dados - Acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde	68
4.1.1. Número de médicos e de enfermeiros em tempo completo	69
4.1.2. Tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade	73
4.1.3. Tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC)	75
4.2. Apresentação dos dados - Qualidade dos cuidados	76

4.2.1. Número de reclamações Entidade Reguladora da Saúde	79
4.2.2. Assuntos mais visados nas reclamações efetuadas	80
4.3. Apresentação dos dados - Eficiência produtiva	83
4.3.1. Número total de cirurgias em ambulatório	84
4.3.2. Número total de internamentos	91
4.3.3. Tempo médio de estadia em internamento	92
4.3.4. Número total de urgências realizadas	93
4.3.5. Número total de consultas, primeiras consultas e consultas subsequentes	97
4.4. Apresentação dos dados - Desempenho económico-financeiro	99
4.4.1. Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento	100
4.4.2. Custos operacionais com recursos humanos	101
4.4.3. Prazo médio de pagamento aos fornecedores	102
4.5. Discussão dos resultados do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos cuidados, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro	103
4.6. Análise e Discussão de conteúdo das entrevistas	117
5. Conclusão	135
6. Limitações do estudo	140
7. Bibliografia	141
8. Anexos	160
Anexo A - Guião da entrevista	160
Anexo B - Solicitação de dados à ERS	165
Anexo C - Solicitação de dados à ACSS	167
Anexo D - Solicitação do agendamento de entrevista aos elementos do CA das ULS em estudo	170
Anexo E - Solicitação de autorização de identificação das ULS, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS ...	180
Anexo F - Autorização de identificação das ULS, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS	190

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Data entrevista, cargo entrevistado e duração da entrevista	60
Tabela 2 - Apresentação de cada ULS segundo população residente	65
Tabela 3 - Total de médicos e enfermeiros segundo cada ULS	69
Tabela 4 - Tempo médio de espera em cada ULS para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade	73
Tabela 5 - Tempo médio de espera em cada ULS para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC)	75
Tabela 6 - Número de processos REC, por ano de submissão à ERS	79
Tabela 7 - ULS da Guarda: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS	80
Tabela 8 - ULS de Castelo Branco: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS	80
Tabela 9 - ULS de Matosinhos: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS	81
Tabela 10 - ULS do Alto Minho: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS	81
Tabela 11 - ULS do Nordeste: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS	82
Tabela 12 - Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	84
Tabela 13 - Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Castelo Branco, EPE	86
Tabela 14 - Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	87
Tabela 15 - Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	88
Tabela 16 - Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	89

Tabela 17 - Número total de internamentos por cada ULS	91
Tabela 18 - Tempo médio de estadia de internamento por cada ULS	92
Tabela 19 - Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2015	93
Tabela 20 - Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2016	94
Tabela 21 - Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2017	95
Tabela 22 - Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2018	96
Tabela 23 - Número total de consultas, primeiras consulta e consultas subsequentes referentes ao ano de 2015 e 2016	97
Tabela 24 - Número total de consultas, primeiras consulta e consultas subsequentes referentes ao ano de 2017 e 2018	98
Tabela 25 - Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento por cada ULS	100
Tabela 26 - Custos operacionais com recursos humanos por cada ULS	101
Tabela 27 - Prazo médio de pagamento aos fornecedores por cada ULS	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura simplificada da rede do SNS (Decreto-Lei n.o 28/2008, de 22 de fevereiro)	8
Figura 2 - Cuidados integrados	14
Figura 3 - Dimensões da Integração	16
Figura 4 - Integração vertical de cuidados de saúde	17
Figura 5 - Mapa e cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde	21
Figura 6 - Sucessão legislativa de criação das ULS	22
Figura 7 - A gestão nos diferentes tipos de cuidados – Unidades Locais de Saúde	34

RESUMEN DE LA TESIS EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Introducción

La complejidad de los sistemas de salud en los países desarrollados y su adaptación a los cambios en el contexto organizacional e institucional obligan a exigir mejores soluciones para organizar y gestionar las redes de atención de la salud, respetando los principios de equidad y acceso universal.

Dada la presión actual sobre los costos de los sistemas de salud, la articulación entre las diferentes organizaciones que brindan atención médica gana importancia y, para poder proporcionar respuestas adecuadas a los nuevos patrones de demanda, se requiere una mayor descentralización de los sistemas de salud actuales, compartir responsabilidades y mejorar los niveles de servicio, lo que nos lleva a la discusión sobre la integración de la atención médica. El cambio de una acción centrada en el tratamiento de la enfermedad a un nuevo paradigma centrado en el bienestar general del usuario es urgente y la prestación de atención médica centrada en la figura del hospital debería dar lugar a políticas de salud más centradas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, que necesariamente requerirá más y mejor coordinación entre los distintos niveles de atención de la salud (Santana & Costa, 2008).

La integración de la atención médica aparece como una respuesta a las presiones endógenas y exógenas a las que está sujeta toda la organización de salud, en particular en términos de restricciones presupuestarias, envejecimiento de la población, tecnologías de salud (medicamentos, medios complementarios de diagnóstico, equipo quirúrgico, entre otros) y las tecnologías de la información (que proporcionan el apoyo funcional, estratégico y operativo de las organizaciones), así como las que resultan de los cambios epidemiológicos en las poblaciones.

La integración de la atención médica tiene como objetivo lograr un mayor acceso a los servicios de salud, elevar los estándares de calidad en la provisión de atención, hacer un

mejor uso de la capacidad instalada, aumentar la satisfacción del usuario y obtener ganancias en salud y eficiencia. Las experiencias de integrar la atención médica, particularmente la atención primaria de salud (APS) y el hospital, comenzaron a surgir en Portugal, en 1999, con la creación de la primera unidad de salud local (ULS) en Matosinhos-Oporto y gradualmente más ULS fueron creadas, lo que hace hoy un total de 8 unidades de salud locales repartidas por todo el país. Sin embargo, se sabe poco sobre estos modelos. Por lo tanto, se requiere un conocimiento más profundo de estos modelos de gestión de la atención médica, que es crucial para su evaluación y posible expansión. En Portugal, con el tiempo, se han adoptado y abandonado / derogado / suprimido otros modelos, en muchos casos sin evaluación para un diagnóstico adecuado de sus contribuciones y limitaciones (Lopes et al., 2014).

La integración de la atención médica aparece, pues, con el propósito de integrar el conocimiento, minimizar las ineficiencias y duplicaciones en el sistema, traducándose en mejoras en la asignación de recursos, adaptando su uso, tipo y volumen a las necesidades de los usuarios, evitando episodios de urgencia y asegurando una mayor fluidez en el paso de los usuarios por todo el sistema. Una estructura de suministro de atención médica fragmentada conduce a la duplicación de procedimientos y costos de transacción que probablemente podrían evitarse con la gestión de recursos compartidos y decisiones conjuntas sobre casos clínicos (Santana & Costa, 2008).

1.1 Evolución del sector sanitario portugués.

El servicio nacional de salud (SNS) portugués está compuesto por "todas las instituciones y servicios sociales que brindan atención médica, dependientes del Ministerio de Salud", con la misión de garantizar el acceso de todos los ciudadanos a la atención médica, dentro de los límites impuestos por los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles. De esta definición se deduce que el SNS es una parte integral del Sistema de Salud y solo en las áreas / sectores que dependen directa o indirectamente del Ministerio de Salud (Ley N ° 48/90, de 24 de agosto).

El SNS agrega una sola institución con funciones profusas y complejas que obtienen el financiamiento para sus actividades a través del Presupuesto del Estado, y debe garantizar que la población tenga acceso a la atención médica cuando la necesite, a través de la gestión de unidades de salud, la adquisición equipamiento y contratación de profesionales. También obtiene sus propios ingresos, como resultado de la venta de servicios a otras entidades, como compañías de seguros o subsistemas de salud, y del cobro de tarifas moderadas para algunos usos de sus servicios.

Es crucial contextualizar los cambios que han ocurrido en el SNS en los últimos 40 años, que van desde el comienzo de la década donde ocurrió la revolución del 25 de abril de 1974 y el comienzo de la segunda década del siglo XXI. Los cambios demográficos, sociales, económicos y educativos fueron excelentes durante este período de creación y aumento del SNS con relevancia e impacto en todas estas dinámicas.

Según Amendoeira (2009), durante la segunda mitad del siglo XX, Portugal experimentó varias transformaciones, como la democratización y la descolonización (1974), la entrada en la Comunidad Económica Europea (1985) y la integración en la Unión Monetaria Europea (2000), en un entorno de transición rápida desde el paradigma tecnológico. De manera cronológica, los primeros pasos en salud comienzan con la organización de los "Servicios de Salud y Beneficios Públicos", en 1899 por el Dr. Ricardo Jorge, que entra en vigencia en 1903 y establece que la provisión de atención médica sería financiación privada, con el Estado portugués apoyando solo la asistencia a los pobres (Amendoeira, 2009). Más de medio siglo después, en 1971, surgió la conocida reforma de "Gonçalves Ferreira", que surgió como un "borrador" del actual Servicio Nacional de Salud (SNS), donde se aclararon principios como el derecho a la salud de todos los portugueses, garantizando el presupuesto del estado ese derecho (Amendoeira, 2009). La creación "oficial" del Servicio Nacional de Salud (SNS) surge en 1979, poco después de que la Constitución de la República Portuguesa de 1976 definiera, en su artículo 64, el derecho a la salud como promoción, prevención y vigilancia.

A principios de la década de 1980 del siglo XX, varios países comenzaron a desarrollar e implementar reformas en sus respectivos sistemas de salud, a fin de responder a las preguntas más diversas: cambiar la definición de la prestación de servicios de salud, más centrado en el "bienestar general de los usuarios" y no tanto en el "tratamiento de la enfermedad"; presión económica derivada del envejecimiento de la población; la evolución de las tecnologías de la información; avances científicos en el tratamiento de la enfermedad; la necesidad de mejorar el nivel de calidad de la asistencia; cambiar el perfil de los usuarios; la reasignación de recursos; La globalización y expansión de la economía mundial y la necesidad de responder más rápidamente a situaciones de enfermedades inesperadas (cambio epidemiológico) (Santana & Costa, 2008). A partir de los años 90, del mismo siglo, e inspiradas en el concepto de Nueva Gestión Pública (introducida en el Reino Unido), las reformas sanitarias adquieren otra dimensión: se convierten en un elemento importante para la creación de un entorno institucional propicio para mejorar la eficiencia de los proveedores de atención médica al menor costo posible (Escoval, 2003).

Actualmente, el SNS está compuesto por instituciones de atención primaria de salud (ACES), atención diferenciada u hospitalaria (CH y hospitales) y atención a largo plazo. Además de esto, también están los ULS que se basan en la integración de la atención primaria de salud y la atención hospitalaria en una sola entidad (Decreto-Ley N ° 124/2011 de 29 de diciembre).

1.1.1. Integración vertical de la asistencia sanitaria.

El tema de la integración y coordinación de la atención se ha vuelto cada vez más importante, particularmente en países con una población cada vez más envejecida y con un número creciente de pacientes con enfermedades crónicas, una realidad que caracteriza a los países más desarrollados. Los sistemas de salud, y particularmente en las economías más desarrolladas, también atienden a una población con mayores niveles de demanda y una relación con la enfermedad bastante diferente de la que

existía en el pasado, es decir, con expectativas de vivir más años y cada vez con más autonomía. Junto con las expectativas crecientes de esta población más exigente y envejecida, es de esperar que haya un aumento creciente en los costos de salud, por lo tanto, la integración de la atención médica aparece como una respuesta viable para garantizar una mayor cobertura en la prestación de atención, así como el brindando atención en una lógica más individualizada y más adecuada a cada caso. La integración de la atención tiene, por lo tanto, un alcance muy amplio, en relación con las posibilidades de colaboración entre diferentes sectores y sus profesionales, a través de un esfuerzo por coordinar sus tareas y el trabajo en equipo, a fin de responder a las necesidades integrales de los usuarios. Esencialmente, el objetivo de integrar la atención es garantizar que los usuarios tengan acceso a los servicios que necesitan, en el momento y lugar apropiados. La integración de la atención parece ser necesaria cuando los servicios provistos por instituciones y / o profesionales individualmente no cubren las necesidades de atención integral de la demanda (Raak, Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen & Paulus, 2003).

Según Gröne & GarciaBarbero (2001, p.16), la integración de la atención “es un concepto que reúne inputs, provisión, gestión y organización de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, atención, rehabilitación y promoción de la salud. La integración es un medio para mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia y la satisfacción del usuario en relación con los servicios”. Las ganancias subyacentes a la integración de la atención médica son mejorar la calidad de la atención brindada y la calidad de vida de las poblaciones, los resultados para los usuarios y el uso eficiente de los recursos disponibles (Rosen & Ham, 2008).

La integración de la atención es una de las estrategias para reorganizar la oferta de atención médica, que proporciona: “el desarrollo de experiencias financieras globales, basadas en la población, por capitación ajustada, integrando la atención primaria y hospitalaria, en una línea de Unidades Integradas de Salud, respetando la autonomía y la cultura técnica y profesional de cada institución involucrada” (Santana & Costa, 2008,

p. 21). La OMS aboga por una definición de "atención integrada", considerando que es un concepto que abarca los inputs, procesos, gestión y organización de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación para la salud. La integración se ve así como el medio para conducir a la mejora de los servicios con respecto al acceso, la calidad, la satisfacción del consumidor y la eficiencia (Gröne & García, 2002).

La integración vertical en el sector de la salud cubría no solo la atención primaria y hospitalaria, sino también la atención continua que responde no solo a los pacientes de edad avanzada, sino también a las personas con enfermedades crónicas y discapacitadas que durante toda su vida necesitan atención médica a largo plazo (atención continua) (Potter & Perry, 2006).

1.1.2 Creación de ULS en Portugal - Marco histórico y legislativo

En Portugal, el modelo organizativo que mejor incorpora un proceso de integración vertical son las Unidades Locales de Salud (ULS). La integración y continuidad de la atención médica ha adquirido mucha visibilidad y atención por parte del Ministerio de Salud (MS), en los últimos años, reflejada en la guía de la Dirección General de Salud (DGS), de 2013, que destaca "la continuidad asistencia y coordinación entre los diferentes niveles de atención como elementos esenciales para garantizar que el paciente reciba la mejor atención médica, oportuna, efectiva y basada en evidencia y consenso científico." (p.14)

Según (Thaldorf & Liberman, 2007) en Portugal, en los años 90, del siglo XX, un nuevo diseño organizacional en el que la integración de la atención médica, no solo por razones puramente económicas (incluidas las economías de escala potenciales, la dominación del mercado, aumento de ganancias y ganancias de eficiencia), pero también dada la necesidad de evitar discontinuidades en la provisión de atención médica y reducir su fragmentación, mejorando así las perspectivas de supervivencia de la población.

En 1999, se creó la primera Unidad de Salud Local portuguesa (ULS). El ULS de Matosinhos (Decreto-Ley N ° 207/99, de 9 de junio) fue la primera unidad en Portugal en establecer la articulación entre la APS y la atención diferenciada de la matriz vertical. Esta nueva figura de atención integrada titulada "Unidad de salud local de Matosinhos" tenía personalidad jurídica, autonomía administrativa, financiera y patrimonial, y una naturaleza comercial, desarrollando una "prestación global de atención médica a la población en su área de influencia, directamente a través de sus servicios o indirectamente a través de contratos con otras entidades, así como asegurando actividades de salud pública y los medios necesarios para el ejercicio de los poderes de la autoridad de salud en el área geográfica cubierta "(Art. 1, Decreto-Ley no. 207/99).

Después de la creación de ULS de Matosinhos, se creó ULS do Norte Alentejano en 2007 y más tarde tres unidades más, ULS do Alto Minho, Guarda y Bajo Alentejo. En 2009 se creó Castelo Branco ULS, en 2011 y 2012 se crearon ULS Nordeste y Litoral Alentejano, respectivamente. La población cubierta por unidades integradas (Unidades Locales de Salud) supera los 1.176.266, lo que refleja una cobertura del 11% de los residentes en Portugal, mencionada en el Censo de 2011, 10.555.853 habitantes.

1.1.3. Estructura ULS, misión y objetivos

As unidades Locales de Salud se define como un "establecimiento público dotado de personalidad jurídica, autonomía administrativa, financiera y patrimonial y naturaleza comercial (...) teniendo como principal especificidad el hecho de competir con un solo cuerpo, el Consejo de Administración, la dirección y la gestión" (Entidad Reguladora de Salud, 2011, p.4).

Según (Costa & Santana, 2008) mencionado por (Matos, 2013) (...) las ULS fueron creados para: hacer un mayor uso de la capacidad de los hospitales y centros de salud, para reasignar mejor los recursos. La sustitución de la hospitalización por la clínica ambulatoria programada y la disminución del tiempo de hospitalización también parecen ser fundamentales para un aumento en la calidad de la atención, la eficiencia

técnica y la eficiencia económica; aumentar la calidad de la atención a través de la implementación de programas de manejo de enfermedades que permiten el uso de pautas de tratamiento o procesos de referencia destinados a minimizar los errores en la práctica y romper las barreras entre los usuarios y los profesionales de la salud; existe una mayor centralización del usuario en el sistema, es decir, hay un enfoque más dirigido a sus necesidades (enfermedades) que a las necesidades de los proveedores de atención médica, lo que permitirá una mejor respuesta a los usuarios de acuerdo con sus características individuales; promover el bienestar de la población, prestando atención prioritaria a las etapas primarias de la enfermedad, enfatizando así todas las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; difundir el riesgo comercial, es decir, mantener una línea ineficiente a través de otras líneas más eficientes, ya que, al dominar el proceso de producción de los diferentes niveles de atención, será posible utilizar subsidios cruzados entre los diferentes actividades realizadas; aumentar las economías de escala a través de la coordinación de diferentes niveles de atención y el crecimiento del poder de penetración en el mercado, lo que aumentará la producción cualitativa y cuantitativamente; minimice los conflictos a través de una buena coordinación conjunta, no solo en la producción y financiación de la atención médica, sino también en la evaluación del desempeño de quienes los brindan, ya que esto conducirá a una alineación estratégica y operativa. La gestión misma por parte de las instituciones responsables de brindar atención médica en las diversas etapas de la producción, puede dar lugar a desacuerdos estratégicos y pérdidas en la calidad de la atención.

1.2. ULS - Modelo organizacional

Según (Delnoij, Klazinga & Velden, 2003) la OMS con respecto a la integración de la atención, subraya la necesidad de reducir la fragmentación actual de la prestación de asistencia sanitaria para dirigir el sistema a las necesidades de los usuarios, estableciendo prioridades y gestionando recursos. Refuerza la importancia de avanzar hacia la integración de los sistemas de salud, donde la promoción de la salud, el

diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación deben verse como una interconexión continua de la atención para obtener beneficios para la salud.

1.2.1. ULS y el modelo de gobernanza

Para los autores (Lopes *et. al*, 2014) del informe del Grupo de trabajo creado para definir la metodología propuesta para integrar los niveles de atención de salud en el continente de Portugal, la integración es un proceso que implica la creación y administración de un inter e intraorganizacional, común entre socios independientes (y organizaciones), con el fin de coordinar todos los esfuerzos con el enfoque principal en el usuario. El propósito principal se basa en coordinar su interdependencia para permitir la operación conjunta dentro del alcance de un proyecto colectivo. Por lo tanto, según los mismos autores, en esta perspectiva, puede ser necesario coordinar diferentes niveles de atención, no solo primaria sino también continua y secundaria, ya que estos últimos se caracterizan por fragmentaciones consecutivas entre los servicios.

El modelo de la Unidad de Salud Local surge en el sector de la Salud en Portugal como un esfuerzo estructural y organizativo para cambiar los problemas entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Hospitalaria, con el objetivo de reducir la fragmentación y la discontinuidad de la atención y revalorizar las funciones profesionales generales como médico de cabecera y enfermera, trabajando en estrecha complementariedad, en el contexto de un equipo multidisciplinario con atención diferenciada y especializada (Nunes *et al.*, 2012). La integración de los diversos niveles de atención de la salud es claramente visible en la página número 3 de la guía 002/2013 de la Dirección General de Salud (DGS): “continuidad de la atención y coordinación entre los diferentes niveles de atención como elementos esenciales para garantizar que el paciente recibe la mejor atención médica, oportuna, efectiva y basada en evidencia y consenso científico”.

En resumen, el modelo de gobernanza de ULS está determinado básicamente por la integración clínica, que contribuye a la eficacia de la prestación de asistencia sanitaria, la integración de la información, la integración financiera y la integración a nivel

administrativo. Las primeras tres dimensiones constituyen la red de soporte funcional de una organización (clínica, financiera, de información) que intenta avanzar hacia una realidad integrada, ya que permiten la creación/desarrollo de mecanismos para apoyar/mejorar la operación conjunta del sistema, con un enfoque especial en la integración de todas las dimensiones (Lopes *et al.*, 2014).

1.2.2. ULS el modelo de financiación y contratación

En la ULS, la asignación de recursos financieros se basa en la capitación global ajustada por riesgo, considerando las características y necesidades de salud de la población, traducida en un coeficiente de ajuste global basado en indicadores de la población en riesgo y la provisión de atención médica (MS, 2010) Específicamente, el método de pago de ULS establece que el valor per cápita de cada ULS se compone de un componente de los determinantes del gasto en salud (40%) y el estado de salud de las poblaciones (60%). El componente determinante del gasto se basa en la variación del gasto (basado en un modelo de regresión lineal múltiple con tres variables: gasto en atención primaria y hospitalaria (variables independientes) y gasto total (variable dependiente) (EM, 2009). La segunda capitación (Santana, s/D) es un sistema de remuneración en el que el médico o la institución de salud recibe un pago fijo por usuario registrado en su lista o en su área de residencia, independientemente de la cantidad de servicios que se presten. El enfoque de este sistema se basa en la demanda, con el financiamiento de organizaciones de salud establecidas de acuerdo con el tamaño de la población previamente definida o elegida por el proveedor. El uso de este sistema de pago requiere un conocimiento integral de las necesidades de salud de la población cubierta (Barros & Gomes, 2002). Según los mismos autores, generalmente implican un alto riesgo operativo para el proveedor (ya que respalda el riesgo inherente al desarrollo de condiciones clínicas adversas en cada individuo).

1.2.3. ULS y gestión de la información

Los sistemas de información (SI) son cada vez más frecuentes en las organizaciones, ya que juegan un papel cada vez más importante en su éxito. Gurbaxani & Whang (1991) refieren que las organizaciones no solo dependerán de la tecnología de la información (TI) y el SI, sino que su estrategia dependerá de su acción. (Laudon & Laudon, 2004) refieren que estos son un activo en las organizaciones que agregan valor en su rol competitivo y productivo.

De hecho, los sistemas de información se identifican como determinantes para el éxito en la implementación de modelos como ULS, siendo una prioridad para garantizar la integración de sistemas ya existentes, así como para salvaguardar aspectos relacionados con la seguridad, la confidencialidad y la disponibilidad permanente de información. Estos mismos sistemas de información pueden ser instrumentos de control muy importantes en la implementación de estos modelos, permitiendo monitorear, en particular, las ganancias en salud, la asignación de recursos e incluso la satisfacción de pacientes y profesionales (Escoval et al., 2010). El uso de los sistemas de información y la integración de la información también es entendida por muchos autores como una condición para el proceso de integración vertical, ya que de esta manera es posible integrar datos clínicos, financieros y administrativos asegurando que la información esté disponible para quienes la necesitan, con el debido permiso de acceso, sin restricciones de tiempo o lugar (Santana & Costa, 2008).

1.2.4. ULS y empoderamiento del usuario

Otro factor determinante en la integración de la atención será el poder que se le atribuirá al usuario, es decir, la integración del propio usuario en la prestación de atención médica. Durante un episodio específico de atención, los usuarios pueden necesitar la intervención de varios profesionales, de diferentes instituciones y de diferentes niveles de atención, es decir, el mismo usuario puede recibir atención de su médico de cabecera, de profesionales de la salud en un hospital en una situación de internamiento, así como un médico y / o enfermera en un hogar o en el hogar. Y cuando

diferentes profesionales de la salud intervienen sobre un mismo usuario, en ausencia de un único plan de atención, el riesgo de fragmentación en la prestación de atención es grande, así como la posibilidad de cometer errores. Por lo tanto, la fragmentación de la atención puede resultar en guías de tratamiento confusas para el usuario, con una gran probabilidad de errores y duplicaciones, en un seguimiento inadecuado del usuario, así como en la falta de preparación del propio usuario y de sus proveedores de atención, en particular, de los proveedores para la siguiente fase de post-hospitalización. También puede conducir a un mayor uso de hospitales y servicios de emergencia y, en consecuencia, a un aumento en los costos de la atención (Coleman et al., 2002).

1.2.5. ULS - ventajas o beneficios

La necesidad de articulación en diferentes niveles de atención médica, con un énfasis principal en la atención primaria y la atención hospitalaria, provocó la necesidad de garantizar una interconexión más efectiva y eficiente de estos dos niveles de atención. El objetivo principal es obtener una mejor orientación de los usuarios de atención primaria para el entorno hospitalario, una mejor respuesta de la atención hospitalaria y, en consecuencia, volver a la atención primaria (ERS, 2015). Existen algunas barreras para la integración de la atención médica, que merecen destacarse. Las unidades que se integrarán generalmente tienen diferentes culturas organizacionales, que tendrán que adaptarse al nuevo modelo, que es uno de los aspectos más difíciles de cambiar. La lógica de la proximidad geográfica entre las organizaciones que se integrarán, utilizadas para competir entre sí por los recursos humanos, materiales y financieros, así como la desconfianza o dificultad para compartir información "privilegiada" sobre cada una de las realidades también son aspectos que pueden dificultar la integración. Otra dificultad identificada se refiere a las diferentes dimensiones de las estructuras a integrar. Las estructuras más pequeñas temen, en este proceso, la pérdida de la función de liderazgo y las desventajas presupuestarias (Santana & Costa, 2008).

Podemos enumerar brevemente las posibles ganancias y beneficios que incorporan ULS en su génesis: dirigido al usuario; privilegiando la promoción de la salud; alienta la

orientación del usuario dentro del sistema y su empoderamiento; reducción de costos; mejora de las economías de escala.

1.2.6. Experiencias de integración de atención internacional

La elección de los países que abordaremos en este trabajo, considerada relevante en el análisis, se centró en los siguientes: Inglaterra, Estados Unidos y España. Las razones implícitas están relacionadas con el hecho de que son países que han hecho esfuerzos para integrar la atención y, al mismo tiempo, presentan diferentes modelos de sistemas de salud.

En Inglaterra con una tradición de gestión y financiación muy centralizada en el Ministerio de Salud, hemos visto algunos cambios con el objetivo de delegar competencias a las instituciones locales, específicamente a los Fideicomisos de Atención Primaria. Las políticas de coordinación de la atención se han centrado mucho en la figura del médico de familia y en la búsqueda de una mayor articulación entre la APS, la atención hospitalaria y a largo plazo, así como con el sector social. Las reformas de la política de salud, llevadas a cabo a principios de este siglo, han incluido medidas específicamente dirigidas a la coordinación de la atención (Hofmarcher et al., 2007).

El sistema de atención médica de América del Norte no tiene cobertura universal, y existen fuertes presiones sobre los programas de salud pública, a saber, Medicare y Medicaid. Las políticas de coordinación de la atención en los Estados Unidos han evolucionado en respuesta a las presiones del mercado y los cambios en la legislación. En los años 90 del siglo pasado, el mercado de seguros privados se movió en la dirección de restringir la capacidad de elección de los usuarios, garantizando a las aseguradoras un mayor control sobre la provisión de atención médica, es decir, restringiendo el número de proveedores. Este tipo de medidas parecen haber contribuido a reducir los gastos en esta década, pero tan pronto como sus efectos comenzaron a suavizarse, las aseguradoras comenzaron a buscar nuevas formas de contener el gasto. Por el lado de la oferta, ha habido un cambio hacia una mayor colaboración e integración entre los proveedores de atención, en gran parte debido a la necesidad de aumentar su poder de

negociación frente a las aseguradoras, lo que no necesariamente ha llevado a una mayor coordinación de cuidado (Hofmarcher et al., 2007).

En España, el Modelo Alzira, creado en la región de Valencia, es un enfoque pionero para la prestación de asistencia sanitaria a través de asociaciones público-privadas. Con este modelo, el proveedor privado recibe una suma anual fija por cada habitante local (capitación) del gobierno regional por la duración del contrato y debe ofrecer, a cambio, acceso gratuito y universal a los servicios de salud. Este modelo se implementó en 1999, originalmente se diseñó solo para atención secundaria y luego, en 2003, se extendió a la atención primaria. La apuesta por la integración completa de la prestación de atención combinada con la alineación de las direcciones clínicas, la gestión y el uso de la tecnología en todos los servicios ha tenido éxito en 2011 (NHS, 2011). El Hospital de Manises (incluido en el modelo Alzira) cambió de un modelo reactivo, donde se brindó asistencia a pedido o de acuerdo con los requisitos de los pacientes, a un modelo proactivo donde los profesionales responsables de cada paciente se preocupan por prevenir y detectar situaciones clínicas en estados aún tempranos. Esta detección temprana permite revertir muchos casos con bajo consumo de recursos, lo que permite una atención integrada para garantizar la continuidad de la atención al paciente. Este cambio tuvo como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud, optimizando los recursos y el consumo (Comisión Europea, 2017).

2. Justificación y objetivos del estudio

La demanda de atención médica está evolucionando hoy bajo la influencia de cambios en varios determinantes de naturaleza epidemiológica, social, educativa, tecnológica y demográfica.

Los problemas antes mencionados, eminentemente de búsqueda de atención, ubicua y concomitante, comparten el predicado común de su resolución emergente, que requiere una respuesta efectiva en términos de la gobernanza de los sistemas de salud en general. Las organizaciones de atención, como pilares estructuradores de los sistemas de salud, también desempeñan un papel central y fundamental en la capacidad de responder a estos desafíos, donde la necesidad de una buena gestión se enfatiza particularmente para garantizar una respuesta flexible y adaptativa al nuevo entorno emergente (Santana & Costa, 2008).

El creciente interés mostrado por diferentes actores en la integración de la atención de la salud reside esencialmente en la suposición de que un servicio con mejores niveles de integración de la atención también permitirá alcanzar mejores niveles de desempeño en las organizaciones y los sistemas de salud. También se cree que las iniciativas de integración de la atención médica pueden constituir una respuesta más adecuada a los nuevos desafíos planteados por la evolución esperada de las características de la oferta y la demanda del mercado de la salud.

Esta tendencia creciente se puede evidenciar en la voluntad de crear iniciativas micro y macro, de diferente naturaleza, dentro del alcance de la integración de la atención médica. En este sentido, la creación de conocimiento, el debate informado y la discusión de este tema están totalmente justificados y oportunos.

La capacitación de las unidades locales de salud es la realización de la integración de la atención vertical, reuniendo en una sola entidad y bajo la misma administración, diferentes niveles de atención. Por lo tanto, una sola entidad emana de la organización de los diferentes proveedores de salud, responsables de definir la atención médica para

una población dada, a través de una provisión y gestión integradas de todos los servicios y niveles de atención, una mejor interconexión entre la atención primaria de salud y hospital.

Es en este contexto que es importante analizar el modelo de Unidades Locales de Salud, en particular su característica intrínseca de integrar la atención, basada en una pirámide, para determinar los impactos en los dominios:

- La calidad de los servicios;
- El acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria;
- La eficiencia productiva;
- El desempeño económico y financiero del modelo.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación tiene el objetivo general de analizar el modelo organizacional de ULS y las ganancias en salud que resultan de la integración de la atención. Sus objetivos específicos son:

- Comprender los procesos de integración de la atención médica y los factores involucrados;
- Analizar la integración de la asistencia sanitaria en Portugal;
- Analizar un conjunto de indicadores de calidad y eficiencia resultantes de la integración de la atención que permita evaluar y cuestionar el modelo organizacional de ULS.

3. Material y métodos

3.1. Tipo de estudio

En la literatura actual, existe una falta de un modelo predominante para evaluar el grado de integración de las organizaciones que brindan atención médica, que resulta de la falta de consenso y definiciones entre los diversos autores que tratan este tema. Este estudio aparece como una respuesta a la necesidad de la producción de conocimiento en Portugal y la evaluación respectiva de la integración de las organizaciones de salud, es decir, con indicadores medidos en una perspectiva longitudinal (después de la creación de ULS) y la necesidad de escuchar un conjunto de expertos con respecto a sus áreas de especialización e intervención.

Desde la perspectiva de Minayo (2012), concebimos la metodología como el camino del pensamiento y la práctica ejercida en la aproximación a la realidad, ocupando así un lugar central dentro de las teorías que se presentan en la descripción de los fenómenos.

Esta investigación encuentra correspondencia, fundamentalmente, en la llamada "investigación cualitativa", que utiliza una diversidad de técnicas interpretativas que tienen como objetivo describir, decodificar y traducir fenómenos sociales, cuyo significado, para estos enfoques, tiene más importancia que su frecuencia. (Guerra, 2010). En vista de los objetivos descritos, se diseñó un estudio cualitativo y exploratorio.

3.2. Muestra de población y selección

De acuerdo con la investigación que se pretende llevar a cabo, depende del investigador hacer su elección, poder trabajar "con un solo sujeto, con más de uno, o con un número mucho mayor..." y "... delinear el trabajo de para que tenga consistencia y material suficiente y seguro. El éxito de la investigación depende de sus opciones" (Cunha, 2009: 91).

Es un requisito de investigación necesario para definir la población, de la que se recopilará la información, que no es más que un grupo de personas o elementos que

comparten características comunes y, como rara vez es posible estudiar a toda la población objetivo, utilizando la población accesible, que cumple con los criterios de selección definidos de antemano y para los cuales se pretende generalizar los resultados de ese mismo estudio (Fortin *et al.*, 2009).

Muestra se entiende como un grupo de personas o elementos que comparten características comunes y que se toma de la población, para lo cual se pretende generalizar los resultados del estudio. Según lo mencionado por Cunha (2009), la muestra se elige de acuerdo con la metodología, siendo parte de la población que posee todas sus características, que la representa como un todo y que luego puede considerarse una pequeña porción representativa de la población. La muestra debe ser de un tamaño aceptable, sin embargo, no debe ser demasiado grande, arriesgando un esfuerzo inútil, no demasiado pequeño, ya que puede dejar de ser representativa de la población a estudiar. En cuanto a la representatividad, siempre es una preocupación para la mayoría de los investigadores el tamaño ideal que debe tener una muestra, para garantizar la calidad de los resultados de la investigación, siendo importante, o incluso esencial, que sea representativa de la población de estudio (Cazau, 2006; Ghiglione & Matalon, 1993).

Los ULS que comprenden el estudio son 5 (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco y ULS Nordeste) de diferentes matrices, tanto sociodemográficas como geográficas, dando un valor a los datos y los resultados en vista de las idiosincrasias de cada uno de los ULS analizados. Dos están ubicados en la costa norte de Portugal, ULS do Alto Minho y ULS Matosinhos, cubren una población más joven con menos comorbilidades y la geografía de su territorio resulta en un acceso más fácil de la población a los servicios de salud Y, por lo tanto, al cuidado.

Los 3 ULS restantes, ULS Castelo Branco, ULS Guarda y ULS Nordeste, se encuentran en el interior de Portugal, con una población mayor, con más comorbilidades, con un

nivel de educación promedio más bajo que la población de la costa, si bien geográficamente dispersa, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud.

La investigación cualitativa tiene como objetivo modificar, desafiar o avanzar el conocimiento en su área respectiva. La investigación cualitativa tiene el objetivo típico de descubrir elementos contextualmente específicos. El tamaño de la muestra es un elemento instrumental, pero crítico para la validez del estudio (Rego et al., 2018).

Por lo tanto, a través del acceso a un pequeño grupo de expertos, los 8 encuestados que resultan de su poder de información tienen un conocimiento más rico que los demás, sin necesidad de una muestra más grande.

Las muestras muy específicas requieren informantes con características muy homogéneas, lo que puede conducir a muestras más pequeñas. Como resultado, esta homogeneidad puede dar acceso a información interesante de manera concentrada (Rego et al., 2018).

En el presente trabajo, entre los elementos que conforman los consejos de administración de ULS en estudio, se obtuvo una muestra (**Tabla 1**) que se divide en presidente de la junta directiva (4), miembro de la junta directiva (1), director clínico del área hospitalaria (1) y el área de atención primaria de salud (1) y directora de enfermería (1).

Tabla 1 - Fecha de entrevista, posición entrevistada y duración de la entrevista.

DATA	ENTREVISTADO	DURACIÓN
29.11.2019	Presidente CA ULS Nordeste	01:10 h
09.12.2019	Vogal do CA ULS Nordeste	01:05 h
11.12.2019	Presidente CA ULS Matosinhos	01:14 h
12.12.2019	Diretora Clínica ASP ULS Nordeste	00:57 h
13.12.2019	Presidente CA ULS Guarda	00:51 h
17.12.2019	Diretor Enfermaria ULS Nordeste	00:51 h
14.01.2020	Presidente CA ULS Alto Minho	00:56 h
30.01.2020	Diretora Clínica Área Hospitalar ULS Nordeste	00:51 h

3.3. Instrumentos utilizados para la recolección de datos

Como estudio exploratorio y cualitativo, estructurado en torno a un conjunto de dimensiones consideradas, se han realizado entrevistas semiestructuradas críticas con informantes privilegiados. De hecho, las entrevistas cumplieron una función central, claramente exploratoria en este estudio, identificando los problemas con los entrevistados, habiendo profundizado y detallado un conjunto concreto de temas. Aún con respecto a las entrevistas, los sujetos asumieron el estatus de informantes privilegiados ya que, a diferencia de otros métodos de investigación, el conocimiento, con respecto a los temas analizados, se basa fundamentalmente en los propios entrevistados (Guerra, 2010).

La construcción del objeto en la investigación cualitativa a menudo se considera uno de los criterios fundamentales de su originalidad (Guerra, 2010, p. 36) y esta modificación se realizó, a través de una revisión de la literatura, seguida de la profundización de los problemas analizados a través de entrevistas con informantes privilegiados, que pasaron por la contribución de un grupo compuesto por ocho personas pertenecientes a la junta directiva de ULS en estudio, a través de entrevistas exploratorias.

La entrevista siguió un guión (Anexo?) Consistente en ocho dimensiones, cada una con el objetivo de explorar un área de conocimiento que se pretendía obtener:

- Dimensión I: modelo organizativo de ULS e impactos de su dinámica de gestión;
- Dimensión II: modelo de financiación;
- Dimensión III: sistemas de información;
- Dimensión IV: gestión de recursos humanos y materiales;
- Dimensión V: gestión / integración / interconexión dinámica en los distintos niveles de proveedores de atención;
- Dimensión VI: integración de las partes interesadas locales (municipios y redes sociales);
- Dimensión VII: creación / transferencia de conocimiento;
- Dimensión VIII: son las ULS un modelo de futuro.

La otra fuente de datos fue proporcionada por la Entidad Reguladora de Salud (ERS) y la Administración Central del Sistema de Salud (ACSS) mediante solicitud por escrito, de enero de 2019 a enero de 2020. En cuanto a los datos solicitados al ERS, se trataba de:

- Calidad de la atención analizada en el número de quejas recibidas y problemas más abordados en estas quejas, en cada ULS en estudio, en el período de 2015 a 2018.
- Con respecto a los datos requeridos por ACSS, se dirigieron a los siguientes dominios en el período de 2015 a 2018:
- Acceso de los ciudadanos a la atención médica: número de médicos y enfermeras a tiempo completo por cada 1000 habitantes; tiempo de espera promedio para programar y realizar medios complementarios de diagnóstico y terapia; tiempo promedio de espera para programar y realizar una consulta externa especializada; tiempo de espera promedio para programar y realizar cirugías programadas bajo el sistema de gestión integrado (SIGIC).
- Eficiencia productiva: relación entre enfermeras y médicos; número total de cirugías ambulatorias; duración promedio de la hospitalización; número total de pacientes hospitalizados; número total de hospitalizaciones, consultas hospitalarias y emergencias prevenibles; número total de primeras consultas (agregadas por especialidad); número total de consultas posteriores (agregadas por especialidad).
- Desempeño económico y financiero: costos con medicamentos y productos farmacéuticos para uso hospitalario; costos operativos con recursos humanos; plazo de pago promedio a proveedores.

3.4. Procedimientos formales

El proceso que condujo a la obtención de los datos de la investigación se desarrolló en cuatro etapas, que incluyeron:

- Solicitud al ERS de cada uno de los ULS en estudio (Anexo B)
- Solicitud a ACSS de cada ULS en estudio (Anexo C)

- Solicitud para programar una entrevista con los miembros de CA de la ULS en estudio (Anexo D);
- Solicitud de identificación de ULS en el estudio en referencia a los datos proporcionados por ACSS (Anexo E).
- Autorización para identificar el ULS, con el fin de difundir los resultados del estudio, los datos proporcionados por el ACSS (Anexo F).

3.5. Procedimientos éticos

La elaboración de un trabajo de investigación involucra cuestiones éticas y morales que deben ser atendidas.

A lo largo del proceso de investigación, se respetaron los principios básicos y fundamentales para la conducta ética de cualquier investigador, como lo afirman Streubert & Carpenter (2013). De hecho, el presente estudio se guía por el principio de autonomía, que confiere el derecho a la participación voluntaria; el principio de no maleficencia, que establece que ninguno de los participantes será perjudicado y los principios de beneficencia y justicia que garantizan que los participantes sean tratados con dignidad y respeto. Por lo tanto, para respetar estos principios, se tomaron algunas medidas.

Con respecto a la participación de las partes interesadas, es decir, a través de entrevistas y su grabación de audio, basada en el Código de Nuremberg (1947), que destaca el consentimiento voluntario de la persona como absolutamente esencial, así como la capacidad de "ejercer el derecho de elección sin ninguna intervención de elementos de fuerza, fraude, mentira, coerción, astucia u otra forma de restricción posterior "(p. 14), se hizo una solicitud verbal a cada uno de los participantes y su consentimiento e informado. Para ello, se les informó sobre los objetivos y la importancia del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y garantizando el anonimato completo. Después de todas las aclaraciones, los participantes aceptaron participar voluntariamente en este estudio.

En la fase de discusión de los resultados, también se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, así como una descripción honesta y responsable al hacer público todo el proceso de investigación y los resultados respectivos.

4. Presentación y discusión de resultados

La presentación y discusión de los resultados se realizará en 2 partes. La primera parte se refiere a la presentación y discusión de los resultados resultantes del conjunto de datos proporcionados por ACSS y ERS. La segunda parte se centrará en el análisis y la discusión del contenido de las entrevistas y, en particular, las diversas dimensiones que lo componen.

Las instituciones en estudio, como ya se mencionó, son: ULS de Matosinhos, que forma parte del Hospital Pedro Hispano y ACES Matosinhos, en Matosinhos, que atiende a una población de aproximadamente 175 mil personas; ULS Alto Minho, que incluye 2 unidades hospitalarias, el Hospital Conde de Bertiandos en Ponte de Lima y el Hospital Santa Luzia en Viana do Castelo, 12 centros de salud, 1 unidad de salud pública y 2 unidades de convalecencia, y atiende a una población residente más de 244 mil personas; el ULS de Castelo Branco, que integra el hospital Amato Lusitano, en Castelo Branco, y las agrupaciones de centros de salud de Beira Interior Sul y Pinhal Interior Sul, 9 en total, y atiende a una población residente de aproximadamente 108 mil personas; ULS Guarda integra dos hospitales, el Hospital Sousa Martins en Guarda y Nossa Senhora de Assunção en Seia, y 13 centros de salud, y atiende a una población residente de aproximadamente 155 mil personas; ULS Nordeste integra 3 unidades hospitalarias, el Hospital Bragança, el Hospital Macedo de Cavaleiros, el Hospital Mirandela y 14 centros de salud, y atiende a una población de aproximadamente 136 mil habitantes.

Tabla 2 - Presentación de cada ULS según población residente.

ENTIDADES HOSPITALARES	Concelho	População Censos 2011
UNIDAD LOCAL DE SALUD DA GUARDA, E.P.E.	Almeida	7242
	Celorico da Beira	7693
	Figueira de Castelo Rodrigo	6260
	Fornos de Algodres	4989
	Gouveia	14046
	Guarda	42541
	Manteigas	3430
	Mêda	5202
	Pinhel	9627
	Sabugal	12544
	Seia	24702
	Trancoso	9878
Vila Nova de Foz Côa	7312	
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, E.P.E. Total		155.466
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE CASTELO BRANCO, E.P.E.	Castelo Branco	56109
	Idanha-a-Nova	9716
	Oleiros	5721
	Penamacor	5682
	Proença-a-Nova	8314
	Sertã	15880
	Vila de Rei	3452
	Vila Velha de Ródão	3521
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE CASTELO BRANCO, E.P.E. Total		108.395
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE MATOSINHOS, E.P.E.	Matosinhos	175478
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E. Total		136.252

Fuente: ACSS

Tabla 2 - Presentación de cada ULS según población residente (continuación).

UNIDAD LOCAL DE SALUD DE MATOSINHOS, E.P.E. Total		175.478
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO ALTO MINHO, E.P.E.		
	Arcos de Valdevez	22847
	Caminha	16684
	Melgaço	9213
	Monção	19230
	Paredes de Coura	9198
	Ponte da Barca	12061
	Ponte de Lima	43498
	Valença	14127
	Viana do Castelo	88725
	Vila Nova de Cerqueira	9253
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO ALTO MINHO, E.P.E. Total		244.836
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E.		
	Alfândega da Fé	5104
	Bragança	35341
	Carraceda de Ansiães	6373
	Freixo de Espada à Cinta	3780
	Macedo de Cavaleiros	15776
	Miranda do Douro	7482
	Mirandela	23850
	Mogadouro	9542
	Torre de Moncorvo	8572
	Vila Flor	6697
	Vimioso	4669
	Vinhais	9066
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E. Total		136.252

Fuente: ACSS

Es importante tener en cuenta que la forma en que se presentan los resultados aquí fue el resultado de la agregación de datos en cuatro dimensiones. Por lo tanto, las cuatro dimensiones se refieren a: acceso de los ciudadanos a la atención médica; Eficiencia productiva; calidad de atención; desempeño económico y financiero. Los resultados

servirán para evaluar el desempeño del ULS en estudio, en cada una de estas dimensiones.

La integración de la atención médica es, en general, y en nuestro país en particular, una necesidad que se ha perseguido durante décadas, como lo atestigua el texto introductorio del estatuto SNS (DL nº 11/93 del 15 de enero de 1993) que establece: "La dicotomía tradicional entre la atención primaria y la atención diferenciada resultó ser no solo incorrecta desde un punto de vista médico, sino que también generó disfunciones desde el punto de vista organizacional. De ahí la creación de unidades integradas de atención de salud, unidades de salud, que harán posible la articulación indispensable entre grupos personalizados de centros de salud y hospitales. La indivisibilidad de la salud, por un lado, y la gestión cuidadosa de los recursos, por el otro, impone la consagración de dicho modelo, en el que radica uno de los aspectos esenciales de la nueva estructura del Servicio Nacional de Salud" (p.14).

Sin embargo, al definir teóricamente este objetivo político, organizativo y administrativo, se vuelve más fácil, en lugar de medir, evaluar cuándo se logra este propósito, como es el modelo de gobierno de ULS. El conjunto de indicadores seleccionados, relacionados con los objetivos ya presentados, funcionará como un marco hipotético que explica una realidad, que debe ser cuestionada.

La preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema de salud pública concomitante con la preocupación de garantizar que la atención médica se brinde sin desperdicio y con los más altos estándares de calidad ha sido una realidad apremiante en Portugal durante años.

Cordero Ferrera et al., (2014) informan que ha habido un gran interés en evaluar el desempeño de las organizaciones de salud. Amado y Santo (2009) también informan que la atención en la medición de la eficiencia y la eficacia de la prestación de asistencia sanitaria ha aumentado considerablemente en Portugal. En la misma línea, Hollingsworth y Street (2006) mencionan que el análisis de la eficiencia de las organizaciones de atención médica es un tema muy popular.

Como señala Evans et al., (2013) ha habido una preocupación por mejorar la interconexión entre las organizaciones y los diferentes niveles de atención, en diferentes sistemas de salud. La creación de organizaciones integradas verticalmente ha apuntado no solo a mejorar la calidad de la atención, sino también a una mayor eficiencia y satisfacción del usuario.

4.1. Presentación de datos - acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria

La Constitución portuguesa reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, concretado "a través de un servicio nacional de salud universal y general...", dejando al Estado adoptar medidas que garanticen "... el acceso de todos los ciudadanos independientemente de su condición económica, atención de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación" (artículo 64 del CRP).

Según el proyecto de ley 397 / IX, que crea el proveedor de salud "La salud es, como un activo fundamental para los ciudadanos, una condición indispensable en el camino hacia una sociedad más justa y más solidaria. Por esta razón, una política de salud adecuada siempre tendrá que cumplir el doble objetivo de garantizar que los ciudadanos tengan acceso a la atención médica en condiciones de igualdad y equidad y de promover la calidad y la eficiencia del sistema de salud. De ahí la necesidad de revalorizar y dignificar el papel de los ciudadanos en el campo de la salud, con el objetivo, en particular, de hacer que el sistema sea más sensible a los derechos, necesidades y expectativas de los ciudadanos" (p.1).

En este capítulo, se analiza la capacidad de las instituciones de salud considerando los recursos humanos, el número de médicos y el número de enfermeras; tiempo promedio de espera para programar y realizar una consulta externa especializada; tiempo de espera promedio para programar y realizar cirugías programadas dentro del alcance del sistema de gestión integrado para inscritos en cirugía (SIGIC).

4.1.1 Número de médicos y enfermeras a tiempo completo

Tabla 3 - Total de médicos y enfermeras según cada ULS.

Año	Institución	Tipo de Cuidado	Medico Especialistas		Medicos Internos		Enfermeros	
			N.º	ETC	N.º	ETC	N.º	ETC
2015	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	206	197,7	10	100,0	618	682,5
2015	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	171	161,8	55	55,0	221	244,9
2016	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	213	207,1	10	101,0	653	663,6
2016	Unidade Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	178	174,4	58	58,0	232	232,4
2017	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	176	175,3	56	56,0	249	249,6
2017	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	216	211,0	11	113,0	681	698,6
2018	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	174	174,6	54	54,0	247	247,0
2018	Unidad Local de Salud Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	237	234,0	11	110,0	675	673,1
2015	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	100	89,5	42	41,6	361	396,7
2015	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	50	45,5	15	14,8	96	107,2
2016	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	99	96,9	47	47,0	358	360,6
2016	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	54	53,9	15	15,0	101	100,8

2017	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	67	67,4	14	14,0	113	113,3
2017	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	88	86,8	40	40,0	357	361,6
2018	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	67	67,5	19	19,0	111	111,0
2018	Unidad Local de Salud Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	91	90,4	31	31,0	356	355,7
2015	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	99	93,5	57	57,0	470	532,8
2015	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	93	77,9	10	10,0	163	186,0
2016	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	97	91,7	47	47,0	495	517,7
2016	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	100	93,8	12	12,0	172	177,4
2017	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	103	98,2	13	13,0	180	186,6
2017	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	99	96,1	53	53,0	526	553,3
2018	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	100	99,2	12	12,0	168	168,0
2018	Unidad Local de Salud Guarda, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	105	102,5	60	60,0	543	542,9
2015	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	282	241,2	156	156,0	620	683,0
2015	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	105	83,7	51	51,0	166	182,7
2016	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	286	271,4	154	154,0	613	652,4

2016	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	111	107,4	47	47,0	177	190,6
2017	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	112	108,7	46	46,0	177	190,6
2017	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	288	274,0	173	173,0	618	659,4
2018	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	111	108,3	42	42,0	181	186,6
2018	Unidad Local de Salud Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	303	289,0	184	184,0	637	655,2
2015	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	113	101,9	48	48,0	434	494,0
2015	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	88	81,7	41	41,0	169	192,7
2016	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	113	109,0	49	49,0	457	476,9
2016	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	92	86,3	28	28,0	167	169,0
2017	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	64	62,2	31	31,0	171	172,8
2017	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	140	137,1	68	68,0	470	492,7
2018	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Primarios	67	68,4	27	27,0	172	171,7
2018	Unidad Local de Salud Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Salud Hospitalares	136	135,7	59	59,0	480	480,1

Fuente: ACSS

Un componente crítico del desempeño de los servicios nacionales de salud es la identificación de un conjunto de puntos de referencia e indicadores de desempeño, y los medios para su medición, para monitorear la fuerza laboral de salud (OMS, 2008). Por lo tanto, el indicador analizado permite evaluar la cobertura de los profesionales de

la salud en relación con la población residente, lo que refleja la capacidad de respuesta ULS en estudio en vista de las posibles necesidades de la población.

Las proporciones entre la fuerza laboral de salud y la población se han calculado y utilizado, por ejemplo, para servir de base a los gobiernos, analizando los desafíos que tienen con respecto a los recursos humanos en salud, con el objetivo de mejorar las tasas de cobertura para las intervenciones de atención en cuidados de salud, además de formular estrategias y planes de recursos humanos en salud.

A través del análisis de la tabla a continuación, parece que, con la excepción de ULS Castelo Branco, con respecto al número de médicos especialistas, todos los ULS en el período 2015-2018, a nivel mundial, registraron un aumento en su capacidad para responder a las necesidades de la población diferenciada en salud. ULS Castelo Branco muestra una disminución en el orden de 9 médicos especialistas en atención médica hospitalaria, de 100 médicos especialistas en 2015 a 91 en 2018, lo que da una percepción negativa y una pérdida en la capacidad de promover una respuesta práctica clínica y médica calificada y diferenciada.

En cuanto al número de enfermeras, hay una tendencia que se registra en el número de médicos especialistas. Todos los ULS bajo análisis, tanto en el campo de la atención hospitalaria como en el ámbito de la atención primaria de salud, registraron un aumento en la capacidad de respuesta de la atención médica, a través del aumento en el número de enfermeras. La excepción sigue siendo ULS Castelo Branco, en el que en el área del hospital hubo una disminución en la disponibilidad del número de enfermeras, de 361 (año 2015) a 356 (año 2018).

4.1.2. Tiempo de espera promedio para programar y realizar una consulta externa especializada

Tabla 4 - Tiempo de espera promedio en cada ULS para programar y realizar una consulta especializada externa.

CH / ULS (H) de destino do pedido	Año de efetivação pedido	Consultas realizadas	Tiempo medio de respuesta a lo pedido (dias)
ULS da Guarda, E.P.E.	2018	10.265	204,2
	2017	10.806	137,8
	2016	11.533	123,1
	2015	11.358	121,8
	Total	97.517	137,6
ULS de Castelo Branco, EPE	2018	10.076	105,5
	2017	9.483	98,7
	2016	8.563	114,0
	2015	7.687	107,9
	Total	78.777	102,5
ULS de Matosinhos, E.P.E.	2018	34.749	105,1
	2017	33.870	104,6
	2016	32.449	107,3
	2015	32.241	105,6
	Total	255.922	123,7
ULS do Alto Minho, E.P.E.	2018	35.667	84,0
	2017	37.238	71,6
	2016	36.607	76,5
	2015	35.491	80,3
	Total	317.981	96,1
ULS do Nordeste, E.P.E.	2018	15.238	112,1
	2017	15.991	108,4
	2016	16.138	91,7
	2015	16.900	72,5
	Total	158.837	89,6
Total	909.034	107,7	

Fuente: ACSS

La Ordenanza No. 153/2017, de 4 de mayo, publicada en el Diário da República, define los tiempos máximos de respuesta garantizados (TMRG) en el Servicio Nacional de Salud (SNS) para todos los tipos de atención médica sin urgencia.

Para la primera consulta de una especialidad hospitalaria, el diploma establece un tiempo máximo de 120 días consecutivos desde el registro de la solicitud de consulta

realizada por el médico tratante de la unidad funcional del grupo de centros de salud, a través del Sistema Integrado de Gestión de Acceso para usuarios al Servicio Nacional de Salud (SIGA SNS), sin perjuicio de un TMRG más corto, considerado en las situaciones de mayor prioridad asignadas por el médico de detección en el hospital de destino.

El tiempo de espera puede generar costos potenciales para el usuario, ya que un acceso tardío a la atención médica puede afectar negativamente los resultados de salud, debido a la demora en el diagnóstico y el tratamiento, causando daños personales a las personas, como la degradación de su condición, salud y la existencia de ansiedad asociada con la incertidumbre de todo el proceso de toma de decisiones. Además de estos efectos negativos, el tiempo de espera puede generar un costo de oportunidad, lo que puede significar una pérdida de ingresos o productividad para el usuario (Ferreira, 2012).

Por lo tanto, se desea una gestión adecuada de las listas de espera, con el fin de reducir los tiempos de espera, con el objetivo final de aumentar el bienestar de los usuarios y mejorar el rendimiento de las instituciones de salud.

Al observar los datos proporcionados por el ACSS con respecto al tiempo de espera promedio para programar y realizar una consulta de especialidad externa, teniendo como referencia el año 2018, aislado, aparece el de los cinco ULS en estudios, uno en particular, ULS Guarda, no cumple con el TMRG estipulado por la Ley, que asciende a 204,2 días. ULS Alto Minho es el que tiene el tiempo de espera promedio más bajo, 84 días.

En relación con este indicador, que mide su evolución en el tiempo, de 2015 a 2018, la tendencia general es un empeoramiento en los tiempos de espera promedio, en todos los ULS, excepto en el ULS de Castelo Branco, que registró una disminución en el número de días, aunque muy pequeño (2015 107.9 días; 2018 105.5 días), la evolución puede considerarse residual.

En una observación más exhaustiva, podemos concluir que ULS do Nordeste y ULS da Guarda fueron las ULS que más aumentaron los tiempos de espera promedio,

específicamente ULS do Nordeste registró un agravamiento de 40 días, en un período de 4 años, y ULS de Guarda un aumento de 83 días.

4.1.3. Tiempo promedio de espera para programar y realizar cirugías programadas bajo el sistema de gestión integrado inscrito en cirugía (SIGIC)

Tabla 5 - Tiempo de espera promedio en cada ULS para programar y realizar cirugías programadas bajo el sistema de gestión integrado inscrito en cirugía (SIGIC).

Hospital que Opera	Media do TE Op (meses) (Hosp) 2015	Media do TE Op (meses) (Hosp) 2016	Media do TE Op (meses) (Hosp) 2017	Media do TE Op (meses) (Hosp) 2018
ULS Matosinhos, E.P.E.	4,51	4,7	4,65	3,79
ULS Alto Minho, E.P.E.	3,22	3,94	3,21	3,24
ULS Guarda, E.P.E.	3,26	3,53	3,2	3,37
ULS Castelo Branco, E.P.E.	2,8	2,42	2,52	2,7
ULS Nordeste, E.P.E.	3,44	3,87	4,04	4,14

Fuente: ACSS

Las listas de espera y los tiempos de espera por encima de los límites clínicamente aceptables son una realidad en varios países de la OCDE, particularmente en aquellos donde la financiación es pública, y a menudo no es posible que los pacientes realicen los procedimientos quirúrgicos prescritos en las fechas recomendadas, afectando a una gran parte de la población, no siendo una excepción sino la regla (Informe CESifo DICE, 2003).

De acuerdo con la Ordenanza No. 45/2008, de 15 de enero, que aprueba la segunda versión del Reglamento del Sistema Integrado de Gestión para Registros de Cirugía (SIGIC), el tiempo de espera se considera "(...) el número de días calendario que media entre el momento en que el médico especialista propone una intervención quirúrgica y la observación, la cancelación del registro o la eliminación del usuario de la Lista de solicitantes de cirugía (LIC)" (p. 526).

De hecho, mientras un paciente espera a que la enfermedad progrese, afecta y puede comprometer los resultados del tratamiento y el pronóstico. Agregar la posibilidad de empeorar las enfermedades crónicas, que pueden convertirse en situaciones agudas reversibles y curables o irreversibles, puede determinar discapacidades permanentes. En cualquier caso, los costos para el NHS, los cambios en la dinámica del día a día y la calidad de vida.

Esperar por la atención médica siempre tiene una panoplia de resultados negativos, tanto por el impacto en la salud misma como por su naturaleza económica, social y familiar.

Con respecto al ULS en estudio, en referencia a este indicador, el tiempo promedio de espera para programar y realizar cirugías programadas dentro del alcance del sistema de gestión integrado inscrito en cirugía (SIGIC), un primer análisis más general muestra una estabilización de los tiempos de espera promedio para los usuarios en el horizonte temporal 2015-2018.

En más detalle, ULS de Matosinhos logró la mayor reducción en el tiempo de espera promedio, de 4.5 meses en 2015 a 3.7 meses en 2018.

En el plan opuesto, el ULS del noreste registró, en el cálculo general de los cinco ULS en estudio, el peor resultado, habiendo aumentado en 0.7 meses (3.14 en 2015; 4.14 en 2018).

Las ULS de Alto Minho, ULS de Guarda y ULS de Castelo Branco, en una perspectiva longitudinal, se han estancado en los tiempos de espera promedio, totalizando 3.2 meses, 3.3 meses y 2.7 meses en 2018, respectivamente.

4.2. Presentación de datos - Calidad de la atención

Actualmente, en el pensamiento político, el ejercicio de la ciudadanía está entrelazado con la salud de los ciudadanos y, por lo tanto, el ciudadano debe ser colocado en el centro del modelo de prestación de atención médica, contribuyendo a la construcción de una ciudadanía participativa y al ejercicio positivo de sus derechos en la toma de

decisiones sobre sí mismos, en la gestión de servicios y en la adopción de políticas de salud, yendo más allá de una relación con el sistema de salud meramente instrumental. Como tal, una sociedad moderna, centrada en el ciudadano, información sobre los objetivos del sistema de salud; el acceso; la calidad de la atención médica; la capacidad de elegir y quejarse; participación y representación adecuada en las decisiones sobre el uso de los recursos; y la satisfacción con los resultados son aspectos que merecen una profunda reflexión (OPSS, 2003).

La entrada en vigencia, en agosto de 2014, de los nuevos estatutos de la ERS, resultó en una extensión y profundización de su competencia en el manejo de las quejas de los usuarios de los servicios de salud, lo que no sucedió hasta la fecha mencionada. Más específicamente, la modificación de sus estatutos y la publicación del Reglamento n. 65/2015, de 11 de febrero, la recopilación, el seguimiento y la valoración de la información sobre quejas, cumplidos y sugerencias sobre todos los proveedores de servicios de salud, el sector público, privado, social y cooperativo se han centralizado en el ERS. ERS declara que las instituciones deben responder, obligatoriamente e independientemente de su contenido, a todas las quejas. Luego, dentro de un período máximo de 10 días hábiles, deben enviar a ERS una de las copias del libro de quejas o, acompañadas de la respuesta dada al usuario. Al recibirlo, ERS lo registra en su propio sistema informático, el Sistema de gestión de reclamaciones (SGREC), identificando al usuario y la unidad de salud objetivo, preparando un resumen de la reclamación presentada y produciendo un archivo digitalizado con la copia respectiva La queja y la respuesta al usuario.

También existe la posibilidad de que el usuario presente su queja a través del sistema de "Quejas en línea" disponible en el portal ERS, diseñado "para facilitar el ejercicio del derecho de queja y controlar la resolución de las quejas, contribuyendo a la promoción de una estrecha relación entre los usuarios y el NHS" (ERS, 2009, p.1).

La plataforma del Sistema de Gestión de Quejas ERS (SGREC) agrega los temas de las quejas en diez dimensiones / áreas temáticas:

- Acceso a la atención médica: problemas relacionados con las dificultades para obtener atención médica, que van desde la inscripción en un médico de familia hasta la programación de la atención (incluidos los tiempos de respuesta máximos garantizados [TMRG] o las listas de espera para la cirugía [SIGIC]), pasando por situaciones de discriminación (trato diferenciado) en el servicio o incluso rechazo (rechazo del servicio) de los usuarios.
- Atención médica y seguridad del paciente: cuestiones relacionadas con la calidad técnica de la atención médica, incluidas, entre otras, las calificaciones de los profesionales y la relevancia de los actos realizados, así como temas relacionados con la seguridad clínica de los pacientes y algunos elementos comprendidos en los requisitos de licencia, como la esterilización y / o desinfección de espacios y materiales.
- Elogio / Elogio: opinión positiva sobre la organización del establecimiento, los servicios prestados o sobre los empleados, clínicos o no clínicos.
- Atención al usuario: cuestiones relacionadas con el grado de humanización de los servicios, incluidas las prácticas diarias, los procedimientos internos, los derechos de los usuarios, la publicidad y las relaciones interpersonales.
- Instalaciones y servicios complementarios: incluye algunos elementos de los requisitos de licencia y también la calidad percibida por los usuarios, la industria hotelera, los servicios complementarios y la seguridad estructural.
- Procedimientos administrativos: temas relacionados con la forma en que se organizan los establecimientos (servicio administrativo, horario de apertura, confirmación previa de citas) y el cumplimiento de las obligaciones legales hacia el ERS. • Cuestiones financieras: situaciones relacionadas con la facturación (cobro), el alta (recibos), tarifas moderadas, presupuestos o transparencia en la información previa al acto clínico, es decir, precios, valores atribuibles al usuario o copagos.

- Sugerencia: contribución positiva a la mejora de la calidad general de la organización del establecimiento, los servicios prestados o el desempeño de los empleados.
- Tiempos de espera: tiempo de espera en el sitio, desde el momento de llegada a la instalación hasta el servicio, incluyendo demoras y demoras, por actos clínicos y administrativos.
- Otros temas: clasificación que se utilizará en situaciones no incluidas en los otros tipos, o que están fuera de las funciones del ERS, o incluso en exposiciones inexactas, que plantean dificultades en la clasificación objetiva. (ERS, 2015)
- Este capítulo presenta el número de quejas de los usuarios con respecto a cada ULS, en el período de 2015 a 2018 y qué temas son los más abordados en estas quejas.

4.2.1 Número de quejas de la Autoridad Reguladora de Salud

Tabla 6 - Número de casos REC, por año de presentación al ERS.

Unidade Local de Saúde	2015	2016	2017	2018
ULS da Guarda, EPE	362	328	312	411
ULS de Castelo Branco, EPE	369	457	527	513
ULS de Matosinhos, EPE	920	959	1669	1663
ULS do Alto Minho, EPE	933	760	777	635
ULS do Nordeste, EPE	287	311	283	371
Total/Ano	2871	2815	3568	3593

Fuente: ERS

Del análisis global de los datos se puede ver que, en el período de 2015 a 2018, hubo un aumento en el número de quejas presentadas al ERS con respecto a 4 ULS, aunque

hubo un crecimiento gradual en 3 de ellas, parece que ULS Matosinhos se registró un aumento exponencial (en 2015, la cifra fue de 920 quejas; en 2018, la cifra fue de 1663 quejas). Cabe señalar que ULS do Alto Minho siguió una tendencia a la baja en términos de número de quejas (933 en 2015 y 635 en 2018).

También se debe tener en cuenta que ULS Alto Minho en comparación con la población a la que sirve, presentando la mayor densidad de población dentro de los 5 ULS bajo análisis, tiene una serie de quejas en 2018 muy cercanas a las presentadas por otros ULS con una menor densidad de población, como por ejemplo ULS de Guarda y ULS de Castelo Branco.

4.2.2 Sujetos más focalizados en quejas hechas

Tabla 7 - ULS da Guarda: temas más mencionados y representatividad en relación con las menciones totales en este ULS.

Tema	% de menções
Enfoque del usuario	22,6%
Salud y seguridad del paciente	19,1%
Cumplido/ Alabanza	13,6%
Tiempos de espera	12,7%
Procedimientos administrativos	11,8%

Fuente: ERS

Tabla 8 - ULS de Castelo Branco: temas más mencionados y representatividad en relación con las menciones totales en este ULS.

Tema	% de menções
Cumplido/ Alabanza	31,0%
Tiempos de espera	14,8%
Enfoque del usuario	13,6%
Salud y seguridad del paciente	11,5%
Procedimientos administrativos	8,9%

Fuente: ERS

Tabla 9 - ULS de Matosinhos: temas más mencionados y representatividad en relación con las menciones totales en este ULS.

Tema	% de menções
Acceso a cuidados de salud	21,8%
Cumplido/ Alabanza	19,3%
Enfoque del usuario	13,8%
Procedimientos administrativos	13,7%
Tiempos de espera	13,0%

Fuente: ERS

Tabla 10 - ULS do Alto Minho: temas más mencionados y representatividad en relación con las menciones totales en este ULS.

Tema	% de menções
Enfoque del usuário	23,3%
Acceso a cuidados de salud	17,8%
Tiempos de espera	15,2%
Procedimientos administrativos	13,4%
Cumplido/ Alabanza	10,8%

Fuente: ERS

Tabla 11 - ULS do Nordeste: temas más mencionados y representatividad en relación con las menciones totales en este ULS.

Tema	% de menções
Enfoque del usuário	25,4%
Tiempos de espera	19,1%
Salud y seguridad del paciente	18,3%
Procedimientos administrativos	14,2%
Acceso a cuidados de salud	11,7%

Fuente: ERS

Al observar los datos, parece que el tema más enfocado en las 5 ULS en estudio se refiere al tema: "Enfoque del usuario". Según ERS, la esencia de este tema comprende temas relacionados con el grado de humanización de los servicios, incluidas las prácticas diarias, los procedimientos internos, los derechos de los usuarios, la publicidad y las relaciones interpersonales (ERS, 2015). Entre las 5 ULS, el "enfoque en el usuario"

aparece primero como motivo de queja, más específicamente en ULS Guarda, con un porcentaje del 22,6%; ULS do Alto Minho con un valor del 23.3% y ULS Nordeste con un porcentaje del 25.4% en el porcentaje general de menciones.

En un análisis más detallado se puede inferir que el segundo tema con más expresión en la globalidad de los 5 temas se refiere al "Acceso a la atención médica". Más específicamente, aparece como la primera razón de queja con respecto a ULS Matosinhos con una expresión del 21.8%, y se presenta como la segunda causa de queja con respecto a ULS do Alto Minho (17.8%). Cabe señalar que ERS (2015) define las quejas que abordan el tema "Acceso a la atención médica" como cuestiones relacionadas con las dificultades para obtener atención médica, que van desde la inscripción en un médico de familia hasta la programación de la atención (incluyendo tiempos de respuesta máximos garantizados [TMRG] o listas de espera para cirugía [SIGIC]), pasando por situaciones de discriminación (tratamiento diferenciado) en el servicio o incluso rechazo (rechazo del servicio) de los usuarios.

Cabe señalar que el tema más referido, con un porcentaje del 31%, en relación con ULS Castelo Branco está relacionado con el tema "Alabanza / Alabanza", ERS (2015) define la matriz de este concepto como una opinión positiva sobre la organización del establecimiento, los servicios prestados o en los empleados, clínicos o no clínicos.

4.3. Presentación de datos - Eficiencia productiva

Uno de los aspectos que ha dificultado la evaluación del desempeño de las experiencias de integración de la atención es el hecho de que la oferta, históricamente, se caracteriza por estar menos orientada hacia la prevención de la enfermedad y más hacia la respuesta a la enfermedad aguda y episódica, de modo que Las medidas de rendimiento y las metodologías de los proveedores que se usan tradicionalmente también son consistentes con una oferta fragmentada (Santana *et al.*, 2010).

Por lo tanto, se determinó que era más útil y ventajoso, además de ser más coherente con la realidad, con el objetivo de analizar esta dimensión, principalmente en los indicadores de proceso, buscando evaluar los posibles resultados.

Segundo (Giuffrida & Gravelle 2001) hay una eficiencia de escala cuando, con la tecnología existente, no es posible reducir el costo total de producción cambiando el volumen de producción de las organizaciones y el número de organizaciones. Esta definición es especialmente útil en el contexto de la provisión de atención médica pública, en particular porque el argumento que generalmente se invoca para justificar la fusión de las unidades de salud es el argumento de que esta medida produce un aumento en la eficiencia de la escala o incluso alcanza Escala de eficiencia en la producción (Azevedo & Mateus 2014).

Básicamente, el objetivo de una sociedad, en cualquier mercado de la salud, es maximizar los beneficios y minimizar los costos. Por lo tanto, lograr la eficiencia es una cuestión de comparar los costos (o los recursos utilizados) con los beneficios (o el bienestar resultante) de la posible atención médica y garantizar que los recursos estén disponibles para maximizar las ganancias para la salud. sociedad. Por lo tanto, los servicios de salud efectivos son aquellos que resultan en una mejora en el estado de salud (Costa, 2014; Donaldson & Gerard, 2005).

En este capítulo se presentarán los datos sobre:

- Número total de cirugías ambulatorias;
- Número total de hospitalizaciones;
- Duración promedio de la hospitalización;
- Número total de emergencias realizadas;
- Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores.

4.3.1. Número total de cirugías ambulatorias

Para estudiar la eficiencia productiva en ULS, se analiza la proporción de cirugías ambulatorias en el total de cirugías realizadas.

Número total de cirugías ambulatorias - Unidad Local de Salud de Guarda, EPE

Tabla 12 - Número total de cirugías ambulatorias - Unidad Local de Salud de Guarda, EPE.

Unidad Local de Salud da Guarda, EPE		Dezembro 2015				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		6629	4343	2286	987	14245

Unidad Local de Salud da Guarda, EPE		Dezembro 2016				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		7267	4866	2401	945	15479

Unidad Local de Salud da Guarda, EPE		Dezembro 2017				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		6563	4251	2312	941	14067

Unidad Local de Salud da Guarda, EPE		Dezembro 2018				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		6260	4288	1972	836	13356

Fuente: ACSS, SICA

Al analizar los datos que se refieren al ULS Guarda con respecto al número de cirugías ambulatorias, los datos demuestran una uniformidad de valores durante el período bajo evaluación (2015-2018). Con respecto al número de cirugías realizadas de forma

ambulatoria en comparación con el número total de cirugías, prácticamente representaron una proporción constante durante el intervalo de tiempo, siendo esta proporción ligeramente inferior a 1/3.

Número total de cirugías ambulatorias - Unidad de salud local de Castelo Branco, EPE

Tabla 13 - Número total de cirugías ambulatorias - Unidad de salud local de Castelo Branco, EPE.

Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE		Dezembro 2015				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		5831	3252	2579	1150	12812

Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE		Dezembro 2016				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		6226	3730	2496	998	13450

Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE		Dezembro 2017				
		Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
		5635	3478	2157	966	12236

Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5899	3420	2479	880	12678

Fuente: ACSS, SICA

Al observar los datos sobre el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en relación con el ULS en cuestión, ULS de Castelo Branco, estos revelan valores muy similares durante los años de evidencia (2015-2018). En cuanto a la proporción entre cirugías realizadas de forma ambulatoria en el total de cirugías realizadas, este valor fue constante, que ascendió a una proporción ligeramente inferior a 1/3.

Número total de cirugías ambulatorias: Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE

Tabla 14 - Número total de cirugías ambulatorias: Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE.

Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14373	9481	4892	1723	30469

Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14486	9838	4648	1814	30786

Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14586	10255	4331	1806	30978

Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	13967	10114	3853	1719	29653

Fuente: Fonte: ACSS, SICA

Al observar los datos expuestos, se puede inferir que el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria aumentó gradualmente durante los 4 años bajo análisis. En 2015, el número fue de 9481 cirugías y en 2018 la cifra fue de 10114. Con respecto a la proporción del número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en el número total de cirugías realizadas, esta proporción es aproximadamente 1/3.

Número total de cirugías ambulatorias: Unidad de salud local de Alto Minho, EPE

Tabla 15 - Número total de cirugías ambulatorias: Unidad de salud local de Alto Minho, EPE.

Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	10830	6649	4181	2277	23937

Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	11953	7645	4308	2312	26218

Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	13316	9124	4192	2316	28948

Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	12026	7827	4199	2287	26339

Fuente: ACSS, SICA

Al analizar el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria, con respecto a la ULS de Alto Minho, parece que este número fluctúa significativamente durante el período 2015-2018. Más específicamente, en 2015 la cifra fue de 6649 cirugías; en 2016, el número de cirugías ambulatorias fue de 7645; El valor aumentó significativamente en 2017 a 9124, disminuyendo nuevamente en 2018, para una serie de cirugías realizadas desde 7827.

Al evaluar solo el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en el total de cirugías realizadas, esta proporción está claramente por debajo de 1/3, solo estando cerca de este valor en 2017.

Número total de cirugías ambulatorias: Unidad de Salud Local del Nordeste, EPE

Tabla 16 - Número total de cirugías ambulatorias: Unidad de Salud Local del Nordeste, EPE.

Unidade Local de Salud do Nordeste, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5881	3993	1888	1787	13549

Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	4898	3070	1828	1648	11444

Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	4644	2867	1777	1604	10892

Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5152	3421	1739	1462	11747

Fuente: ACSS, SICA

El número de cirugías realizadas de forma ambulatoria, al analizar los valores en relación con el ULS del noreste, determina que son muy variables durante el período 2015-2018. En una observación más exhaustiva, parece que el nivel de producción en

relación con este indicador de producción fue de 3993 en 2015; 3070 en 2016; 2867 en 2017; 3421 en 2018.

Con respecto al número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en comparación con el número total de cirugías, representaron prácticamente una proporción constante durante el intervalo de tiempo (2015-2018), siendo esta proporción significativamente menor que 1/3.

4.3.2. Número total de hospitalizaciones

Tabla 17 - Número total de hospitalizaciones por cada ULS

Enfermos Salidos	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	9.698	9.383	9.031	8.544
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	8.136	8.155	7.850	7.751
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	16.210	16.356	15.780	15.297
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	17.994	18.110	17.539	17.552
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	11.467	11.211	10.734	10.667

Fuente: ACSS, SICA

En una evaluación global de los datos, se puede ver que todos los ULS en estudio, en el período bajo análisis, registraron una disminución en el número de hospitalizaciones, y esta disminución en el número de pacientes hospitalizados se realizó gradualmente. En una observación más detallada, parece que el ULS que registró una disminución más significativa en el número de pacientes hospitalizados, en la proporción entre 2015-2018, fue el ULS de Guarda (año 2015 - 9698 pacientes hospitalizados; año 2018 - 8544), por lo tanto, con una disminución de 1154 en el número de pacientes hospitalizados. El ULS de Castelo Branco, utilizando el mismo marco de tiempo que se aplicó en el análisis al ULS de Guarda, registró una disminución en el número de pacientes hospitalizados de

385 pacientes; el ULM de Matosinhos de 913 pacientes; ULS do Alto Minho con 442 pacientes y ULS Nordeste con 800 pacientes.

4.3.3 Duración promedio de la hospitalización

Tabla 18 - Duración promedio de la hospitalización por cada ULS.

Demora Média	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	9,2	9,6	9,9	10,6
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	7,3	7,3	7,6	7,6
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	7,2	7,1	7,1	7,4
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	7,2	7,3	7,4	7,3
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	9,0	9,3	10,2	10,3

Fuente: ACSS, SICA

En la observación genérica de los datos que se refieren a la duración promedio de la estadía en el hospital, generalmente se deduce que existe una disparidad con respecto a la ULS en estudio, entre 2015-2018, sin embargo, estos datos son transversales, con un aumento en la duración promedio de la estadía en todas las ULS, oscilando solo el tamaño de este aumento en el número de días.

El ULS da Guarda 2015 registró una estadía promedio en el hospital para cada paciente de 9.2 días. ULS Castelo Branco tuvo un valor de 7.3 días; ULS de Matosinhos un valor de 7,2 días; ULS do Alto Minho un valor de 7.2 días; y ULS Nordeste un valor de 9.0 días.

Los ULS que presentan un mayor aumento en la duración promedio de la estadía en el hospital son los ULS da Guarda y ULS Nordeste, este aumento es del orden de 1,4 días y 1,3 días, respectivamente. Con respecto al ULS restante, este aumento en el número de días de hospitalización puede considerarse insignificante (o, 3 días en comparación con el ULS de Castelo Branco; 0.2 días ULS de Matosinhos; 0.1 días ULS de Alto Minho).

4.3.4. Número total de emergencias realizadas

Tabla 19 - Número total de emergencias realizadas por cada ULS para el año 2015

Nº de Atendimientos Total – Urgencia	dez-15				
	Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo				26.381	18.233
SU - Basica – Azul				149	62
SU - Basica – Branco				610	348
SU - Basica – Laranja				6.139	1.885
SU - Basica – Verde				30.469	12.306
SU - Basica – Vermelho				236	130
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	41.512				46
SU - Cirurgia médica – Amarelo		35.291	44.474	48.220	45.522
SU - Cirurgia médica – Azul		697	1.155	360	282
SU - Cirurgia médica – Branco		1.441	3.345	216	2.979
SU - Cirurgia médica – Laranja		4.789	12.636	12.893	7.766
SU - Cirurgia médica – Verde		20.998	23.543	34.574	17.569
SU - Cirurgia médica – Vermelho		147	392	249	222
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)			151		30
Total SU – Nr.º Urgencias	60.610	63.363	85.545	96.512	74.340

Fuente: ACSS, SICA

Tabla 20 - Número total de emergencias realizadas por cada ULS para el año 2016.

Nº de Atendimientos Total – Urgencia	dez-16	dez-16	dez-16	dez-16	dez-16
	Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	20.011			27.855	18.862
SU - Basica – Azul	908			273	296
SU - Basica – Branco	1.017			839	1.469
SU - Basica – Laranja	2.964			5.572	1.996
SU - Basica – Verde	17.460			30.786	13.170
SU - Basica – Vermelho	155			231	100
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	119				52
SU - Cirurgia médica – Amarelo	24.407	37.089	43.614	56.223	47.094
SU - Cirurgia médica – Azul	2.858	695	2.326	569	745
SU - Cirurgia médica – Branco	1.844	1.492	6.269	775	3.157
SU - Cirurgia médica – Laranja	4.797	3.959	15.238	12.942	7.451
SU - Cirurgia médica – Verde	25.186	23.888	22.779	29.507	18.394
SU - Cirurgia médica – Vermelho	133	177	350	248	225
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	4.264		165		195
Total SU – Nr.º Urgencias	63.489	67.300	90.741	100.264	77.261

Fuente: ACSS, SICA

Tabla 21 - Número total de emergencias realizadas por cada ULS para el año 2017

Nº de Atendimentos Total – Urgência	dez-17	dez-17	dez-17	dez-17	dez-17
	Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	2.607			25.326	18.922
SU - Basica – Azul	12.990			295	371
SU - Basica – Branco	953			603	577
SU - Basica – Laranja	125			4.139	1.464
SU - Basica – Verde	30.939			30.208	13.539
SU - Basica – Vermelho				220	107
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	909				81
SU - Cirurgia médica – Amarelo	3.864	34.611	43.690	58.636	44.596
SU - Cirurgia médica – Azul	20.707	863	2.009	556	884
SU - Cirurgia médica – Branco	1.332	1.145	6.933	1.957	2.573
SU - Cirurgia médica – Laranja	124	3.638	15.268	11.972	6.744
SU - Cirurgia médica – Verde	23.719	23.822	21.868	28.963	19.053
SU - Cirurgia médica – Vermelho	124	145	367	214	220
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	1.867	312	238		170
Total SU – Nr.º Urgencias	51.737	64.536	90.373	102.298	74.240

Fuente: ACSS, SICA

Tabla 22 - Número total de emergencias realizadas por cada ULS para el año 2018.

Nº de Atendimientos Total – Urgência	dez-18	dez-18	dez-18	dez-18	dez-18
	Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	21.504			24.537	17.821
SU - Basica – Azul	878			198	486
SU - Basica – Branco	876			299	762
SU - Basica – Laranja	2.869			3.603	1.413
SU - Basica – Verde	12.298			30.107	14.719
SU - Basica – Vermelho	133			253	107
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	117			127	87
SU - Cirurgia médica – Amarelo	27.794	31.167	40.821	57.300	45.857
SU - Cirurgia médica – Azul	2.201	1.258	1.493	387	617
SU - Cirurgia médica – Branco	2.464	1.281	3.384	1.687	2.885
SU - Cirurgia médica – Laranja	5.222	3.363	14.216	12.780	6.461
SU - Cirurgia médica – Verde	23.181	25.769	20.546	32.717	20.970
SU - Cirurgia médica – Vermelho	126	154	346	220	183
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	372	99	6.352	224	188
Total SU – Nr.º Urgencias	61.360	63.091	87.158	105.315	77.161

Fuente: ACSS, SICA

Al examinar los datos relacionados con el número de emergencias realizadas en todas las ULS, en el período de tiempo bajo análisis (2015-2018), parece que los episodios de emergencias aumentaron progresivamente, en todas las ULS en estudio.

En un análisis más detallado de ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco y ULS Matosinhos, este aumento en el número de episodios de emergencia fue residual en el intervalo de tiempo en el que se centra este estudio. Con respecto a la ULS de Alto Minho, registró el aumento más significativo, con un aumento en el número de emergencias en el orden de 8803 episodios (año 2015 - 96512 episodios; año 2018 - 105315 episodios). En 2015, ULS do Nordeste registró un total de 74340 episodios de urgencias y en 2018 hubo 77,161 emergencias, lo que indica un aumento de 2821 episodios de emergencias, en el período comprendido entre 2015 y 2018.

4.3.5. Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores

Tabla 23 - Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores para 2015 y 2016

	dez-15			dez-16		
	Total de Consultas	Primeras Consultas	Consultas Subsecuentes	Total de Consultas	Primeras Consultas	Consultas Subsecuentes
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	101.513	35.674	65.839	104.656	34.681	69.975
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	88.668	27.007	61.661	89.080	27.538	61.542
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	268.610	77.657	190.953	278.546	79.900	198.646
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	236.928	86.183	150.745	242.530	80.526	162.004
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	106.786	39.288	67.498	103.286	38.251	65.035

Fuente: ACCS, SICA

Tabla 24 - Número total de consultas, primeras consultas y consultas posteriores para 2017 y 2018.

	dez-17			dez-18		
	Total de Consultas	Primeras Consultas	Consultas Subsecuentes	Total de Consultas	Primeras Consultas	Consultas Subsecuentes
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	102.163	33.338	68.825	98.709	29.731	68.978
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	88.070	27.838	60.232	84.833	28.507	56.326
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	277.406	80.250	197.156	285.157	81.930	203.227
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	237.922	74.843	163.079	240.064	72.457	167.607
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	100.138	36.066	64.072	99.076	36.074	63.002

Fuente: ACCS, SICA

En un análisis general con respecto a la eficiencia productiva asociada al total de consultas, hay resultados dispares, entre los 5 ULS a los que apunta este estudio de investigación, en el período comprendido entre 2015 y 2018. Observamos que hay 2 ULS que expandieron su capacidad productiva, registrando un aumento en el número de consultas realizadas. Más específicamente, el ULS de Matosinhos y el ULS de Alto Minho tuvieron un aumento de alrededor de 16547 consultas y 3136 consultas, respectivamente (ULS Matosinhos en 2015 llevó a cabo 268610 consultas y en 2018 285157 consultas; ULS sí Alto Minho realizó 236928 consultas en 2015 y en 2018 240064).

Los 3 ULS restantes en estudio, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco y ULS do Nordeste, tuvieron una disminución en el número total de consultas registradas, con particular relevancia para ULS do Nordeste, que registró una disminución en el orden de

7660 consultas, ya que en el 2015 llevó a cabo 106736 y en 2018 llevó a cabo 99076 consultas.

4.4. Presentación de datos: desempeño económico y financiero

El análisis financiero de la gestión financiera en el área de la salud puede desarrollarse mediante el uso de indicadores de salud, lo que permite definir la eficiencia de la gestión organizacional (Azevedo, 1993). El análisis de la relación financiera se considera el enfoque estándar para evaluar el desempeño financiero (Neves, 2011).

El análisis financiero se vuelve central para las organizaciones de atención médica con el fin de lograr la reducción de costos, el control de costos con las existencias y el personal, a través de algunas herramientas de administración que evalúan su desempeño.

El sistema de financiamiento de ULS es distinto de los hospitales, basado, como ya se mencionó en capítulos anteriores, en un modelo de financiamiento de capitación, con un componente de pago asociado con el logro de los objetivos.

En el caso de los sistemas de financiación de capitación, una gran parte del riesgo financiero se transfiere al lado de los proveedores. En este modelo, los proveedores reciben, como financiamiento para actividades de salud, una tarifa por cada usuario bajo su responsabilidad durante un cierto período de tiempo, que se basa en los costos promedio de tratar a un usuario. En contrapeso a estos incentivos, los incentivos para promover la prevención de enfermedades y el tratamiento temprano también están asociados con los sistemas de pago por capitación, así como un mayor enfoque en la atención primaria de salud como una forma de administrar la salud de las poblaciones, evitando hospitalizaciones más costosas (Pedersen et al., 2000).

En este capítulo abordaremos el desempeño económico y financiero de cada ULS en particular con respecto a los siguientes dominios:

- Costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital;

- Costos operacionales con recursos humanos;
- Plazo medio de pago a proveedores.

4.4.1 Costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos durante la hospitalización

Tabla 25 - Costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital por cada ULS.

Consumo interno de medicamentos (pacientes hospitalizados, consultas, emergencias, hospitales de día y otros)	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	n.d.	n.d.	n.d.	6.298.152,28 €
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	3.071.328,94 €	2.174.419,04 €	3.332.789,65 €	3.543.340,36 €
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	8.947.346,53 €	9.439.173,07 €	10.475.868,18 €	11.285.561,36 €
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	9.317.665,09 €	10.552.372,99 €	11.391.181,83 €	11.295.551,25 €
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	2.488.789,00 €	2.356.605,80 €	3.475.419,04 €	4.631.817,15 €

n.d. - no disponible

Fuente: ACSS; SICA

En una evaluación global, que se limita a 4 de las 5 ULS en estudio, la ULS de Guarda se excluye debido a datos insuficientes. 2018, con respecto a los costos de medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital.

En una interpretación de los datos más detallados, el ULS de Castelo Branco, habiendo tenido un aumento continuo, aunque vacilante (en 2015 tuvo un costo del orden de € 3, 000,000; en 2016, aproximadamente € 2, 000,000; en 2017 superó € 3, 000,000; en 2018 fue cerca de € 3, 500,000). El ULS de Matosinhos muestra un aumento que puede definirse como un ritmo constante, ya que tenía una cadencia de aproximadamente € 1, 000,000 por año. ULS do Alto Minho registró una evolución en el crecimiento con los

cargos relacionados con medicamentos y productos farmacéuticos, consumidos en el hospital, similar a ULS en Matosinhos. ULS do Nordeste en 4 años tuvo un aumento en los costos con medicamentos y productos farmacéuticos del orden del 40%.

4.4.2. Costos operacionales con recursos humanos

Tabla 26 - Costos operacionales con recursos humanos por cada ULS

Gastos com o pessoal	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	51.182.633,5 3 €	53.245.933,5 8 €	57.870.722,4 5 €	63.477.110,6 4 €
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	37.607.258,5 1 €	39.278.548,0 3 €	40.052.909,1 6 €	42.960.800,2 0 €
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	67.917.401,4 0 €	71.183.565,3 9 €	74.351.687,1 8 €	78.577.734,6 9 €
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	73.741.140,5 2 €	79.813.128,4 5 €	85.194.482,7 5 €	89.654.084,0 8 €
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	53.640.402,1 9 €	57.201.776,9 5 €	59.340.043,5 6 €	63.119.812,6 3 €

Fuente: ACSS, SICA

Enfocando el análisis en una perspectiva de abarcar los 5 ULS en estudio, se concluye que todos presentan un aumento en este indicador de desempeño económico y financiero.

Sin embargo, el ritmo de crecimiento con costos operativos con recursos humanos no es homogéneo dentro del universo de la ULS bajo análisis, en el cual las ULS de Alto Minho registraron el mayor aumento, ya que en 2015 el gasto en personal se acercó más de € 73, 000,000, mientras que en el año 2018 este valor llega a € 90, 000,000, lo que determina un aumento de alrededor de € 15, 000,000 en 4 años. El ULS de Castelo Branco registró el aumento más pequeño con gastos de personal, aproximadamente €

5, 000,000. ULS da Guarda tuvo un aumento de aproximadamente € 12, 000,000, ULS de Matosinhos tuvo un aumento cercano a € 10, 000,000 y ULS do Nordeste aumentó en más de € 9, 000,000, en relación con los costos financieros con recursos humanos.

4.4.3. Plazo medio de pago a proveedores

Tabla 27 - Plazo medio de pago a proveedores para cada ULS.

Prazo Médio de Pagamento	dez-16	dez-17	dez-18
Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	246	274	200
Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	62	78	66
Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	331	385	218
Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	139	192	171
Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE	235	264	175

Fuente: ACSS, SICA

En un análisis elemental con respecto al plazo de pago promedio a los proveedores, se enfatiza el número promedio de días con respecto al ULS de Castelo Branco, debido a su valor, tanto porque es el más pequeño entre los 5 ULS, como por ser tan bajo, en 2018 fueron 66 días.

Con respecto a los 4 ULS restantes, se encuentra que en 2018 hay valores promedio de pago a los proveedores, muy cerca, el ULS da Guarda de 200 días; ULS de Matosinhos por 218 días; ULS do Alto Minho durante 171 días y ULS do Nordeste durante 175 días.

En una observación más detallada y, desde una perspectiva temporal, de 2016 a 2018, solo uno de los 5 ULS aumentó el tiempo de pago promedio a los proveedores, más específicamente el ULS de Alto Minho, con este aumento en 32 días (el año 2016 fue 139 días; 2018 fueron 171 días). Los restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos y ULS do Nordeste informaron una disminución en el número de días, más

específicamente 46 días en ULS da Guarda, 60 días en ULS do Nordeste y 103 días en ULS de Matosinhos.

4.5. Discusión de los resultados del acceso de los ciudadanos a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero

Según la OMS (2008) “un componente crítico de la supervisión y el fortalecimiento del desempeño de los sistemas nacionales de salud es la identificación de un conjunto de puntos de referencia e indicadores de desempeño, y los medios para su medición, para monitorear la fuerza laboral en salud. Se han desarrollado y utilizado diferentes enfoques para medir la capacidad de los recursos humanos en salud (RHS), a fin de cumplir con los objetivos de los sistemas de salud. Cada enfoque tiene sus propias ventajas y limitaciones. La elección del enfoque más apropiado en un contexto dado dependerá a menudo de la disponibilidad de datos, la capacidad técnica y la priorización de políticas e intervenciones programáticas” (p.1).

La OMS (2008) también declara que en este monitoreo de la fuerza laboral es necesario incluir varias variables que influyen en la determinación del impacto del desempeño de la fuerza laboral en los resultados de salud, en un contexto dado. Estas variables incluyen, además del número de población, su estructura; epidemiología y carga de enfermedad; patrones de uso de los servicios de salud; eficiencia organizacional; políticas, regulaciones y estándares de salud; capacidad tecnológica; distribución de la fuerza laboral de salud por ocupación, lugar de trabajo y características sociodemográficas; desempeño individual del proveedor del servicio; demanda pública y expectativas; disponibilidad y medios de financiación.

El concepto de equidad es transversal a varias áreas de las ciencias y las humanidades y en todas ellas su aplicación y comprensión asumen un papel muy importante. Además, ha aumentado el interés en la equidad en salud dentro de las organizaciones políticas y sociales, tanto a nivel nacional como internacional (OMS, 2012) (Braveman y Guskin, 2010), con el reconocimiento de una disposición desequilibrada La atención médica es

una de las fuerzas impulsoras detrás del deseo de cambiar los sistemas de salud (Clark y Bierman, 2007).

La escasez de recursos humanos en salud, o su inequidad manifiesta en su distribución en todo el territorio nacional, es un tema que ha sido ampliamente discutido en la literatura sobre la gestión y organización de los servicios de salud durante muchos años.

Según Campos (2018), analizando el informe de la OCDE "Health at a Glance 2017", en relación con los recursos humanos, parece que Portugal es el tercer país de la OCDE con más médicos por cada mil habitantes (4.6), siendo el promedio de OCDE de 3.4 médicos. Otro hecho en el que nos distinguimos es que somos el segundo país con el mayor porcentaje de médicos generales (51%), con un promedio de la OCDE de 30%. En relación con las enfermeras, tenemos 6.3 enfermeras por cada mil habitantes, muy por debajo del promedio de la OCDE (9.0), con una relación enfermeras / médicos (1.4) también muy por debajo del promedio de la OCDE (2.8).

Las desigualdades geográficas y sociales en la distribución de los recursos humanos en salud conducen a desigualdades en el acceso a los servicios, habiéndose señalado como un problema relevante, persistente y resistente a las estrategias más variadas adoptadas para su resolución, por los gobiernos de la mayoría de los países. En general, los segmentos más pobres y desprotegidos de la población son los que más sufren las situaciones de inseguridad de la atención causadas por la falta de profesionales de la salud (Campos et al., 2009).

Se infiere del análisis de los datos en relación con el número de médicos a tiempo completo, con énfasis en el número de médicos especialistas, que las 4 ULS en estudio registraron un aumento en el número de estos profesionales, lo que presupone un aumento en la capacidad de responder a las necesidades de las poblaciones sanitarias más diferenciadas. La excepción es el ULS de Castelo Branco, que vio, en el año 2015 a 2018, su capacidad de respuesta clínica y médica, calificada y diferenciada.

Debido a la importancia de la APS, también es crucial discutir la evolución del número de médicos y enfermeras en las 5 ULS en estudio. Según la OMS (2019), "la atención primaria de salud ha demostrado ser una forma altamente efectiva y eficiente de

abordar las principales causas y riesgos de mala salud y bienestar en la actualidad, así como de abordar los desafíos emergentes que amenazarán la salud y el bienestar en el futuro. También está comprobado que son una inversión valiosa, ya que hay evidencia de que la atención primaria de salud de calidad reduce los costos totales de atención médica y mejora la eficiencia, reduciendo los ingresos hospitalarios. Satisface necesidades de salud cada vez más complejas y requiere un enfoque multisectorial que integra políticas de promoción y prevención de la salud, soluciones que responden a las comunidades y servicios de salud centrados en las personas. La atención primaria de salud también incluye los elementos principales necesarios para mejorar la seguridad de la salud y prevenir amenazas a la salud, a saber, epidemias y resistencia a los antimicrobianos, a través de medidas como la participación y educación de la comunidad, recetas racionales y un conjunto básico de funciones esenciales de salud pública, incluida la vigilancia. El fortalecimiento de los sistemas a nivel de la comunidad y las unidades de salud periférica contribuye a desarrollar la resiliencia, que es crucial para resistir los impactos sufridos por el sistema de salud” (p. 1).

El número de médicos especialistas en APS, globalmente, se ha estancado en 4 de los 5 ULS, con una disminución en esta matriz de profesionales en el ULS en el noreste, que presupone pérdidas para la población en la promoción, prevención y mantenimiento de su salud y cómo dificultad consiguiente para acceder a la atención médica. El número de enfermeras en APS, en general, se ha mantenido estable, pero debe tenerse en cuenta que todas las ULS registraron un aumento en estos profesionales, aunque residual.

La mayoría de los análisis que abordan el sistema de prestación de atención en Portugal encuentran que existen factores, además de la necesidad clínica, que también influyen en el uso y determinan el acceso a la atención médica, a saber, consultas médicas, pruebas de diagnóstico complementarias y realizar cirugías programadas, entre otras.

Según Henriques (2012), los sistemas de atención de salud en países basados en servicios públicos, como en Portugal, donde el costo monetario del consumo de atención es relativamente bajo, pueden generar un exceso de demanda, necesitan

mecanismos que permitan racionar esta demanda, ya que como la introducción de un precio o valor, ya que los recursos no son ilimitados. También agrega que los sistemas de atención médica utilizan los tiempos de espera como una medida idéntica para el acceso. En otras palabras, como los recursos no están diseñados para la atención inmediata no urgente, el precio pasa por el tiempo de espera.

Con respecto a las primeras consultas especializadas, se definieron los Tiempos máximos de respuesta garantizada (TMRG), teniendo en cuenta el nivel de acceso y el tipo de atención (Ordenanza No. 1529/2008, de 26 de diciembre) y se publicó un documento diploma legal (Ordenanza No. 615/2008, de 11 de julio) - Consulta en tiempo y hora (CTH) - cuyo objetivo es hacer que el acceso a la atención médica sea más rápido y sus procedimientos más transparentes y efectivos, asegurando tiempos máximos respuesta, teniendo en cuenta la prioridad clínica: 30 días si la consulta se considera de alta prioridad; 60 días si se considera una prioridad y 150 días si se considera una prioridad normal.

El ULS de Guarda en 2018 no cumplió con el TMRG estipulado por la ley, cifrando el valor en 204.2 días, lo que implica, según lo referido por Ferreira (2012), costos potenciales para el usuario, como un acceso tardío a la atención la salud puede afectar negativamente los resultados de salud, debido a la demora en el diagnóstico y el tratamiento en sí, causando daños personales a las personas, como la degradación de su estado de salud y la existencia de ansiedad asociada con la incertidumbre de todo el proceso de decisión, así como la pérdida ingresos o productividad para el usuario. El ULS restante en relación con este indicador, que mide su evolución en el tiempo, de 2015 a 2018, la tendencia general es un empeoramiento en los tiempos de espera promedio, a excepción del ULS de Castelo Branco, que registró una disminución en el número de días, aunque muy diminutivo (año 2015 107.9 días; año 2018 105.5 días).

En una discusión más detallada de los resultados, con respecto al tiempo promedio de espera para programar y realizar una consulta con un especialista externo, podemos concluir que ULS do Nordeste y ULS da Guarda fueron las ULS que más aumentaron sus

tiempos promedio, específicamente ULS del noreste registró un empeoramiento de 40 días, durante un período de 4 años y ULS da Guarda aumentó en 83 días.

Según ACSS (2017), la visión holística del viaje de los usuarios y el monitoreo de los tiempos de respuesta globales y transversales a todos los servicios de salud deben articularse con el refuerzo de la cooperación y la articulación entre las instituciones de SNS, buscando así aumentar la productividad general del NHS. Los tiempos de espera promedio para programar y realizar cirugías programadas dentro del alcance del sistema de gestión integrado para aquellos inscritos en cirugía (SIGIC) no escapan a la matriz de este principio.

Los tiempos de espera pueden indicar barreras para acceder a la atención médica, de naturaleza organizacional, debido a una planificación deficiente de los recursos y al uso ineficiente de la capacidad existente (Barua, 2012).

De hecho, mientras un paciente espera, la enfermedad progresa, afectando, al menos potencialmente, los resultados del tratamiento futuro que, de hecho y en algunos casos ya no es posible, poniendo en peligro no solo el bienestar del paciente sino también su vida. Tal situación implica riesgos significativos y costos personales (morales, materiales, familiares, sociales y profesionales) que afectan a las personas y al sistema en su conjunto (Globerman, 2013; Johar et al., 2010).

Según Barros (2009), la espera de atención médica siempre tiene resultados negativos, ya sea por el impacto en la salud misma o de naturaleza económica, lo que también aumenta el riesgo de que ocurran eventos adversos en los pacientes. La reducción de los tiempos de espera para la cirugía es uno de los principales objetivos establecidos para SIGIC, incluso siendo considerado como "(...) un cambio fundamental en la discusión pública sobre las listas de espera. En lugar de presentar y discutir los números relacionados con el tamaño de las listas de espera, comenzamos a discutir los tiempos de espera" (p.342).

Con respecto al conjunto de ULS en estudio, en el horizonte de tiempo 2015-2018, el tiempo promedio de espera para programar y realizar cirugías programadas dentro del alcance del sistema de gestión integrado para los inscritos en cirugía (SIGIC) muestra

una estabilización de los tiempos promedio esperando. El ULS de Matosinhos fue el que logró la mayor reducción en el tiempo de espera promedio, al pasar de 4.5 meses en 2015 a 3.7 meses en 2018. ULS do Nordeste vio este indicador empeorar con un aumento de 0.7 meses (3.14 en 2015; 4.14 en 2018). Los ULS de Alto Minho, ULS de Guarda y ULS de Castelo Branco, en una perspectiva longitudinal, se han estancado en los tiempos de espera promedio para programar y realizar cirugías programadas dentro del alcance del sistema de gestión integrado para los inscritos en cirugía (SIGIC).

Barros (2008) afirma que, sin duda, para aliviar el problema de las listas de espera para la cirugía electiva, la integración de la atención (salud primaria y hospitalaria) y, en consecuencia, la información, probablemente sea la forma más asertiva, y agrega que "aunque la discusión tiende la mayor parte del tiempo a centrarse en el tiempo de espera desde la indicación de intervención quirúrgica hasta su realización, desde el punto de vista de la salud de la población, lo importante es el tiempo de espera ya que la necesidad de recurrir a la asistencia sanitaria hasta que se resuelva" (p.2).

Para Justo (2004) "es esencial tener en cuenta que las personas trabajan como una atención continua, y la atención debe organizarse para poder tener lugar en un entorno de gestión integrada de los dos niveles de proveedores" (p, 22). En el mismo sentido, Reis (2010) afirma que "era obligatorio maximizar las ganancias de salud y dar efectividad a la provisión, asegurando el control sobre la calidad y los costos, promoviendo la eficiencia y la calidad de los resultados, lo cual, solo en un contexto de integración de la provisión sería posible" (p. 121).

Así, por la literatura producida sobre el tema, y por el análisis de datos, se destaca la necesidad de optimizar la eficiencia en el uso de la capacidad instalada, promoviendo la mejor organización de los servicios.

En cuanto a la calidad de la atención, se consideran un derecho y un pilar fundamental en los servicios de salud. Las quejas de los usuarios pueden revelar información sobre experiencias entre usuarios y organizaciones de salud. Por lo tanto, las quejas pueden considerarse como indicadores de calidad que permiten la identificación de áreas y / o

oportunidades de mejora y una gran representatividad en el proceso de mejora continua de la calidad en salud.

Para Allsop y Mulcahy (1995) las quejas son una expresión de insatisfacción por parte del usuario o un cuidador que representa una percepción particular de los eventos. Una queja puede o no revelar un error. Las quejas son una forma de incluir a los usuarios en todos los procesos en los que están involucrados.

Según DGS (2011), el proceso de producción de atención médica debe estar centrado en los ciudadanos. Es esencial monitorear las percepciones de los usuarios que son usuarios de las diversas entidades que proporcionan el SNS. La participación ciudadana puede representar un recurso privilegiado para la gestión de las unidades de salud, una herramienta de gestión elegida para monitorear los niveles de satisfacción del usuario, así como el funcionamiento de los servicios desde la perspectiva de sus usuarios. Las quejas pueden contribuir a la mejora de la atención médica brindada a los ciudadanos, ayudando a identificar algunos aspectos negativos y oportunidades de cambio y mejora. Los usuarios del NHS pueden expresar sus sugerencias, elogios y quejas registrándose en las Oficinas de Ciudadanos de las unidades de salud o utilizando la plataforma ERS.

Según Pisco y Biscaia (2001), definir la calidad no es una tarea fácil, ya que implica una gran subjetividad. La calidad se puede entender de varias maneras. Su concepto puede variar e incluso ha sido analizado por varios autores, y algunos proponen la adopción de diferentes definiciones. Las diversas definiciones que se le pueden atribuir son el resultado de la evolución de la sociedad. Aún según los mismos autores, la calidad en salud tiene características específicas que la hacen diferente de la aplicada a otros sectores. Está orientado de acuerdo con las necesidades y no solo en respuesta a la demanda, tiene un carácter proactivo y se ve como un todo junto con los otros atributos de la atención médica. La necesidad de adaptar el concepto de calidad a las especificidades de la salud obliga a contemplar algunas características que lo diferencian de otros sectores.

Las quejas de los usuarios proporcionan una valiosa fuente de información sobre los problemas funcionales de una organización de salud. Los usuarios son atentos, críticos

y capaces de identificar problemas, algunos de ellos imperceptibles para los modelos de monitoreo utilizados para detectar cualquier anomalía. Por lo tanto, las quejas pueden reconocerse como positivas, proporcionando información adicional a las organizaciones de salud que les permite mejorar la calidad de los servicios prestados (Reader et al., 2014).

Al examinar los datos, parece que, en el período de 2015 a 2018, hubo un aumento en el número de quejas presentadas al ERS con respecto a 4 ULS, más específicamente el ULS de Guarda, ULS de Castelo Branco, ULS de Matosinhos y ULS do Nordeste. ULS Matosinhos registró un aumento exponencial (en 2015 tuvo una cifra de 920 quejas; en 2018 la cifra fue de 1663 quejas). La excepción fue el ULS de Alto Minho, que siguió una tendencia a la baja en términos de número de quejas (933 en el año, 2015 y 635 en 2018).

En cuanto al tema más centrado en las quejas, se refiere al "enfoque del usuario". Según ERS, su matriz comprende temas relacionados con el grado de humanización de los servicios, incluidas las prácticas diarias, los procedimientos internos, los derechos de los usuarios, la publicidad y las relaciones interpersonales (ERS, 2015).

Para los autores (Friele y Sluijs, 2006), la mayoría de los usuarios que presentan una queja, lo hacen con el objetivo de no ver que se repita el incidente que sufrieron.

La segunda razón con más expresión, en el conjunto de las 5 dimensiones / áreas temáticas, se refiere al "acceso a la atención médica". ERS (2015) define las quejas dirigidas al "acceso a la atención médica" como cuestiones relacionadas con la dificultad para obtener atención médica, que van desde la adscripción a un médico de familia hasta la programación de la atención (incluidos los tiempos de respuesta máximos) garantizado [TMRG] o listas de espera de cirugía [SIGIC]), pasando por situaciones de discriminación (tratamiento diferenciado) en la atención o incluso de denegación (rechazo de la atención) de los usuarios.

Las quejas de los usuarios pueden ser una contribución e indicadores, contribuyendo positivamente al proceso de mejorar la calidad de los servicios de salud. Representan la voz del ciudadano y ayudan a reconocer los aspectos negativos y las necesidades de

cambio en la búsqueda de una mejora continúan en la calidad de la atención prestada, en este caso, en particular, la ULS.

Los sistemas de salud contribuyen significativamente a las respuestas de salud y calidad de vida de la población, ofreciendo atención que satisface las necesidades sentidas. Sin embargo, se siguen detectando problemas relacionados con estos sistemas, como el alto consumo de recursos (Gröne y Garcia-Barbero, 2001). Según los mismos autores en muchos países de la Unión Europea, la integración de la atención primaria, secundaria y terciaria es débil, con una atención de baja calidad, lo que crea ineficiencias.

Como ya se mencionó, existe un diseño claro en las diversas políticas de salud, con el fin de mejorar la interconexión entre las organizaciones y los diferentes niveles de atención, en los diferentes sistemas de salud. La creación de organizaciones integradas verticalmente ha apuntado no solo a mejorar la calidad de la atención, sino también a una mayor eficiencia y satisfacción del usuario (Evans et al., 2013).

Azevedo y Mateus (2014) afirman que Portugal presenta grandes dificultades en relación con la sostenibilidad del NHS y la ineficiencia del sistema por mal uso de los recursos a su disposición.

Además (Harfouche, 2010) hace referencia a que en Portugal existe un consenso al reconocer que uno de los principales problemas del sistema de salud radica en su ineficiencia.

Según Gomes (2017) “los resultados de medir la eficiencia de las organizaciones de salud se pueden usar para contratar fondos públicos de estas organizaciones. Esta práctica aún no ocurre en Portugal, pero ya se ha probado en algunos países, principalmente en el norte de Europa. Además, la información sobre la eficiencia de las organizaciones también es de interés para las propias unidades de salud porque les permite adoptar las medidas de gestión y los incentivos apropiados para lograr los objetivos contratados con las autoridades nacionales” (p.5).

Los servicios de salud deben ser eficientes macroeconómicamente mediante el control de costos y microeconómicamente mediante la maximización de los servicios prestados, maximizando la satisfacción del usuario y minimizando los costos.

En un estudio de Evans et al. (2013), cuyo objetivo era analizar la evolución de la atención médica integrada, la evidencia empírica sugiere que los sistemas construidos alrededor de la APS demuestran un rendimiento superior en comparación con los sistemas construidos alrededor de los hospitales (paradigma centrado en el hospital).

Los sistemas construidos alrededor de la APS aseguran la interconexión entre los diferentes servicios de salud, lo que permite una mayor coordinación, una mejor comunicación entre los proveedores y el proveedor-usuario, un mayor acceso a la información y una mayor cantidad de protocolos, así como pautas estándar para el desempeño técnico. De esta manera, es posible reducir la variación clínica, evitar posibles errores médicos y aumentar la calidad de la atención (Stille et al., 2005).

El enfoque en el usuario también es privilegiado con la integración vertical. La atención médica ahora se centra en las especificidades / características y enfermedades de los usuarios y no tanto en las necesidades de los proveedores (Ackerman, 1992). Byrne y Ashton (1999) argumentan que, además de lo mencionado por el autor antes mencionado, esta integración mejora el enfoque de las instituciones de salud en mantener el bienestar general de la población, en lugar de solo tratar la enfermedad (como en los sistemas de salud actuales), con miras a mejorar el estado general de salud del individuo. Con base en la línea de razonamiento expuesta por estos autores, es importante discutir los datos y su evolución, con respecto al número total de hospitalizaciones, la duración promedio de la estadía en el hospital y el número total de emergencias realizadas. A partir de los datos, parece que todos los ULS en estudio, en el período de análisis, registraron una disminución en el número de hospitalizaciones, y la disminución en el número de pacientes hospitalizados se realizó gradualmente. A partir de los datos que se refieren a la duración promedio de la estadía en el hospital, se pueden observar diferencias en relación con la ULS en estudio, entre 2015-2018, sin embargo, un dato es transversal al aumento de la duración promedio de la estadía en

todas las ULS, oscilando solo la dimensión de este aumento en el número de días. Al vincular los datos relacionados con el número de urgencias, en la totalidad del ULS, en el período de tiempo bajo análisis (2015-2018), parece que los episodios de urgencia aumentaron progresivamente, en todos los ULS en estudio.

Según ERS (2015), la cirugía ambulatoria es un instrumento importante para aumentar la efectividad, la calidad de la atención y la eficiencia en la organización del hospital, ya que proporciona numerosos beneficios para el usuario, ya que evita las molestias de la hospitalización, proporciona el beneficio de monitorear a los miembros de la familia, hace posible conciliar la recuperación con la actividad familiar / profesional, reduce las listas de espera y reduce el riesgo de complicaciones postoperatorias.

La misma entidad ERS (2008) afirma que ya había indicios de que, a medio plazo, aproximadamente la mitad de las cirugías realizadas dentro del alcance del Servicio Nacional de Salud (SNS) se realizaban de forma ambulatoria.

Mediante el análisis que hace referencia a ULS Guarda, con respecto al número de cirugías ambulatorias, los datos demuestran una uniformidad de valores durante el período bajo evaluación (2015-2018). Al observar el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en relación con la ULS de Castelo Branco, los datos revelan valores muy similares a lo largo de los años en evidencia (2015-2018). Con respecto a la ULS de Matosinhos, el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria aumentó gradualmente durante los 4 años bajo análisis. Con respecto al ULS de Alto Minho, parece que este número fluctúa significativamente durante el período 2015-2018, pero con una tendencia al alza, es decir, un aumento en la eficiencia de la producción. Con respecto al ULS do Nordeste, durante el período 2015-2018, parece que los datos son muy variables en relación con los números que representan el total de cirugías ambulatorias, presentando una disminución en la producción en el año de 2018 en comparación con el año de 2015.

Analizando solo el número de cirugías realizadas de forma ambulatoria en proporción al número total de cirugías, en los 5 ULS, parece que esta proporción es prácticamente constante durante el intervalo de tiempo (2015-2018), siendo esta proporción

significativamente menos de 1/3, donde 1 corresponde al número de cirugías realizadas de forma ambulatoria y 3 considera el número total de cirugías.

En cuanto a la eficiencia productiva de las consultas totales, los resultados son diferentes, entre los 5 ULS a los que apunta este estudio. Dos ULS ampliaron su capacidad productiva, registrando un aumento en el número de consultas realizadas, ULS de Matosinhos y ULS do Alto Minho. Los 3 ULS restantes, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco y ULS do Nordeste, tuvieron una disminución en el número total de consultas.

Los servicios de salud pública son reconocidos como una de las organizaciones más complejas en estructura y administración debido al uso de la política de contención de costos y el uso racional de los recursos existentes (Jacobs, 2001).

La organización y gestión actual de las unidades de salud se ha convertido en un desafío importante para los gerentes, especialmente en el contexto actual de fuertes restricciones financieras y una mayor conciencia de los usuarios, sus derechos y las crecientes demandas (Vaz, 2010). Los gerentes de los hospitales toman decisiones que, dentro del alcance de las tres dimensiones de la gestión financiera, pueden identificarse como: decisión de inversión, decisión de financiamiento y decisión de operaciones (Helfert, 2010).

Las técnicas de medición son fundamentales porque lo que no se mide no se controla y si las empresas quieren sobrevivir y prosperar, en la era de la información, deben usar sistemas de gestión y medición del desempeño, derivados de estrategias y capacidades (Kaplan y Norton, 1996) Por lo tanto, lo que no se puede medir, no se puede controlar, no se puede gestionar (Marques y Almeida, 2005).

En esta cadena, las organizaciones de atención médica carecen de instrumentos que permitan la reducción / control de costos y una mayor eficiencia.

Con respecto a las oportunidades y / o potencial, la integración vertical de la atención médica permite la creación de una estructura expandida con mayor oferta y poder para intervenir en el mercado y, por lo tanto, más ventajas comerciales en comparación con socios externos (Wan et al., 2002).

Según Santos (2015) “La integración vertical de la atención ha sido considerada por muchos como un modelo organizacional central para enfrentar las presiones económicas actuales. Aunque no hay consenso sobre sus ventajas, este modelo de servicio se considera un activo para reducir y contener el gasto en salud” (p.81).

En términos de desempeño económico y financiero, se analiza el plazo de pago promedio (PMP) a los proveedores. Este indicador revela cuánto tiempo (en días) le toma a un ULS, en promedio, pagar los créditos que obtiene de sus proveedores, lo que refleja la dinámica operativa de la gestión de recursos y la relación entre las unidades de salud y los proveedores (ERS, 2015).

Al analizar los datos, se extrae que, en 2018, 4 ULS tienen valores promedio de pago a proveedores muy cercanos, que incluyen ULS da Guarda, ULS de Matosinhos, ULS do Alto Minho y ULS do Nordeste. En una perspectiva de tiempo, de 2016 a 2018, solo uno de los 5 ULS aumentó el tiempo promedio de pago a los proveedores, más específicamente el Alto Minho ULS, con este aumento de 32 días. Los restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos y ULS do Nordeste mostraron una disminución en el número de días en el período de pago promedio a los proveedores.

En cuanto a los costos operativos con recursos humanos, todos los ULS tienen un aumento en este indicador de desempeño económico y financiero. Sin embargo, el ritmo de crecimiento con costos operativos con recursos humanos no es homogéneo dentro del universo ULS bajo análisis, en el que el ULS de Alto Minho fue el que registró el mayor aumento, mientras que el ULS de Castelo Branco fue el que registró el menor aumento con gastos de personal.

Al examinar los costos relacionados con los medicamentos y productos farmacéuticos consumidos durante la hospitalización, 4 de los 5 ULS en estudio, ULS da Guarda se excluye debido a datos insuficientes, todos los ULS muestran un aumento progresivo, durante el período de cuatro años en estudio, de este indicador de salud, desempeño económico-financiero, en contraste con lo que sugiere la literatura. Según Costa y Santana (2008), la integración de la atención de salud presupone un aumento de las economías de escala a través de la coordinación de los diferentes niveles de atención.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este conjunto de datos proporciona una tendencia, solo una indicación, que no nos permite establecer conclusiones de rigor y eficiencia económica.

4.6. Análisis de las entrevistas

En este subcapítulo, como ya se mencionó, se presentan y analizan las 8 entrevistas realizadas con los expertos, gerentes de ULS. Se profundizan los conceptos centrales en estudio y las diversas dimensiones que los integran:

- Dimensión I: modelo organizativo de ULS e impactos de su dinámica de gestión;
- Dimensión II - modelo de financiación;
- Dimensión III: sistemas de información;
- Dimensión IV: gestión de recursos humanos y materiales;
- Dimensión V: gestión / integración / interconexión dinámica en los distintos niveles de proveedores de atención;
- Dimensión VI: integración de las partes interesadas locales (municipios y redes sociales);
- Dimensión VII - creación / transferencia de conocimiento;
- Dimensión VIII: las ULS son un modelo para el futuro.

Dimensión I - Modelo organizativo ULS e impactos de su dinámica de gestión

Todos los encuestados son unánimes en defender que este modelo organizacional trae claras ventajas, que difieren solo en su enumeración, así como en su jerarquía. Dos ventajas se destacan en relación con las otras, primero: el hecho de que el órgano de administración es único; segundo, y más centrado por los entrevistados, la integración de la atención, como resultado de una estructura única que agrega al menos dos niveles de atención, atención primaria de salud y atención hospitalaria. Hay un entrevistado que

viene desde esta perspectiva, desde el modelo integrador, afirma que esto constituye una *"ventaja significativa, en la que el paciente está en el centro del sistema"*.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estas 2 ventajas, para todos los encuestados, la de un solo órgano de alta dirección y la integración e interconexión de la atención son realidades concomitantes, es decir, una inevitablemente conduce a la otra.

Entonces, en relación con los 3 entrevistados que enfocan su ventaja en el único órgano de administración, hacen varios argumentos en defensa de esta opinión, destacando las ventajas inmediatas *"a nivel funcional y estructural directo"* por medio de *"ser el mismo consejo de administración y, por lo tanto, el mismo estructura orgánica directiva que supervisa las dos instituciones o mejor las dos áreas: atención diferenciada y atención primaria, y pronto hay ventajas, tanto económicas como de la organización, pero fundamentalmente del conocimiento global de toda la población que cubrimos"*. Otro de los entrevistados refuerza que la ventaja económica, que es obvia, trae ventajas en el cumplimiento de la misión de un ULS. Otro entrevistado enfatiza que *"desde un punto de vista administrativo, tiene una ventaja inmediata ya que tiene una sola administración que puede crear un entorno que facilite la gestión de todas las áreas para un propósito que es el mismo, por lo que esto implicará un esfuerzo de integración entre diferentes áreas de atención, que es el objetivo"*.

Pero si la integración de la atención es uno de los mayores beneficios de este modelo organizacional, uno de los entrevistados refuerza que apuntar a este principio en la práctica diaria es algo más complejo, difícil de lograr, pero posible. Y luego otro entrevistado pone su mano en el logro concreto de este objetivo, afirmando *"... Sigo diciendo que la unidad de salud local es un buen modelo conceptual en la práctica, las dificultades que permiten cumplir su misión aún no se han superado"* y enfatiza que *"... creo que los diferentes niveles de atención no se han integrado adecuadamente. Como no hubo tal integración, hay niveles de atención que se sienten forzados y disminuidos en relación con los demás y esa es la gran dificultad"*. Dos entrevistados corroboran esta afirmación y complemento, los profesionales y la organización hospitalaria tienen una cultura y con respecto a la atención primaria de salud hay una cultura ligeramente

diferente, *"... los profesionales se ven a sí mismos en otras especificidades. Sin lugar a dudas, existe una capacidad técnica y clínica para brindar atención en ambos niveles, atención de calidad, pero algunas dificultades para integrarse y articularse. Este es el gran desafío de las unidades locales de salud"*a corto y mediano plazo, en la medida exacta en que es esencial tener esta articulación funcional, para la derivación de pacientes y la articulación entre las dos partes del sistema.

Otro entrevistado señala que la integración de la atención se ha llevado a cabo, pero los cambios legislativos que tuvieron que hacerse en cada nivel de atención, es decir, atención primaria, no acompañaron este proceso, es decir, la atención primaria continúa sosteniendo *"... la misma filosofía de atención primaria de salud en el resto del país, que es positiva porque es necesario funcionar de manera similar (...) para que haya una cobertura completa que llegue a todas las personas, pero era necesario que hubo una mayor autonomía aquí en la atención primaria de salud y en la organización de la unidad de salud local, integrando esta atención de una manera mucho más efectiva y fácil en cuáles son los objetivos de la unidad de salud local y esto en este punto es complicado, el proceso de contratación de La atención primaria de salud está totalmente gestionada por el ARS, en general, por lo que a veces es difícil promover esta armonía e interconexión entre diferentes niveles de atención, ya que aquí hay una disputa por una cierta alineación entre cuáles son las prioridades a nivel nacional, que no deberían ser muy diferentes de las locales, pero cuando queremos hacer más cosas a nivel local, no tienen la misma repercusión incluso en términos de financiamiento y retorno para los equipos, que satisfacen los indicadores establecidos a nivel nacional para que los objetivos dentro de la organización sigan siendo un poco secundarios a un plan secundario"*. Por lo tanto, sería necesario que los objetivos de integración se definieran perfectamente dentro de la institución, que se valoraran, es decir, la atención primaria de salud, en un régimen ULS, debería contribuir *"... más ambición en términos de capacidad de toma de decisiones, de interacción con el área hospital y viceversa, más capacidad de decisión"*.

Cuando se les preguntó a los 8 entrevistados, sobre 3 indicadores específicos: eficiencia productiva, calidad de los servicios y desempeño económico y financiero,

cuáles o cuáles se habrían beneficiado más en este modelo de gobernanza, verificamos que no hubo acuerdo en las respuestas, 4 entrevistados consideran que la implementación de este El modelo organizacional contribuyó principalmente a las ganancias en la calidad de la atención. Hubo 3 entrevistados que consideraron que estas ganancias se ubicaron en términos de desempeño económico y financiero. Hay un entrevistado que afirma que los 3 indicadores fueron simultáneos, pero la eficiencia productiva no aumentó en la misma proporción que los demás, la calidad de los servicios y el desempeño económico-financiero. El mismo entrevistado defiende que *"... el desempeño económico-financiero ha aumentado más debido a la internalización de muchos procedimientos, es decir, muchos medios auxiliares de diagnóstico y terapia realizados en el extranjero podrían llevarse a cabo en el hospital, y esto a un costo mucho menor"*. Y al centrarse en este ejemplo, se refieren a la internalización de algunos medios complementarios de diagnóstico y terapia como un aumento en la calidad de la atención, en la que *"... los resultados de los exámenes están directamente en el sistema, por lo que tan pronto como haya resultados, el médico de familia los verá, como también los ve el médico del hospital, ya que el entorno operativo en términos informáticos es el mismo, entonces, debido a que las vías de las personas están mucho más simplificadas, además de crear eficiencia, la calidad de la atención es muy valorada"*. Por lo tanto, esta tríada aparece en cascada *"este tipo de diseño, como otros... al aumentar la eficiencia, se valora y aumenta la calidad de vida de las personas y luego tiene repercusiones en términos de gasto"*.

Los encuestados que argumentan que el desempeño económico y financiero fue el indicador más beneficiado refuerzan esta opinión, esencialmente en la optimización del departamento de recursos humanos, compras, compras y centros de mantenimiento, porque permite la existencia de uno solo, que es eso crea economías de escala. Con respecto a la calidad de la atención, el argumento presentado por los 4 entrevistados se centra principalmente en la integración, ya que existe una mayor interconexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria, hay un aumento de las sinergias, una mayor aproximación entre los diversos profesionales y, en consecuencia, *"... el camino del*

paciente se facilita entre las estructuras del hospital. En resumen, mayor proximidad y mayor interconexión”.

Dimensión II - modelo de financiación

Las ULS se financian por capitación, que tiene como objetivo mitigar los incentivos para la falta de provisión de atención en la que el ajuste del pago per cápita tiene en cuenta el riesgo de la población, bajo la responsabilidad de cada proveedor. Por lo tanto, en la práctica, los proveedores que atienden a una población con una previsibilidad de mayores necesidades de atención médica deben recibir financiamiento per cápita proporcionalmente más alto que otros que atienden a poblaciones más saludables. Al ser un aspecto crucial para garantizar la financiación ajustada a las necesidades reales de cada región, el modelo de ajuste de riesgo es también uno de los componentes técnicamente más desafiantes en el diseño e implementación de sistemas de pago por capitación (Goodson et al., 2001).

Este modelo de financiación es mencionado por 2 entrevistados, y citamos a uno de ellos, como un modelo de financiación per cápita que *“... integra además del número de habitantes, variables como el nivel socioeconómico y la educación, en el que estas variables mucho más altas devalúan el valor per cápita, como si las personas más educadas necesitaran menos atención médica, es cierto que son más saludables, pero no es lineal que consuman menos atención médica, son aún más exigentes en algunos aspectos de su salud y generalmente en relación con las más caras”*. Muchos de los 5 ULS en estudio, 3 específicamente, se encuentran en el interior del país, y como lo refieren 5 entrevistados, no hay criterios de refuerzo, particularmente en términos de contexto, porque un ULS en la costa del país es completamente diferente, o los costos resultante de estar ubicado en el interior, con baja densidad de población asociada a una dispersión geográfica significativa. Por lo tanto, tenemos una pregunta clara e inequívoca sobre la falta de financiación relevante para todos los encuestados.

Un encuestado declara específicamente que *“... los fondos deben ser más ajustados. Si eliminamos muchos gastos básicos, por ejemplo basados en medicamentos, vacunas,*

tenemos que al final de todas estas cuentas el capital objetivo es muy bajo. Es necesario crear un instrumento para crear valor". Para agregar otro entrevistado que "... este modelo de financiación per cápita, incluso a nivel internacional en los países más desarrollados, ya es muy cuestionable, tanto los modelos de producción como los modelos de capitación son modelos muy cuestionados". Y destacando los modelos de producción, 4 entrevistados llaman la atención sobre la ausencia de incentivos para la producción, es decir, en términos de uno de los 4 entrevistados citados *"el mejor modelo de financiación sería uno que tuviera una base per cápita y estuviera asociado con un componente de productividad hospitalaria, por lo que podría haberse asociado con la obtención de la motivación por parte de los profesionales para cumplir los objetivos, incitándolos con incentivos e involucrándolos"*.

El modelo debería ser el de crear valor, refiriéndose otro entrevistado a que *"deberíamos pagar por lo que realmente tiene resultados efectivos para las personas, lo que las personas sienten que es relevante y un valor agregado en sus vidas, esto es lo que será importante, acompañado de indicadores de salud de morbilidad y longevidad, lo que reduce en gran medida la mortalidad prevenible antes de los 60 años y que es probable que mejore. Esto es lo que realmente va a ser interesante, realizar muchas cirugías con muy buenos resultados en morbilidad, mortalidad... pero producir lo que no crea valor agregado para la persona, ni en el presente ni en el futuro, es muy cuestionable"*. Y el mismo entrevistado agrega que *"...seguimos sustancialmente sin fondos suficientes. Lo que pretendemos hacer a continuación, que aún no sucede a nivel nacional, ya se está hablando, sino que son simplemente procesos de intenciones, no mucho más que eso, es la existencia de varias métricas ya discutidas a nivel de la OCDE lo que creó un consorcio internacional para medir los resultados de salud ... el enfoque, lo que hay que valorar es el valor agregado que generamos en la calidad de vida de las personas, es decir, los resultados que contribuyen a la prevención de enfermedades y complicaciones que pueden resultar de ellas"*.

Concluyendo la matriz de todas las respuestas a este dominio de la entrevista, se resume en la siguiente idea expresada por otro entrevistado *"para desarrollar ULS,*

innovar, tengo que tener más dinero, poder invertir y una legislación más apropiada. Les digo a mis colegas que las unidades de salud locales son de bajo costo para la salud, para producir la misma atención a un costo muy bajo”.

Dimensión III - sistemas de información

Los sistemas de información son una de las principales áreas fomentadas por la creación de ULS, una de las claves de este proceso. Esta percepción es unánime por todos los encuestados.

Los sistemas de información se están utilizando ampliamente para apoyar la salud de la población y en actividades resultantes del trabajo realizado por profesionales, estando estrechamente relacionados con la prevención y promoción de la salud, el control de enfermedades, la vigilancia y el monitoreo del estado de salud de las poblaciones que ayudarse a sí mismos. Uno de los entrevistados menciona que, si establecemos un intervalo de tiempo retrospectivo, correspondiente a 10 años, el área de sistemas de información *“fue la que registró una evolución notable y muy positiva, aunque todavía no son tan deseables. Pero, de hecho, los sistemas de información, a pesar del hecho de que algunos de ellos ya tienen algunos años, las actualizaciones que se han realizado han sido muy positivas y cada vez más integran y interconectan de una manera muy positiva”*. En la misma línea, otro entrevistado se complementa con la siguiente frase: *“ahora el problema puede ser diferente, las infraestructuras, las vías de comunicación no tienen la capacidad necesaria para poder mover tantos datos y tanta información”*, por lo que a veces hace que el rendimiento y el trabajo del profesional desde la perspectiva del usuario. Sobre el mismo tema, otro entrevistado agrega que *“se ha trabajado mucho en esto tanto a nivel central como local. La red de internet se ha mejorado en los últimos años aquí en el interior, la cual fue muy precaria”*. Por el momento, el hardware no puede soportar el software, lo que constituye uno de los obstáculos para la mejora de los sistemas informáticos y su integración.

Para 5 de los 8 encuestados, el enfoque debe, sin duda, pasar por el proceso clínico electrónico único. Uno de ellos dice que *“el intercambio de información debe ser*

completo, se ha hablado del proceso clínico único durante tanto tiempo. En mi opinión, si se implementara este proceso único y su consulta fuera fácil, la inserción de datos ahorraría mucho. Nosotros, debido a que estamos en un sistema integrado, deberíamos tener un proceso único. Tenemos un error muy serio aquí en esta área, no hay duda, la existencia de un proceso clínico electrónico único es inevitable". Otro entrevistado corrobora esta opinión y agrega que *"... no tiene sentido tener un sistema para la atención primaria de salud y otro para la atención hospitalaria. Ambos niveles de atención ahora pueden tener acceso a la información disponible en el sistema, sin embargo, solo debe haber un sistema"*.

La creatividad local para explorar o maximizar los beneficios de este modelo integrador puede generar un beneficio macro que va más allá de su ULS per se. Uno de los 8 entrevistados da como ejemplo lo que fue desarrollado localmente por el departamento de tecnología de la información y luego exportó *"... la implementación de un circuito de información, con alertas automáticas, mecanismos que permiten al profesional tener un monitoreo más detallado y actualizado del estado de la salud de su paciente "*. Por lo tanto, el sistema, mejorado por la integración de los diversos niveles de atención, puede ayudar al profesional de la salud a llevar a cabo su trabajo, con un aumento en la calidad de su atención, a través del monitoreo y una información más actualizada sobre los pacientes bajo su atención.

El presente indudablemente pasa por aumentar el empoderamiento del paciente en el manejo de su salud / enfermedad, al tener el conocimiento más holístico posible del paciente, la integración de información entre la atención primaria de salud y la atención hospitalaria, lo que permite esbozar un plan preventivo y de calificación para la salud de ese paciente mucho más personalizada. Uno de los entrevistados enfatiza este aspecto y complementa este objetivo: *"quizás haya uno de los beneficios adicionales que genera este modelo. Digamos que al tener el componente preventivo y curativo podemos hacer que nuestras acciones preventivas se centren mucho más en el conocimiento real de la prevalencia e incidencia de enfermedades. Mientras que un hospital per se trata la enfermedad y luego se pierde mucha información sobre lo que el paciente necesita*

preventivamente, ULS puede tener este conocimiento global del usuario. Entonces, la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, que es tan importante cuando hay una población que envejece como la nuestra, que necesita un tratamiento terapéutico, entonces sería ideal porque tendríamos todo el conocimiento sobre el usuario / paciente”.

Dimensión IV - Gestión de recursos humanos y materiales

Ambos entrevistados destacan el enorme desafío que encarna la gestión de los recursos humanos en un ULS, precisamente por el desafío de conectar a profesionales de diferentes niveles de atención en pos de un objetivo, un objetivo común, ya que siempre hay, a veces latente, en otros momentos más apremiantes, el sentimiento en los profesionales, de no sentirse totalmente imbuido de una unidad de salud con un modelo de atención de integración vertical, con una matriz organizacional de interconexión, porque según lo declarado por uno de los entrevistados *“... hubo niveles de atención que simplemente se sintieron ignorados, aplastados y olvidados cuando se creó el ULS. Al menos, esa era la percepción que sentían muchos profesionales. Hasta el día de hoy, todavía no existe la sensación de ser parte de un todo. Todavía usamos mucho el sentido del apego hoy”.*

Otros entrevistados también se centran en el tema de la autonomía financiera, más específicamente en la contratación de profesionales de la salud. Uno de los entrevistados resume: *“Para hacer una buena gestión de los recursos humanos es necesario tener autonomía, que la legislación tenga la flexibilidad necesaria para poder gestionar los recursos humanos y responder a las necesidades de salud. La autonomía en este momento es muy pequeña, en términos de reclutamiento no hay autonomía, por lo que cuando no puede satisfacer una necesidad y comenzar a atraer y demandar de los profesionales y extender las horas de trabajo, recurriendo a las horas extra, es cuestión de tiempo antes de que comience a causar cansancio, desmotivación, con reflejos en términos de gestión de recursos humanos”.*

Entonces, sin autonomía es muy difícil administrar los recursos humanos, sin capacidad financiera para poder reclutarlos también es difícil. Sin tener también autonomía para una política de incentivos, se hace difícil abordar la gestión de recursos humanos de manera más competente. Otro entrevistado refuerza que *"... el sector empresarial estatal, el EPE, en cierto momento surgió la idea de que podían administrar los recursos humanos de manera más autónoma, similar a la privada, aunque con una autonomía controlada, lo que llevaría a hacer más gestión local, una política de incentivos, por ejemplo. Entonces, sin autonomía y una legislación tan rígida, es muy difícil administrar los recursos humanos desde una perspectiva a mediano / largo plazo, por lo tanto, tener más éxito en un concepto diario"*.

Otra realidad adyacente a la ULS, más específicamente, las ubicadas en el interior del país, radica en la contratación / contratación de profesionales. Uno de los entrevistados refuerza que *"intentamos, en el nivel de las competiciones, obtener la mayor cantidad de profesionales posible, sin embargo, todavía hay muchas vacantes por cubrir en el área médica. Esto significa que debe confiar demasiado en los proveedores de servicios y no en los recursos humanos que participan en la estrategia ULS"*.

"Tener un diseño de la actividad de los recursos necesarios para la actividad alineado con el logro de indicadores que, a su vez, están alineados con la misión y la visión de la institución" es un propósito central para uno de los entrevistados, en la búsqueda de una gestión eficiente recursos humanos. Por lo tanto, estas herramientas permiten desarrollar toda la actividad de cada servicio con la alineación de los objetivos esbozados por ULS, con métricas que permiten que la actividad desarrollada cumpla efectivamente con las prioridades definidas, facilitando, de alguna manera, la identificación de los recursos humanos necesarios del varios grupos profesionales, que tienden a crear equipos con la máxima eficiencia, destacando a uno de los entrevistados *"... que los equipos deben tener un equilibrio muy significativo para que la eficiencia sea máxima. Este ha sido el mayor desafío, el de saber diseñar y dimensionar los equipos"*.

Con respecto al tema de los recursos materiales, todos los entrevistados afirman que las compras están centralizadas y que las economías de escala se realizan en

incrementos en la producción, por lo que el centro de compras permite generar esta economía de escala, aunque muchas de las compras ya están centralizadas en el Ministerio de Salud *“SPMS ya está compitiendo por el 90% de muchas de las necesidades que tenemos. Las economías de escala si se hacen con rigor y seriedad son enormes”*, dice uno de los entrevistados.

Dimensión V: gestión dinámica / integración / interconexión en los distintos niveles de proveedores de atención

Hay 6 de cada 8 encuestados que, con respecto a la dimensión de integración e interconexión de los distintos niveles de proveedores de atención, definen objetivamente la existencia de una barrera invisible entre los diferentes niveles de atención, aunque debe ser destruida lentamente. Los mismos entrevistados apuntan que estas barreras residen esencialmente en los propios profesionales, *“... y no es a veces en las estructuras mismas que la tutela”* dice uno de los entrevistados. Por lo tanto, es posible extraer que muchos de los profesionales en ambos niveles de atención, que ya han pasado un tiempo desde la implementación de todas las ULS, aún no han asimilado cuál puede ser el valor agregado que produce este modelo de gestión. Un entrevistado agrega que *“los profesionales mismos aún no han entendido la lógica de este modelo organizacional y el valor agregado que resulta de él. Las autonomías siguen siendo muy fuertes”*.

Se deduce por las diversas opiniones producidas que la tendencia de cada nivel de atención es no querer perder su poder y juzgarse mutuamente en el proceso más importante que el otro. Un encuestado corrobora *“... la atención hospitalaria porque trata con más detalles está más diferenciada, pueden tener la tendencia a considerarse más importantes en esta relación de integración de la atención. La atención primaria de salud de vez en cuando se convierte en víctima, considerada menos importante, a veces por los colegas del hospital”*. Aquí es donde reside el trabajo que puede y debe realizar la junta directiva de cada uno de los ULS, tratando de minimizar las barreras y promover la coordinación. Complementa un entrevistado *“es evidente que surgen dificultades en*

la articulación sobre el terreno, por lo que habrá que realizar un trabajo muy importante allí por parte de los consejos de administración y las direcciones clínicas, es muy importante que trabajen pensando en esta articulación y esta integración, en que cada uno tiene su papel y puede complementarse entre sí, siempre aprovechando el trabajo que cada uno realiza para darle seguimiento, ya sea atención primaria, hospitalaria o continua de salud”.

Se necesita una cultura de sistema para que todos digan lo mismo. Esta interacción aún no existe, es evidente en la percepción expresada por los 8 entrevistados, y es necesario cultivarla, como lo expresó uno de ellos *“... es una cuestión de cultura. Tienes que ir diariamente a visitar los servicios para que la gente tome conciencia de la importancia de esta interacción”.*

Otro entrevistado señala *“esta gestión, esta interconexión es muy difícil, las mentalidades son muy difíciles de cambiar, incluso en simples actos administrativos para hacer sentir la pertenencia a una unidad y no a varias unidades que se han unido”.*

Las políticas de la junta directiva deben ser integradoras, destinadas a extenderse a todas las unidades, fomentando la cohesión y la unidad.

Y un entrevistado cita un ejemplo, localmente para ser pensado para implementar *“estamos pensando, por ejemplo, durante la pasantía especializada, los pasantes pasan tiempo en centros de salud para conocer realmente el terreno y crear una experiencia en lugar de simplemente ser una idea que la gente tiene. Una de las cosas más relevantes es que la unidad de salud local se construye todos los días”.*

Dimensión VI - integración de actores locales (municipios y redes sociales)

Con respecto a la integración de los interesados locales, más específicamente los municipios, con representación de un miembro de la junta directiva, no son objetivados simétricamente por los 8 entrevistados.

Un entrevistado expresa su reticencia a su valor agregado y sus beneficios, y parece claro que sus dudas reiteradas están respaldadas por el perfil que tiene cada institución. *“Tengo dudas de que la integración de los municipios en la junta directiva generará*

ganancias. Está claro que cada uno debe ser orientado a la misión y a los objetivos para los que fue creado”.

Del grupo de 8 entrevistados, 6 se muestran seguros de las ganancias de capital generadas por la presencia de un miembro de la junta directiva designado por el CIM como vínculo de la articulación funcional. Sin embargo, 3 entrevistados señalan que no excluyen la comunicación cercana y permanente entre el presidente de CA y los diversos alcaldes del distrito que pertenece a ULS.

Los 6 entrevistados mencionados anteriormente, señalan que los municipios son voces activas de la población. Un entrevistado agrega: *“... estamos en contacto permanente con las cámaras, aunque también tenemos protocolos. Esto trae ganancias porque, más que nada, los municipios son representantes de las poblaciones en el terreno y queremos que tengan conocimiento de lo que hacemos y de las necesidades, incluso para apoyarnos, ya sea material, política o de otro tipo, en que solo todos juntos podemos tener un mejor camino”.*

Un entrevistado no responde con plena convicción en vista del valor agregado de integrar a un miembro designado por las áreas metropolitanas integradas por el conjunto de municipios. Apoya esta afirmación *“... creo que sí, ha sido un activo, sin embargo, depende de la persona, su disponibilidad y su proactividad... es un miembro que tiene responsabilidades dentro del contexto de la junta directiva, según la experiencia que tiene”*, es decir, el currículum y las características personales son decisivos para poder aportar conocimientos y beneficios, independientemente de la cuestión de su nombramiento por parte de CIM y su representación efectiva en la Junta.

Dimensión VII - creación / transferencia de conocimiento

El modelo ULS es un facilitador, pero no es decisivo, es la opinión transversal de los 8 entrevistados sobre el potencial para la creación de conocimiento en este modelo de integración vertical de la atención que concreta el ULS.

Hay un entrevistado que se enfoca en la potencialidad del modelo ULS como generador y facilitador de investigación / conocimiento *“si quiero hacer una investigación que*

integre la atención primaria de salud y la atención hospitalaria, tengo un solo comité de ética, tengo un solo servicio de investigación clínica con un solo centro de ensayos clínicos que involucra toda la estructura, entonces puedo hacer de la investigación un elemento que facilite esta integración". Y esta área contiene otra ganancia potencial reclamada por un entrevistado, en la cual la investigación también puede ser una fuente para aumentar y consolidar el proceso de integración e interconexión de ULS *"Ahora tengo condiciones más interesantes para hacer algunos proyectos de investigación pero al mismo tiempo Estos proyectos de investigación me ayudarán en el proceso de integración, esto genera una simbiosis que es muy interesante"*.

Otro entrevistado incluso cita un ejemplo concreto, un proyecto innovador, que se está diseñando, como resultado de un proceso de investigación académica producido por un profesional de la salud de ULS: *"nosotros, el CA, siempre estamos receptivos a cualquier proyecto innovador que surja, ya sea de doctores y enfermeras, y tenemos docenas de ellos ya que todo esto conduce a una mejora continua en la funcionalidad de nuestra institución. Tenemos, por ejemplo, un proyecto en el área de Neumología preparado por una enfermera y también contaremos con financiación de una entidad privada para el mejor seguimiento de los pacientes con problemas respiratorios"*.

Sin embargo, hay un entrevistado que deja claro que *"cuando ULS esté operando a un nivel diferente de rendimiento, cuando tengamos los recursos ideales, creo que sí, creo que este área se beneficiará enormemente"*, es decir, todavía hay un enorme potencial en el dominio de la producción de conocimiento e investigación con respecto a ULS, primero endógenamente, a través de la consolidación de su modelo organizacional, luego mejorando y desarrollando la articulación con los centros de investigación, más específicamente la educación superior y las empresas.

Dimensión VIII - ULS es un modelo para el futuro

La entrevista termina, en fin, con la dimensión VIII, que es un asunto más del dominio personal y sensibiliza a los entrevistados para que usen todos sus conocimientos en la

gestión, para formular su respuesta con respecto al hecho de considerar si las ULS se constituyen a sí mismas como modelo de futuro.

Según la matriz de la pregunta, es obligatorio expresar la opinión detallada de cada entrevistado.

Un encuestado respondió a esta pregunta específica que le gustaría que ULS fuera un modelo que afirmara su relevancia, y en particular en las áreas interiores debido al hecho de que están *"... más dispersos geográficamente y me gustaría que explicaran por qué"*. *Es necesario garantizar el acceso a la atención de estas poblaciones y creo que con las unidades de salud locales este acceso está garantizado a un costo menor, incluso con costos contextuales como los que mencioné al principio y, por lo tanto, es allí donde tenemos que trabajar en algunos aspectos, algunas áreas...* ". Por lo tanto, este entrevistado considera que los ULS son un modelo con garantías de respuestas, eficiencia y promueven la accesibilidad y la equidad, incorporando un modelo con enorme potencial para ser implementado y desarrollado en el interior del país.

Otro entrevistado considera que debe mantenerse la dirección en la mejora de su organización endógena. *"Creo que sí, con mejoras más directas, tomará algún tiempo porque los cambios tardan un tiempo en lograrse. Con el tiempo, esta interfuncionalidad ha mejorado mucho"*. Sin embargo, las estrategias y políticas necesarias para optimizar y aprovechar al máximo este modelo de gestión de la salud atraviesan principalmente dos áreas específicas: financiación y autonomía, en el sentido de *"... puede contratar recursos humanos. Un ejemplo es proporcionar tecnología a los Centros de Salud, ya sean profesionales en el área de psicología nutricional, servicios sociales, fisioterapia, rehabilitación. Tenemos otro tipo de cobertura que ciertamente evitó muchas hospitalizaciones, viajes"*. Financiamiento, un área que necesita reformulación, ya que es manifiestamente insuficiente, afirmando este entrevistado *"La capitación no se ha actualizado durante 6 o 7 años y también tiene en cuenta los costos contextuales que tiene la región"*.

Otro entrevistado afirma ser escéptico en la actualidad, debido a la historia asociada con ULS. Se refiere a la génesis de ULS y da como ejemplo el primero en ser creado y

afirma: *"Creo que no se afirmaron como modelo del presente por razones de diversos tipos y porque la tutela los hizo vulnerables desde el principio". El único ULS que se discutió ampliamente, como un modelo innovador, como un tubo de ensayo, fue el ULS de Matosinhos, pero por varias razones se le impidió alcanzar sus objetivos, no permitiéndole ir más allá ... "y agrega "... El modelo de Matosinhos fue un éxito, y sin duda tiene muchos indicadores de éxito, especialmente económicos y financieros, de eso se trata la tutela".* Y el punto del asunto radica en el hecho de que la creación del ULS restante y su implementación en el terreno no siguieron la matriz ULS en Matosinhos. El mismo entrevistado agrega: *"Los otros ULS se debieron principalmente a decisiones económicas, control de costos y resolución local de problemas. No fue a través de un proceso discutido, madurado con las poblaciones, con estructuras regionales y locales. Cuando las cosas son más impuestas que las propuestas, generan más reactividad".* Pero no hay duda de que si hay voluntad e interés, los ULS son un modelo excelente con perspectivas por venir *"... es un modelo excelente para obtener lo que se desea con la promoción de la calidad de vida de las personas, no tiene sentido no integrar el cosas".* Se necesitan cambios relevantes en el contexto legislativo, que regula la atención primaria de salud. Y apoya esta opinión en la siguiente perspectiva: *"Los profesionales de atención primaria de salud también deben integrar en sus objetivos otros a mayores, los relacionados con la interacción con el hospital. Ya existe un seguimiento, aunque todavía no es directo, de varios otros indicadores de integración de la atención".*

Otro entrevistado es pertinaz en la defensa de este modelo. Sin embargo, especifica que es necesario que los errores no se repitan *"... es decir, que el ULS no es solo la suma de sus partes sino que va mucho más allá. Pero para que esto suceda, es necesario tener ingeniería en su origen, de modo que realmente constituya un tronco común que a menudo no existe ese tronco común robusto, la gestión diaria de un ULS es una gestión de problemas".* Y aclara que este modelo ha sido probado pero tiene muchas deficiencias en su diseño que hacen que su personal superior e intermedio gaste mucho tiempo y energía, debido a la falta de una cultura de integración. Para superar este problema, afirma: *"... tiene que pasar por no constituir un ULS sin integrar a las personas,*

proporcionándoles esta información y esa mentalidad de integración. Las ULS fueron creadas pero las personas, los profesionales continuaron pensando y actuando con la mentalidad del día anterior”.

Otro entrevistado sostiene que es necesario continuar dejando que el modelo organizacional de ULS se desarrolle *“... que crezca en sí mismo, que se desarrolle por sí mismo...”*. Pero existen estrategias y políticas fundamentales para permitir que este desiderátum se consuma en el terreno, y pasa inexorablemente, según la opinión de este entrevistado por la legislación *“... ya no tenemos un sistema en el que tenemos dos jefes, legislación para la legislación de atención primaria de salud para la atención hospitalaria , tener un sistema con su propia legislación ... ”*concomitante con lo que ya ha sido mencionado por otro entrevistado mencionado anteriormente, *“la capitación ... dota a la estructura de una inversión adecuada, en lo que se espera de la capitación, y deja que madure por sí misma”*. Y agrega: *“El objetivo claro aquí es producir salud al costo más bajo y, sobre todo, prevenir enfermedades. Basado en estas premisas simples que acabo de decir, le está diciendo al sistema que se adapte y se vaya”*. Concluye que la realidad de ULS es aún reciente en comparación con la experiencia del modelo de hospital, por lo que la salud es un área difícil porque hay muchas variables en juego y difíciles de controlar.

Otro entrevistado dice que, en teoría, ULS es un modelo para el futuro. Pero otras políticas y otros monitoreos por parte de la tutela, MS, son esenciales, indicando que *“... para optimizar y aprovechar al máximo este modelo de gestión de la salud, es necesario tener otras estrategias, y sobre todo que impliquen permitir el cambio que está sucediendo se consolide. El cambio tiene que estar bien pensado, bien estructurado y bien acompañado. No existe un monitoreo efectivo por parte de la tutela. Promovió los cambios, pero no los internalizó”*.

Los dos entrevistados restantes coinciden en sus observaciones y respuestas a la pregunta de si ULS es un modelo que mira hacia el futuro. Uno dice que *“son un modelo para el futuro en algunas áreas. No son aplicables a todo el país por varias razones”*. Y agrega: *“Hay algunas cosas que se pueden cambiar, para tener en cuenta que los ULS se*

encuentran esencialmente en áreas escasamente pobladas, esencialmente tierra adentro". Pero ambos encuestados son unánimes en las estrategias y políticas que deben desarrollarse para hacer de ULS un modelo con la capacidad de resistir, renovar y vitalizar a tiempo "... sin duda es un modelo con valor agregado, pero necesitamos mayor financiación. Es el mayor obstáculo para su desarrollo".

5. Conclusiones

La primera conclusión, considerando el problema en estudio, es que el NHS requiere la creación de consenso, el intercambio de conocimientos, además de la necesidad de modelos de gobernanza transformadores, porque sin estos instrumentos correspondientes a las innovaciones en el campo de la gestión de unidades de salud, no será posible trabajar de acuerdo con las necesidades de los ciudadanos, ni responder con eficiencia y eficacia a sus expectativas legítimas.

Al analizar los resultados de ACSS y ERS que nos brindan datos objetivos que cubren las dimensiones correspondientes al acceso de los ciudadanos a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia productiva y el desempeño económico y financiero, parece haber evidencia de que el modelo La estructura organizacional en ULS no aportó el valor agregado al NHS que este modelo de gobernanza produce teóricamente.

A partir de la interpretación del número de médicos especialistas en APS, se concluye que a nivel mundial se ha estancado, en el período de cuatro años bajo análisis, lo que supone pérdidas para la población en la promoción, prevención y mantenimiento de su salud, y como consecuencia, dificultad para acceder a la atención médica. Este hecho puede deberse a la dificultad que tienen los ULS, más específicamente aquellos ubicados en el interior del país, y que son la mayoría en este estudio, en la contratación y reparación de recursos humanos, especialmente en el área médica.

Los datos nos permiten concluir que el tiempo promedio de espera para programar y llevar a cabo una consulta externa especializada no se ha visto agravado, en el ULS general en estudio. Por lo tanto, es importante resaltar que este resultado del análisis temporal, 2015-2018, puede revelar un problema de acceso dentro del ULS, y este modelo puede no proporcionar una respuesta más eficiente con respecto a las primeras consultas por especialidad. Las causas pueden variar, y este resultado puede deberse no al modelo de gestión integrado en sí, sino a su integración incompleta.

En términos de calidad de la atención, el número de quejas, en el período de 2015 a 2018, presentado al ERS aumentó en el conjunto de las ULS que son objeto de este estudio, con el tema más dirigido a "centrarse en el usuario", que corresponde a cuestiones relacionadas con el grado de humanización de los servicios, incluidas las prácticas diarias, los procedimientos internos, los derechos de los usuarios, la publicidad y las relaciones interpersonales.

Se concluye a partir de los datos que se refieren a la duración promedio de la estadía en el hospital un aumento en la duración promedio de la estadía en todos los ULS, oscilando solo la dimensión de este aumento en el número de días. Esta conclusión sugiere que las ganancias eventuales en términos de coordinación entre la atención primaria y hospitalaria proporcionada por la creación de ULS no se reflejan en una reducción en la duración de la estadía de las poblaciones a las que sirven, lo que sugiere la necesidad de una mayor integración e interconexión entre profesionales en los distintos niveles de atención, con miras a una mejor supervisión y control del estado de salud de sus usuarios, por ejemplo, la vigilancia y el control de enfermedades crónicas, lo que daría lugar a un empeoramiento menor de las patologías anteriores de los usuarios y, en consecuencia, una menor necesidad de atención hospitalaria, o diferenciado, y menos días de hospitalización. Se puede agregar que el aumento en la duración de la estancia, además del daño obvio al empeoramiento de la condición general del paciente, también se reflejará en el componente económico-financiero, aumentando los costos directos con la atención que cada ULS tiene con sus pacientes usuarios.

Con respecto a los datos relacionados con el número de emergencias realizadas en la totalidad de ULS, en el período de tiempo bajo análisis (2015-2018), se concluye que los episodios de urgencias aumentaron progresivamente, en todos los ULS en estudio, y se espera que este modelo La integración vertical de la atención presentó una disminución notable en el número de episodios de urgencia como resultado de la dinámica de la interconexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Estos datos son otra

contribución a la conclusión de que la coordinación entre los diferentes niveles de atención es insuficiente o incompleta.

Se concluye que en la dinámica económico-financiera, los costos con medicamentos y productos farmacéuticos consumidos en el hospital aumentaron durante el período de cuatro años en estudio, en contra de la premisa de que la integración vertical de la atención médica permite la creación de una estructura ampliada con mayor poder de intervención en el mercado, creando economías de escala, reduciendo el precio de muchos productos consumibles, como el área de medicamentos, en la medida en que representa una de las mayores fuentes de consumo y posible reducción de precios, resultante de la compra volúmenes con la industria farmacéutica.

Sin embargo, es esencial agregar a todas las conclusiones presentadas anteriormente, que los resultados bajo análisis, objeto de inferencias, no presentan una tendencia definida y definitiva, así como no pueden extrapolarse a instituciones y períodos de tiempo no cubiertos.

También incluye la existencia de disparidades entre los diferentes ULS en estudio, revelando diferentes niveles de integración en términos totales, un hecho que, sin embargo, ya era predecible, sin que este análisis se encuentre, no obstante, en el foco de este estudio de investigación.

De las 8 entrevistas realizadas se pueden extraer muchas y relevantes conclusiones.

De las ventajas obvias de este modelo de integración, concluimos que son la unificación de los órganos de administración de los dos niveles de atención y la integración vertical de esos mismos 2 niveles, revertiendo este valor agregado al nivel funcional y estructural directo porque es la misma junta gestión, por lo tanto, la misma estructura orgánica directiva que supervisa las dos áreas de atención, atención hospitalaria y atención primaria. Por lo tanto, trae ventajas en el dominio económico, pero también conocimiento que puede llamarse ecléctico, un conocimiento global de toda la población del distrito al que sirve. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no

solo hay ventajas, un problema está relacionado con la articulación funcional, un hecho sugerido por más de uno de los entrevistados. Se puede inferir de esto que la integración es un proceso típicamente a mediano y largo plazo, que no se puede lograr de manera efectiva a corto plazo.

En vista del problema relacionado con el dominio o dominios, que incluyen la eficiencia productiva, la calidad de los servicios y el desempeño económico y financiero, que o que se beneficiaron más de este modelo de gobernanza, se concluye que la economía de escala constituye la mayor ganancia en la integración vertical de la atención. Hubo otros entrevistados que combinaron la eficiencia de producción y la eficiencia económica y financiera, como beneficios resultantes de esta matriz de gobernanza.

Con respecto a las mayores dificultades que produce este modelo, se puede concluir que son efectivamente interfuncionales, especialmente en el área de articulación y referencia. Se sugiere que existe una necesidad urgente de una mejor política de comunicación y la participación de profesionales en el proceso de integración. La creación de una cultura de integración entre profesionales es crítica para la interconexión y coordinación de unidades funcionales.

Con respecto al modelo de financiación, se concluye indudablemente que está lejos de ser adecuado, debido a la falta de financiación manifiesta, que en algunos ULS todavía se ve exacerbada más por diversas variables de contexto, como la dispersión geográfica, por ejemplo. Además del hecho de que los valores per cápita no se han revisado durante un período muy largo, es crucial implementar una reformulación del mismo, asociando un componente de la producción hospitalaria, con objetivos e incentivos bien definidos. Es en la matriz de esta reformulación que se debe avanzar en la introducción de nuevas métricas e indicadores que resulten en la medición de las ganancias generadas por la provisión de atención brindada por la ULS y que tengan un impacto en la calidad de vida de las personas, es decir, resultados que contribuyen a la prevención de la enfermedad y las complicaciones que pueden derivarse de ella, con el objetivo final de crear valor.

También se puede concluir que los sistemas de información en una perspectiva de compartir entre los distintos niveles de integración de la prestación de atención, fue el área en la que se desarrolló más, aunque no tan deseable como se esperaba. Existe un error básico y existe una existencia indiscutible e inevitable de un proceso clínico electrónico único, crítico para garantizar la continuidad de la atención brindada a los usuarios.

En vista de la pregunta que tiene como objetivo dar un mayor empoderamiento al usuario / paciente con respecto al manejo de su salud / enfermedad, cuál será la contribución de este modelo a este objetivo, se concluye que este es el modelo que sirve como una base concreta para aumentar este propósito, porque este modelo es el que permite, sin duda, tener al paciente en el centro del sistema.

Específicamente al tema que abordó la gestión / integración / interconexión dinámica de los diversos niveles de proveedores de atención, existe una dificultad en la operacionalización de esta gestión, esta interconexión, lo que resulta en muchas de las dificultades en los obstáculos llevados a cabo por los profesionales que constituyen el ULS, ya que actos administrativos simples, hasta el sentimiento de pertenecer solo a la unidad en la que trabaja y no un sentimiento con una perspectiva macro, es decir, sentirse como un profesional que desempeña funciones en una entidad que reúne varias unidades.

Otra conclusión que cabe deducir es el evidente valor agregado de que la integración de los actores locales (municipios y redes sociales en el municipio). Resulta de importancia significativa la inclusión de una vocal que represente los municipios en la CA, en el sentido de integrarlos en la dinámica de la salud, ya que también son agentes indispensables en su promoción y en la prevención de enfermedades, fundamentalmente.

Finalmente, si los ULS son un modelo para el futuro, se determina que, aunque con respuestas más enfáticas que otras, es transversal que constituyan un modelo

organizacional y administrativo con la perspectiva de consolidarse, aunque existe una reticencia basada en lo que las partes interesadas que dan forma y determinan su futuro, por ejemplo, EM, quieren hacer con ULS. Estas mismas reticencias buscan su origen en el pasado de la implementación de ULS, en el cual algunas, o la mayoría, fueron creadas inesperadamente y otras encuentran sus indefiniciones en la actualidad, relacionadas con su modelo de financiamiento y la falta de legislación específica.

6. Limitaciones del estudio

En el desarrollo de la investigación es obligatorio tener en cuenta la presencia de algunas limitaciones o restricciones. No fue posible obtener datos sobre el tiempo de espera para programar y llevar a cabo medidas complementarias de diagnóstico y terapia. Es una limitación del estudio, ya que conocer el tiempo de espera promedio es un indicador del acceso de los ciudadanos a la atención médica relevante, debido a que un gran porcentaje de las decisiones médicas se basan en los resultados de pruebas de laboratorio, procedimientos considerados mínimamente invasivos, que pueden considerarse la herramienta más rentable para el diagnóstico, el pronóstico y la prevención.

No fue posible entrevistar, por otra parte, al presidente CA de la ULS de Castelo Branco debido a su expresa negativa, aunque tendría toda la pertinencia y oportunidad porque es una ULS en el interior de Portugal con las idiosincrasias inherentes a su ubicación geográfica y, además, porque fue posible llevar a cabo las entrevistas de los otros 4 presidentes CA de las ULS en estudio.

La imposibilidad de realizar la entrevista con otro experto en el área de centros hospitalarios, más específicamente con el miembro de la CA de CH Universitário do São João y aunque la entrevista se había programado en más de una ocasión, no fue posible hacerlo debido a la circunstancia asociada con la expansión y evolución de la pandemia COVID-19, ya que obligó a suspender todos los eventos no urgentes en el entorno hospitalario e implicó, simultáneamente, una dedicación total, por la relevancia y funciones de los gerentes, para reorganizar los servicios y definir las prioridades a atender ante esta circunstancia única y totalmente inesperada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução

O setor da saúde é reconhecidamente um dos sectores mais pronunciados da nossa sociedade (Lucena, Gouveia & Barros, 1996). De facto, perante os atuais contextos organizacionais, caracterizados por contínuas e rápidas mutações económicas, tecnológicas e sociais, para se definir políticas de gestão e implementar procedimentos que facilitem o desempenho e a competitividade organizacional, já não se podem adotar modelos clássicos de gestão, mas sim enveredar por novos mecanismos organizacionais (Franco, 2006).

A complexidade dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e a sua adaptação a transformações do contexto organizacional e institucional tornam obrigatório a demanda de melhores soluções de organização e gestão das redes de prestação de cuidados de saúde, respeitando os princípios de equidade e acesso universal.

Dada a atual pressão sobre os custos dos sistemas de saúde, a articulação entre as diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde ganha importância e, para conseguir dar respostas adequadas aos novos padrões de procura, exige-se aos sistemas de saúde atuais uma maior descentralização, partilha de responsabilidades e uma melhoria nos níveis de serviço, o que nos remete para a discussão em torno da integração de cuidados de saúde. A mudança de uma atuação centrada no tratamento da doença para um novo paradigma focado no bem-estar geral do utente é urgente e a oferta de cuidados de saúde centrada na figura do hospital deverá dar lugar a políticas de saúde mais focadas na promoção da saúde e prevenção da doença, o que obrigará necessariamente a mais e melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Santana & Costa, 2008).

A integração de cuidados de saúde surge como resposta às pressões endógenas e exógenas a que está sujeita toda a organização de saúde, nomeadamente ao nível de estrangimentos orçamentais, envelhecimento da população, tecnologias da saúde (medicamentos, meios complementares de diagnóstico equipamentos cirúrgicos, entre outros) e tecnologias de informação (que fornecem o suporte funcional, estratégico e

operacional das organizações), bem como os resultantes de mudanças epidemiológicas das populações.

Assim, surge um caminho mais consistente, tanto nacional como internacionalmente, no sentido da integração de cuidados em que a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação são etapas encaradas numa dinâmica de interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde.

O problema do subfinanciamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma realidade com perspectivas de se manter num futuro próximo, atendendo ao desvio entre as necessidades e disponibilidades de financiamento do SNS, dado o leque de serviços e níveis de acesso verificados. Daí a necessidade de, no futuro, serem implementadas medidas estruturais adicionais de reconfiguração do leque e/ou nível de serviços a disponibilizar aos cidadãos, isto porque a melhoria de eficiência no sector apresenta-se essencial mas não suficiente para garantir a sustentabilidade financeira do SNS (Ferreira & Teixeira, 2011).

Várias são as razões que podem justificar o tema do presente trabalho, sobretudo uma visão sobre a integração na perspectiva dos intervenientes que atuam em cada nível de cuidados de saúde. Pretende-se, que reflita não só uma visão dos diferentes níveis de cuidados e forma de participar em iniciativas de integração, mas também que exista uma equidistância face a esses níveis de cuidados de saúde. O enfoque de análise é que seja feito, não num posicionamento centrado nas instituições e nos níveis de cuidados de saúde, mas sim nas suas interligações, enquanto unidades pertencentes ao mesmo modelo de gestão. A relevância não reside nas unidades em si, mas na forma como estas interagem, enquanto sistema com objetivos únicos.

A integração de cuidados de saúde visa alcançar maior acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos em saúde e em eficiência. As experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares, começaram a surgir em Portugal, em 1999, com a criação

da primeira unidade local de saúde (ULS) em Matosinhos-Porto e gradualmente mais ULS foram criadas, perfazendo hoje um total de 8 unidades locais de saúde dispersas pelo país. Contudo, pouco conhece acerca desses modelos. Exige-se, por isso, um conhecimento mais profundo destes modelos de gestão dos cuidados de saúde, determinante para a sua avaliação e possível expansão. Em Portugal, no decorrer do tempo, outros modelos foram adotados e dos quais se abdicou, em muitos casos sem avaliação para um diagnóstico adequado dos seus contributos e limitações (Lopes et al., 2014).

As ULS são a concretização da integração de cuidados de natureza vertical numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão diferentes níveis de cuidados. Emanam, assim, da organização dos distintos prestadores de saúde uma entidade única responsável pela definição dos cuidados de saúde a uma determinada população com o objetivo de criar, por meio de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis assistenciais, uma melhor interligação dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Mas o sector da saúde com um conjunto de especificidades determinadas, nomeadamente, pela natureza do serviço prestado, pela multiplicidade de atores envolvidos e nível de conhecimento que incorpora, obriga à especialização e divisão do trabalho, o que tem vindo a interferir com os objetivos de eficiência e de qualidade. A especialização na saúde é uma condição necessária mas o problema parece estar na articulação entre as várias partes do sistema. A integração de cuidados de saúde surge, então, com o propósito de integrar conhecimento, minimizar as ineficiências e as duplicações no sistema, com tradução em melhorias na afetação de recursos, adequando-se a sua utilização, tipo e volume, às necessidades dos utentes, prevenindo os episódios de urgência e garantindo uma maior fluidez no percurso dos utentes ao longo do sistema. Uma estrutura de oferta de cuidados de saúde fragmentada conduz a duplicações de procedimentos e custos de transação que, provavelmente, seriam evitáveis com uma gestão partilhada dos recursos e com decisões conjuntas sobre casos clínicos (Santana & Costa, 2008).

1.1. Evolução do setor da saúde Português

O serviço nacional de saúde português (SNS) é constituído por “todas as instituições e serviços sociais prestadores de cuidados de saúde, dependentes do Ministério da Saúde”, com a missão de garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Desta definição decorre que o SNS é parte integrante do Sistema de Saúde e apenas nas áreas/setores dependentes, direta ou indiretamente, do Ministério da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto).

O SNS agrega uma única instituição com profusas e complexas funções obtendo o financiamento para as suas atividades através do Orçamento do Estado, devendo garantir que a população tem acesso aos cuidados de saúde quando deles necessita, por meio da gestão de unidades de saúde, aquisição de equipamentos e contratualização de profissionais. Obtém também receitas próprias, resultantes da venda de serviços a outras entidades, como seguradoras ou subsistemas de saúde, e da cobrança de taxas moderadoras em algumas utilizações dos seus serviços.

Em Portugal, as políticas de saúde evoluíram significativamente nos últimos decénios, às quais podemos associar períodos distintos que correspondem, de certa forma, a diferentes perspetivas políticas: antes dos anos de 1970 (sistema de saúde muito fragmentado); do início dos anos de 1970 a 1985 (estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde).

É, assim, fulcral contextualizar as alterações ocorridas no SNS nos últimos 40 anos, que vão desde o início da década onde sucedeu a revolução do 25 de abril de 1974 e o início da segunda década do século XXI. Foram grandes as mudanças demográficas, sociais, económicas e educacionais ao longo deste período de criação e de incremento do SNS com relevância e impacto em todas estas dinâmicas.

De acordo com Amendoeira (2009), durante a segunda metade do século XX Portugal foi sofrendo diversas transformações tais como a democratização e a descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (1985) e integração na União Monetária

Europeia (2000), num ambiente de rápida transição do paradigma tecnológico. De uma forma cronológica, os primeiros passos na saúde iniciam-se pela organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, em 1899 pelo Dr. Ricardo Jorge, a qual entra em vigor em 1903 e estabelece que a prestação de cuidados de saúde seria de financiamento privado, suportando o Estado português apenas a assistência aos pobres (Amendoeira, 2009).

Mais de meio século depois, surge em 1971, a conhecida reforma de “Gonçalves Ferreira”, que surgiu como “esboço” do atual Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde foram aclarados princípios como o direito à saúde de todos os portugueses, garantindo o orçamento do Estado esse direito (Amendoeira, 2009). A criação “oficial” do Serviço Nacional de Saúde (SNS), surge em 1979 pouco depois da Constituição da República Portuguesa de 1976 definir, no seu 64º artigo, o direito à saúde como promoção, prevenção e vigilância.

No início dos anos 80 do século XX, vários foram os países que começaram a desenvolver e a implementar reformas nos seus respetivos sistemas de saúde, com o intuito de dar resposta às mais diversas questões: a alteração da definição de prestação de cuidados de saúde, mais focada no “bem-estar geral dos utentes” e não tanto no “tratamento da doença”; a pressão económica; o envelhecimento da população; a evolução das tecnologias de informação; os avanços científicos no tratamento da doença; a necessidade de melhorar o nível de qualidade assistencial; a alteração do perfil dos utentes; a reafectação de recursos; a globalização e expansão da economia mundial e a necessidade de responder mais rapidamente a situações de doenças inesperadas (mudança epidemiológica) (Santana & Costa, 2008). A partir dos anos 90, do mesmo século, e por inspiração do conceito de Nova Gestão Pública (introduzido no Reino Unido), as reformas na saúde ganham uma outra dimensão: passam a ser um importante elemento para a criação de um ambiente institucional propício à melhoria da eficiência dos prestadores de cuidados de saúde, ao menor custo possível (Escoval, 2003).

Consideram-se positivas as consequências da implementação do Serviço Nacional de Saúde, no que concerne à saúde comunitária e no que respeita à eficácia do SNS na sua cobertura geográfica (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002). Para Baganha et al (2002, p.5) “os resultados são animadores: entre 1974 e 1978 houve um aumento quase de 100% na população abrangida por esta assistência. O salto qualitativo deu-se (...) com a “criação dos Centros de Saúde”.

Durante a década de 90, do século XX, o sistema de saúde português é regulamentado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei 22/93, de 15 de janeiro), onde a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito mas também como uma responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado (Baganha et al, 2002).

Do ano de 1985 a 1995, ocorre um período de expansão do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do sector social e privado, de regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, de incremento da participação do sector privado e de construção hospitalar.

No período de 1995 a 2001 há uma maior atenção à gestão do sistema. Neste período, a Direcção-Geral da Saúde redigiu dois relatórios sobre o estado de saúde dos portugueses e foi formalmente apresentada e desenvolvida a primeira estratégia da saúde para Portugal para o período 1998 – 2002 (Biscaia, 2005).

Em 1997 e 1999 foram criadas as agências de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação dos serviços de saúde, uma por cada Região de Saúde. No ano de 1998 iniciaram-se as discussões dos contratos-programa dos hospitais; mais tarde, iniciou-se na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o mesmo processo para os Centros de Saúde (Biscaia, 2005).

No período 2002 a 2005 sucede a reinvenção da gestão dos cuidados hospitalares, com a transformação de 34 hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) em 31 hospitais

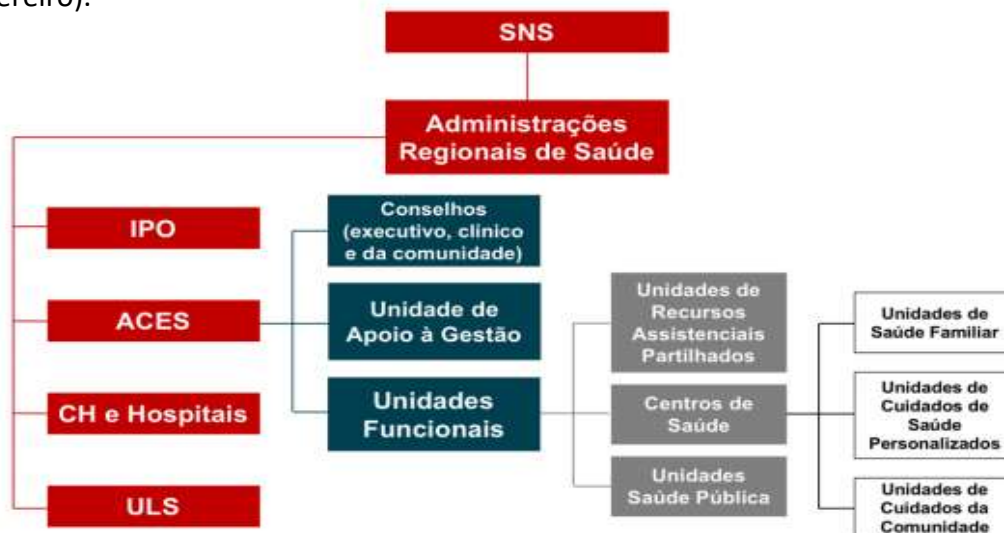
Sociedade Anónima (S.A.) – Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. Todavia, em 2005, uma nova transformação ocorre: os hospitais S.A. passam a E.P.E., através do Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho e são criados os centros hospitalares (CH) (por via do Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de julho). Na verdade, com a “empresarialização” dos hospitais pretendeu-se melhorar o desempenho global do SNS, através da diminuição dos gastos, da orientação para os resultados, da concessão de prémios consoante a qualidade e os resultados de cada prestador (Campos, 2003).

Antes da transformação dos Hospitais S.A. em E.P.E. surge um outro modelo de gestão no setor da saúde em Portugal, as Parcerias Público-Privadas (PPP). Este modelo, testado e reconhecido internacionalmente, teve a sua origem no Reino Unido e foi em 2002 adaptado para Portugal consistindo, genericamente, no estabelecimento de um relacionamento de carácter que se deseja duradouro com privados, para os quais são transferidos grande parte dos riscos do negócio, nomeadamente, o risco tecnológico e risco operacional (Lobo, 2007). O modelo português baseia-se num contrato de gestão que vai desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos estruturais até à gestão geral do hospital, incluindo a prestação de serviços clínicos (Simões, 2004).

Este percurso do sistema de saúde português termina no início de 2005 e um novo ciclo parece iniciar-se, com a necessidade de introduzir medidas para o modernizar e tornar financeiramente sustentável (Campos, 2005). Os três objetivos essenciais passavam pela criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), da criação da Rede de Cuidados Continuados (RCC) e de garantir boas contas ao SNS (Campos & Simões, 2014).

Atualmente, e tal como se pode observar na **Figura 1**, o SNS é composto por instituições de cuidados de saúde primários (ACES), cuidados diferenciados ou hospitalares (CH e hospitais) e cuidados continuados. A par disto, existem ainda as ULS que tem por base a integração dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares numa entidade única (Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro).

Figura 1 – Estrutura simplificada da rede do SNS (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).



Os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) decorrem, em larga medida, das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando, ao longo de mais de um século, para alcançar significativos objetivos sociais, em particular a melhoria dos níveis de saúde. A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e as reformas que se vão desenhando em muitos países são hoje o resultado de acertos necessários nas políticas para responder às expectativas de cidadãos, cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos e às dificuldades dos governos confrontados com o crescimento dos gastos em saúde (Simões, 2004).

Segundo Escoval (1999), os sistemas de saúde podem agrupar-se em dois tipos extremos:

- Sistemas tipo Serviço Nacional de Saúde (SNS) - em que a cobertura é universal, o financiamento assenta nos impostos ou em contribuições obrigatórias e a prestação é efetuada, exclusivamente, por instituições públicas;
- Sistemas tipo Mercado da Livre Concorrência - o financiamento assenta em pagamentos diretos ou indiretos pelos doentes e a prestação é privada.

A mesma autora considera ainda que as principais características de um sistema do tipo SNS são:

- Universalidade, na cobertura;
- Generalidade, nas prestações;
- Gratuitidade, no ponto de utilização;
- Financiamento através de impostos.

Os constrangimentos económicos não permitem o desenvolvimento pleno de políticas sociais, pondo em causa modelos que assentem exclusivamente na responsabilidade do Estado, sendo a tendência geral, e os vários interesses instalados na área da saúde, para um decréscimo do papel do estado na prestação de serviços. Portugal não se exclui dessa tendência europeia.

1.1.1 A integração vertical dos cuidados de saúde

O tema da integração e coordenação de cuidados tem vindo a ganhar cada vez mais importância, particularmente em países com uma população cada vez mais envelhecida e com um número crescente de doentes crónicos, uma realidade que caracteriza os países mais desenvolvidos. Os sistemas de saúde, e particularmente nas economias mais desenvolvidas, servem também uma população com padrões de exigência mais elevados e com uma relação com a doença bem diferente da que existia no passado, ou seja, com expectativas de viver mais anos e cada vez com mais autonomia. A par do aumento das expectativas desta população mais exigente e mais envelhecida é de esperar um aumento crescente dos custos em saúde, daí que a integração de cuidados de saúde surja como uma resposta viável para garantir uma maior abrangência na prestação de cuidados, bem como a prestação de cuidados numa lógica mais individualizada e mais adequada a cada caso. A integração de cuidados tem, assim, um âmbito muito vasto, dizendo respeito às possibilidades de colaboração entre diferentes sectores e seus profissionais, através de um esforço de coordenação das suas tarefas e trabalho em equipa, com vista a responder às necessidades integrais dos utentes. No essencial, o objetivo da integração de cuidados é

garantir que os utentes tenham acesso aos serviços que necessitam, no tempo e lugar adequados. A integração de cuidados aparece como necessária quando os serviços prestados pelas instituições e/ou profissionais individualmente não cobrem as necessidades integrais de cuidados da procura (Raak, Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen & Paulus, 2003).

Os sistemas de saúde estão hoje cada vez mais sujeitos a pressões, sendo desta forma necessário que estes estejam preparados para responder às mesmas, onde a integração de cuidados desempenhará um papel fundamental. Segundo a Pew Commission (1998), referida por Costa et al. (2009), os próximos anos ficarão assinalados pelos seguintes desafios:

- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: existirá propensão para uma mudança do paradigma centrado no tratamento da doença para o paradigma com foco no bem-estar geral do doente, sendo que a oferta de cuidados de saúde deverá ser substituída por políticas de saúde centradas na promoção da saúde e prevenção da doença, levando assim a uma maior e melhor interligação entre os diferentes níveis de cuidados;
- A pressão económica: as restrições orçamentais são também um dos desafios que os sistemas de saúde tentam hoje ultrapassar, uma vez que, para reduzir o PIB serão necessários cortes nos apoios sociais e no setor da saúde. Desta forma, os recursos terão de ser geridos eficientemente;
- O envelhecimento da população: este tem levado a alterações epidemiológicas, sendo que as doenças crónicas têm tido uma prevalência cada vez mais acentuada. Desta forma, uma maior e melhor coordenação de cuidados será fundamental, pelo que se esperam melhorias ao nível da eficiência e da efetividade. Assim sendo, a gestão da doença será crucial, pois permitirá aos indivíduos viver mais e com melhor qualidade;
- As tecnologias de informação: “para garantir a partilha e a integração da informação” (Hofmarcher et al., 2007), referido no Estudo “Integração e

Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A partilha de informação clínica será essencial para uma prestação de cuidados com qualidade, pois existirá comunicação entre os diversos profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados, o que levará necessariamente a tomadas de decisões melhores e mais rápidas e conseqüentemente a um melhor acompanhamento do doente;

- Avanços científicos no tratamento da doença: com os avanços tecnológicos na área clínica esperam-se, naturalmente, custos associados aos mesmos. Desta forma, é importante que o tratamento de doenças em ambulatório aumente;
- Melhorar o nível de qualidade assistencial: uma vez que existem elevados erros desnecessários, torna-se importante a criação de programas de gestão da doença que permitam, não só quebrar as barreiras existentes entre os doentes e profissionais de saúde, como também orientar os doentes de uma forma menos errónea;
- Alteração do perfil dos consumidores: com a globalização que se tem vindo a verificar, torna-se evidente o cruzar de várias culturas com necessidades bastante diferentes. Por sua vez, face à situação económica atual em que o país se encontra, é natural que os consumidores procurem a melhor relação entre o preço e a qualidade. Desta forma, a diminuição da assimetria de informação será vantajosa, pois os agentes da procura serão mais racionais nas duas escolhas;
- Reafecção de recursos: é também uma questão relevante, pois será bastante vantajoso, sempre que possível, substituir o internamento pelo tratamento em ambulatório, pois este levará a um aumento da qualidade assistencial e a uma diminuição dos recursos gastos;
- Globalização e expansão da economia mundial: com o cruzamento das diversas culturas referido anteriormente, espera-se uma cultura de competição geral, onde a procura de novos conhecimentos deve ser primordial;
- Mudança epidemiológica: as organizações prestadoras de cuidados de saúde deverão estar preparadas para responder a todas as necessidades dos utentes, não

só às doenças menos vulgares, como também às doenças crónicas, uma vez que o envelhecimento da população tem aumentado substancialmente nos últimos anos e estas são mais frequentes em indivíduos de idades mais avançadas. Desta forma irão permitir aos doentes viver mais anos de vida com melhor qualidade.

Na literatura internacional não é consensual a definição do conceito de integração (Armitage et al., 2009). De acordo com a revisão sistemática da literatura realizada por aqueles autores, foi possível obter 70 termos relacionados com a integração, produzindo 175 formas diferentes de utilizar o conceito de integração (Armitage et al., 2009).

Contudo quando se aborda o tema da integração de cuidados de saúde é plausível considerar que existe um conjunto de outros conceitos que poderão estar associados a esta definição, nomeadamente: continuidade de cuidados, coordenação de cuidados, gestão da doença, gestão de caso e critérios de referenciação (Sobczak, 2002; McKee e Nolte, 2008).

Impõe-se, assim, estabelecer definições para se obter clarificação do conceito.

Para Lawrence e Lorsch a integração de cuidados teve origem na teoria organizacional e definiram-na como o processo de unificar esforços entre os vários subsistemas na realização dos objetivos da organização (Lawrence & Lorsch, 1967).

Em 1998, Overtveit define a integração de cuidados pelos métodos e tipos de organizações que oferecem os serviços preventivos com maior custo-efetividade e asseguram a continuidade e coorganização entre os diferentes serviços, à população carenciada (Overtveit, 1998).

Kodner (2000) define a integração de cuidados como um conjunto de técnicas e modelos organizacionais desenhados para criar colaboração, coordenação e cooperação dentro e entre os prestadores, em termos curativos e de cuidados, tanto na área financeira como administrativa.

De acordo com Gröne e Garcia-Barbero (2001, p.16) a integração de cuidados “é um conceito que reúne inputs, prestação, gestão e organização de serviços relacionados com diagnóstico, tratamento, cuidados, reabilitação e promoção da saúde. Integração é um meio para melhorar o acesso, qualidade, eficiência e a satisfação dos utentes em relação aos serviços”. Os ganhos subjacentes à integração de cuidados de saúde são melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida das populações, os resultados para os utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis (Rosen e Ham, 2008). Glendennig (2002) citado por Rosen & Ham (2008) descreveu as seguintes características que quando reunidas tornam a integração mais provável: uma rede de profissionais próximos e em comunicação; um elevado grau de confiança; pouca preocupação sobre a reciprocidade, sob um sentido mútuo e difuso; compromissos conjuntos que são centrados na organização e que cobrem assuntos estratégicos e operacionais; e uma comissão conjunta a níveis micro e macro.

Entre as respostas, face aos desafios macro com que o SNS se confronta salientam-se as iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde. De entre as diversas estratégias utilizadas ao longo do processo contínuo de reforma dos sistemas de saúde, destaca-se então a criação de organizações integradas em saúde, assumindo-se mesmo como uma forma de implementação dessa reforma (Shortell et al., 1993), no intuito de combater o «conjunto de ilhas» onde assenta a atual estrutura fragmentada de oferta de cuidados de saúde (Reis, 2005).

A integração de cuidados enquanto movimento de reforma dos sistemas de saúde tem tido nas últimas décadas um interesse crescente por parte de prestadores, pagadores, analistas, políticos (Devers et al., 1994; Brown & McCool, 1986) e sofreu um desenvolvimento significativo um pouco por todo o mundo.

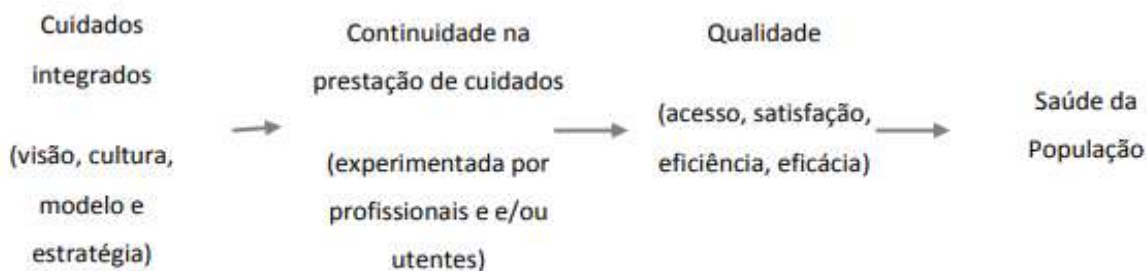
A integração de cuidados é uma das estratégias de reorganização da oferta de cuidados de saúde, que prevê: “o desenvolvimento de experiências de financiamento global, de base

populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida” (Santana & Costa, 2008, p. 21).

A OMS preconiza uma definição para os “cuidados integrados”, considerando que se trata de um conceito que abarca os inputs, os processos, a gestão e a organização de serviços relacionados com o diagnóstico, o tratamento, os cuidados e a reabilitação para a saúde. A integração é, assim, vista como o meio para conduzir à melhoria dos serviços no que se refere ao acesso, qualidade, satisfação dos consumidores e eficiência (Gröne & Garcia, 2002).

O conceito de cuidados integrados é amplo, envolvendo não só a perspetiva do utente, mas também as implicações em termos de organização e gestão dos serviços integrados. Os cuidados integrados não são um fim em si mesmos, devendo ser entendidos como um garante de qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do consumidor (Figura 2).

Figura 2 - Cuidados integrados



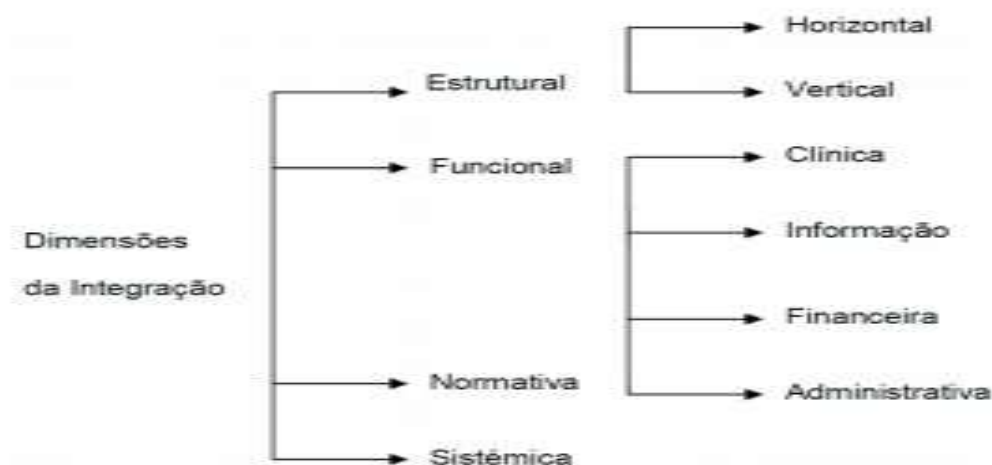
Fonte: adaptado de Gröne & Garcia, (2002)

Scobczak (2002) considera a dimensão funcional o mecanismo fundamental da integração vertical tendo como objetivo a coordenação, comunicação e cooperação das unidades produtoras da instituição. Tem como intuito aumentar a eficiência e diminuir os custos. Para tal é necessário a integração da dimensão clínica e da informação, bem como da dimensão financeira e administrativa (Santana et al., 2009).

O principal motivo apontado pela literatura da Economia (Moschandreas, 1994) para operações de Integração Vertical são os ganhos de eficiência que poderão, particularmente no caso concreto em estudo, o setor da Saúde, ser usados na prestação de um melhor serviço de cuidados de saúde aos utentes, cujas necessidades estão em permanente evolução.

Deste modo, a integração entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares é considerada como a estratégia para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população (Nunes et al., 2012). O conjunto de fenómenos demográfico-sociais e científicos (alterações como o envelhecimento da população, a mudança epidemiológica, a evolução do perfil dos consumidores, os avanços científicos no tratamento da doença, o nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, a exigência do nível de qualidade assistencial), que exige uma adaptação da resposta fornecida pelas organizações de Saúde tem sido, o principal influenciador da Integração Vertical (Lopes et al., 2014).

Em termos genéricos, a integração é um processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre os parceiros, entre organizações, mas também dentro de cada organização, com o propósito de coordenar interdependências, no âmbito de um projeto coletivo, o utente (Contrandiopoulos, 2003). Santana e Costa (2008) propõem uma organização conceptual de integração, considerando para tal, a existência de quatro dimensões fundamentais: estrutural, funcional, normativa e sistémica (**Figura 3**).

Figura 3 - Dimensões da Integração

Fonte: Santana & Costa, (2008)

De acordo com Santana e Costa (2008), fazem parte da integração funcional a integração clínica, a integração da informação, a integração financeira e a integração administrativa, sendo as primeiras três dimensões o verdadeiro pilar de suporte funcional de uma organização (clínica, financeira, informação) que tem como objetivo caminhar para uma realidade integrada, já que permitem a criação/desenvolvimento de mecanismos tendentes a suportar/melhorar o funcionamento conjunto do sistema, com especial atenção nas suas interligações (Santana & Costa, 2008).

Quando a integração funcional é reduzida a um conjunto de procedimentos e normas escritas conhecidas por todos os elementos que a constituem, estamos na presença de um movimento de integração normativa. Esta dimensão permite a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns (Rice et al., 2010).

A integração vertical, aplicada ao setor da saúde, consiste na criação de uma única entidade gestora de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados, com o objetivo de melhorar o estado de saúde geral de uma população de

determinada área geo-demográfica (Brown & McCool, 1986; Conrad & Shortell, 1996a; Byrne & Ashton, 1999; Wan, Lin & Ma, 2002).

A Integração Vertical no setor da saúde abrangeu não só os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares mas também os Cuidados Continuados que dão resposta não só a doentes Idosos, como também a doentes crónicos e portadores de deficiência que ao longo da vida necessitam de cuidados de saúde de longa duração (cuidados continuados) (Potter & Perry, 2006).

Assim, de acordo com Mick et al. (1993) citado por Santana & Costa (2008) a integração vertical é um processo onde uma entidade é responsável por todos os elementos do *continuum* de cuidados ao longo dos diferentes níveis de cuidados de saúde: primários, hospitalares e continuados.

Figura 4 - Integração vertical de cuidados de saúde.



Fonte: Santana & Costa, (2008)

Wagner et al. (1999) num estudo em que avaliaram 72 sistemas de saúde que implementaram diferentes dimensões de integração de cuidados, concluíram que os programas que integravam os cuidados de saúde primários com outros níveis de saúde (integração vertical) apresentaram melhores resultados em termos de custo-efetividade e satisfação dos seus utentes.

Santana & Costa (2008) da revisão da literatura efetuada sobre a integração vertical de cuidados apresentaram, resumidamente e de forma não hierarquizada, os potenciais ganhos deste modelo de organização:

- Maior poder negocial com os fornecedores;
- Melhoria da qualidade assistencial;
- Focalização no utente;
- Promoção do bem-estar;
- Facilidade em disseminar o risco de negócio pelos diferentes níveis de cuidados – eficiência financeira;
- Redução dos custos de transação;
- Redução dos atos e procedimentos desnecessários;
- Redução das atividades mais dispendiosas;
- Benefício de economias de escala;
- Minimização de conflitos.

O modelo de integração vertical de cuidados proporciona algumas potencialidades, geradoras de ganhos em qualidade assistencial e melhores resultados em saúde (Byrne & Ashton, 1999), o que fundamenta a sua aplicação como instrumento de gestão nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

1.1.2. Criação das Unidades Locais de Saúde em Portugal – Enquadramento histórico e legislativo

Em Portugal o modelo organizacional que melhor consubstancia um processo de integração vertical são as Unidades Locais de Saúde (ULS).

A integração e continuidade de cuidados de saúde têm adquirido muita visibilidade e atenção por parte do Ministério da Saúde (MS), nos últimos anos, refletindo-se na orientação da Direção Geral de Saúde (DGS), de 2013, que salienta “a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico.” (p.14)

A dicotomia entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares já é focada no Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro ao salientar que a mesma não promovia a eficiência da prestação, sendo indispensável a criação de unidades de saúde integradas que se articulassem entre si com vista a uma gestão de recursos, geradora de mais eficiência e eficácia: “a tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde - unidades de saúde - que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impõe a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspetos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde”(p.3).

Segundo (Thaldorf & Liberman, 2007) surge então em Portugal, nos anos 90, do século XX, um novo desenho organizacional em que a integração de cuidados de saúde, não só por razões meramente económicas (incluindo potenciais economias de escala, dominação do mercado, aumento de lucros e ganhos de eficiência), mas também dada a necessidade de evitar descontinuidades na prestação de cuidados de saúde e de reduzir a sua fragmentação, melhorando assim as perspetivas de sobrevivência da população.

Nos Estados Unidos da América (EUA), também na década de 90 do século XX, este modelo de integração de cuidados atingiu o seu apogeu e, desde então, tem evoluído ao ponto de atualmente cerca de 92% dos americanos abrangidos por seguradoras pertencerem a sistemas integrados de saúde (Santana & Costa, 2008).

Em 1999, é criada a primeira Unidade Local de Saúde (ULS) portuguesa. A ULS de Matosinhos (Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de junho) foi a primeira unidade em Portugal a estabelecer a articulação entre os CSP e os cuidados diferenciados de matriz vertical. Esta nova figura integrada de prestação de cuidados intitulada de “Unidade Local de Saúde de Matosinhos” detinha personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e natureza empresarial, desenvolvendo uma “prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, diretamente através dos seus serviços ou indiretamente através da contratação com outras entidades, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida” (Art. 1º, Decreto-Lei n.º 207/99).

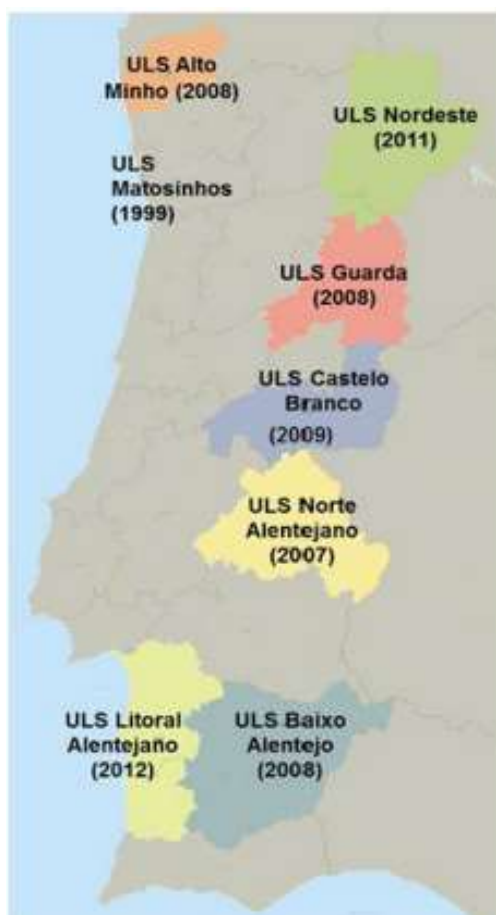
Com a criação das ULS, na sua génese, esteve o objetivo de formar uma única entidade responsável, na sua totalidade, pelo estado de saúde de uma determinada população, através de uma efetiva articulação entre os diversos níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados), com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, sendo expectável que daí advenham benefícios, no que concerne ao acesso dos cuidados de saúde para os utentes residentes na sua área de influência (ERS, 2011).

A Entidade Reguladora da Saúde (2015, p.7) define as Unidades Locais de Saúde como “uma concretização de integração de cuidados de natureza vertical, porque, como sabido, reúne numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Assim, da organização dos distintos prestadores surge uma entidade única, responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, e tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os

cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.”

Após a criação da ULS de Matosinhos foi criada, em 2007, a ULS do Norte Alentejano e posteriormente mais três unidades, ULS do Alto Minho, Guarda e Baixo Alentejo. Em 2009 foi criada a ULS de Castelo Branco, em 2011 e 2012 foram criadas as ULS Nordeste e Litoral Alentejano, respetivamente (**Figura 5**).

Figura 5 - Mapa e cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde

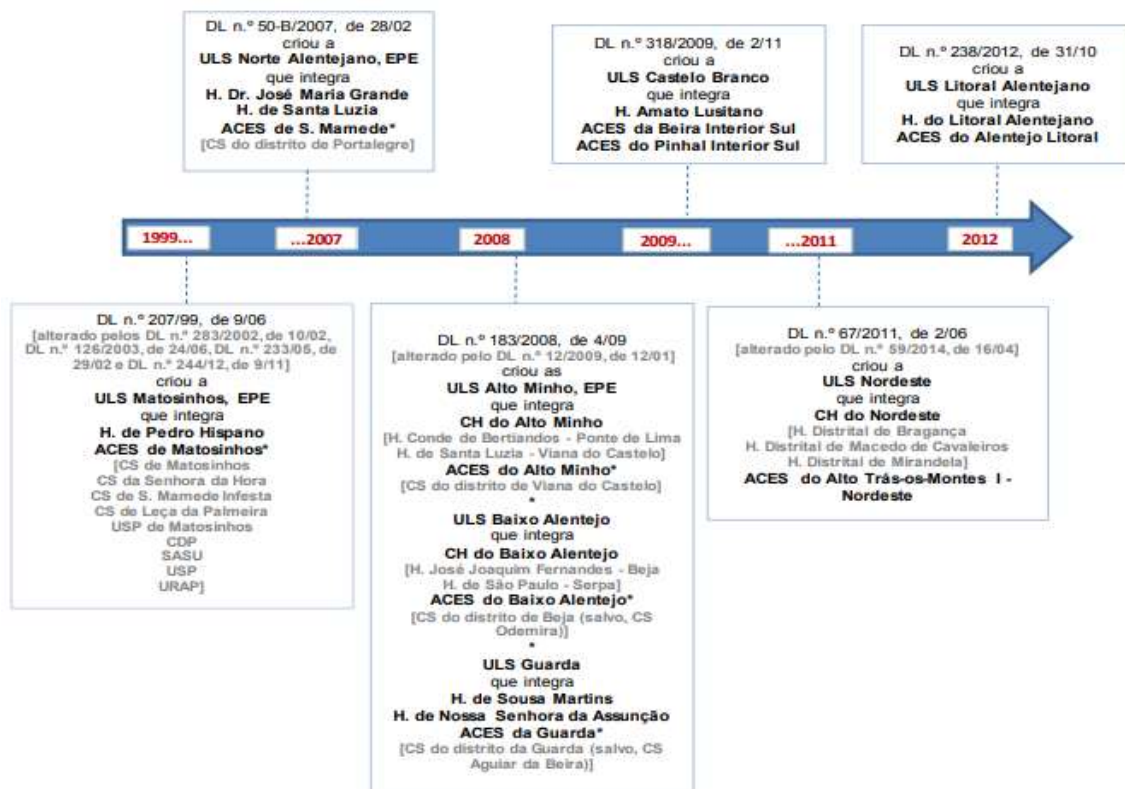


Fonte: ERS (2015)

Os habitantes abrangidos por unidades integradas (Unidades Locais de Saúde) supera os 1.176.266, o que reflete uma abrangência de 11% de habitantes residentes em Portugal, referidos pelos Censos 2011, 10.555.853 habitantes.

As oito ULS atualmente existentes foram constituídas por distintos e sucessivos decretos-lei, conforme se pretende exibir no esquema cronologicamente (**Figura 6**).

Figura 6 - Sucessão legislativa de criação das ULS



* Indica os ACES que não tendo sido criados por Portaria foram formalizados por cada uma das ULS na qual se integram

Fonte: ERS (2015)

Por meio da consulta dos vários decretos-lei da constituição das Unidades Locais de Saúde, constata-se que estes não apresentam nenhuma orientação específica, sendo muito ampla a sua abordagem no que concerne à integração, deixando ao entender de cada conselho de Administração a sua concretização. É, assim de salientar, que os Conselhos de

Administração destas Unidades Locais de Saúde são nomeados para a gestão e administração de toda a Unidade Local de Saúde. Somente, assume obrigatoriedade legislativa, a nomeação de um diretor clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários e outro para a área dos Cuidados de Saúde Hospitalares.

As ULS são organismos públicos, de natureza empresarial, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial (ERS, 2011). O seu financiamento é executado por capitação ajustada pelo risco para a população abrangente de cada unidade, de modo a refletir as diferenças de oferta e de procura de cada área geográfica (ERS, 2011).

No Contrato-Programa para o ano de 2015, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), estabelece que as ULS devem reforçar o papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do utente pelos diferentes níveis de cuidados, potenciando a integração e a coordenação clínica dos cuidados (Portugal, Ministério da Saúde. ACSS, 2014).

1.1.3. Estrutura, Missão e Objetivos das Unidades Locais de Saúde

Na génese da criação das ULS está consubstanciada um objetivo major, que passa por melhorar a interligação entre centros de saúde, hospitais e cuidados continuados, num modelo de matriz de integração vertical, com o fim único e primordial de garantir o bem-estar da população residente.

Define-se como um “estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (...) tendo como principal especificidade o facto de competir a um único órgão, o Conselho de Administração, a direção e gestão” (Entidade Reguladora da Saúde, 2011, p.4).

É importante descrever cada uma dos 3 níveis de cuidados que compõem a estrutura das ULS.

Em termos conceptuais (Conrada & Dowling, 1990), a definição de Cuidados de Saúde Primários resultou da conferência de Alma – Ata (1978), cidade da URSS, onde em 1978 se

realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários”, em que participaram cerca de 134 países, entre os quais se encontrava Portugal. Os Cuidados Primários podem ser entendidos como “os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS, 1978, p. 1-2).

Segundo Conill (2008), a importância dos CSP é confirmada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pelos CSP em países da União Europeia a partir de 1990. O seu papel crescente devia-se, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorio havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços. As funções dos CSP, adotadas pelo Observatório Europeu praticamente coincidem com os atributos sugeridos por Barbara Starfield (1998) para cuidados primários em que identifica quatro elementos estruturantes: são cuidados de primeiro contacto (gatekeepers); longitudinais (ao longo da vida); compreensivos (globais, holísticos); devem garantir a coordenação/ integração (com os restantes níveis de cuidados).

Segundo Imperatori (1985), mencionado por Chaves (s/data) os CSP empreendem formas adequadas às necessidades da população, originando desta forma a participação da mesma com responsabilidade, refletindo o contexto económico e social da comunidade onde estão integrados. Os CSP devem assim dar uma atenção primordial à promoção da saúde e prevenção da doença. De acordo com o mesmo autor, os CSP consistem na “prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o

ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”(p.24).

O Relatório Mundial da Saúde publicado pela OMS, em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base em CSP fortes e de qualidade: “ [...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

Numa revisão bibliográfica encetada por Mendes (2009), a matriz dos CSP é interpretada como: “o primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A sua natureza longitudinal requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao logo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipa, utente e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante” (Mendes, 2009, p. 57-58).

De acordo com (Costa & Santana, 2008), os cuidados saúde secundários (hospitalares) “pela representação do conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela

necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. Habitualmente são prestados em unidades hospitalares e resultam em episódios de curta duração” (p.22).

Com o passar dos anos, a principal rede de suporte ao idoso, a família, tem vindo a sofrer alterações no que alude à sua organização e dinâmica. Fatores como o envelhecimento da população e conseqüente aumento de pessoas idosas dependentes, a integração das mulheres no mundo profissional, o menor número de filhos, a focalização dos indivíduos no sucesso profissional, entre outros, levaram à desresponsabilização do papel da família como cuidadora primária, passando o “dever” dos filhos sobre a prestação de cuidados aos pais, para um novo grupo profissional, o do “cuidador formal” (Martínez, 2005; cit. in Neto & Corte-Real, s.d.).

Por sua vez, os Cuidados Continuados Integrados, designam “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DL nº101/2006, de 6 de junho, p.6).

Os cuidados continuados integrados, “são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DGS, 2020, p.6). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) articula equipas e unidades de ambulatório e internamento que são as responsáveis por esta prestação continuada de cuidados a todos os indivíduos que necessitem, nomeadamente os doentes crónicos, as pessoas dependentes e todos os que estão na fase terminal da sua vida, com o objetivo de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge como resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, compreendendo assim cuidados de natureza preventiva, recuperadora e paliativa (Simões, et al, 2014).

Este tipo de unidades de cuidados, dão resposta não só a doentes idosos como também a doentes crónicos e portadores de deficiência que ao longo da vida necessitam de cuidados de saúde de longa duração (cuidados continuados) (Potter & Perry, 2006).

O conjunto de fenómenos demográficos e sociais, nas sociedades contemporâneas, leva a uma adaptação da resposta pelas organizações de Saúde e a integração de cuidados numa única entidade. Estas alterações são, segundo Lopes et al., (2014), as seguintes:

- O envelhecimento da população: o prolongamento da duração média da vida humana traz um aumento no consumo de recursos em saúde;
- Mudança epidemiológica: será previsível uma maior prevalência de doenças crónicas, associadas a condições de multimorbilidade e de comorbilidades, que exigirá uma resposta estrutural que contemple uma gestão programada, definida em função dos níveis de risco de cada utente, e sobretudo um melhor nível de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados;
- Alteração do perfil dos consumidores: a crescente globalização poderá potenciar uma multiplicidade de origens étnicas e culturas que carecerá de uma maior abertura na perceção das necessidades de cada grupo específico. Por outro lado, as expectativas dos consumidores traduzidos em procura de valor – preço e qualidade – relativamente aos seus sistemas de saúde nunca foram tão elevadas;
- Avanços científicos no tratamento da doença: para além dos problemas éticos habitualmente associados ao desenvolvimento da tecnologia clínica e biológica, espera-se um crescimento dos custos inerentes a novas tecnologias;

- As tecnologias de informação: aplicação ao setor poderá deter impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, permitindo melhores e mais rápidas decisões;
- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: o conceito de “prestação” terá tendência em mudar para um novo paradigma mais focalizado no “bem-estar geral do doente”;
- Melhorar o nível de qualidade assistencial: minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas.

O Contrato-Programa, de 2012, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) refere que as ULS, tal como os hospitais, têm como fim:

- Aumentar o acesso e o desempenho das instituições, implementando indicadores de qualidade e eficiência nas mesmas;
- Controlar o desempenho financeiro das instituições com a introdução de novos instrumentos previsionais, como o Balanço Previsional e a Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa; Conseguir uma união da tabela de preços na prestação de cuidados de saúde;
- Aumentar os proveitos extra contrato-programa através da implementação de processos que permitam este mesmo aumento;
- Aumentar o financiamento concedido a doentes portadores do vírus VIH/sida em tratamento ambulatorio;
- Utilizar eficientemente os recursos das instituições, dando especial atenção aos conselhos dados pelos grupos de estudo da Rede Hospitalar;
- Ajustar a oferta de cuidados de saúde à procura de cuidados de saúde, procura esta dependente das necessidades da população;
- Substituir a assistência urgente pela atividade programada em consequência da articulação entre os cuidados hospitalares e os CSP;

- Promover o acesso às primeiras consultas hospitalares, cumprindo os tempos máximos de resposta garantidos;
- Gerir eficientemente as consultas hospitalares posteriores à primeira, no sentido de encaminhar o utente para os CSP assim que a sua situação clínica o permitir;
- Promover o acesso a cirurgia através do programa Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), cumprindo os tempos máximos de resposta garantidos;
- Promover, sempre que possível, a transferência de cuidados prestados em ambiente hospitalar para CSP, possibilitando assim aos utentes uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde;
- Reduzir o tempo de internamento e o tempo de espera para tratamento em ambulatório, aumentando simultaneamente a articulação dos hospitais com os centros de saúde;
- Promover os cuidados prestados em ambulatório em detrimento dos cuidados prestados durante o internamento;
- Incitar melhores práticas de gestão clínica;

Mais concretamente, as ULS deverão proporcionar:

- Transferir os cuidados prestados nos hospitais para os CSP e cuidados continuados, devido ao nível de coordenação com outras instituições de saúde e pela exaustiva integração vertical de cuidados;
- Aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, facilitando desta forma a referenciação entre as diversas instituições de saúde;
- Fortalecer o acompanhamento a utentes que precisem de cuidados após a alta hospitalar, garantindo assim uma prestação de cuidados de saúde contínua;
- Utilizar os recursos disponíveis eficientemente para que os cuidados de saúde possam ser utilizados corretamente, visando obter ganhos em saúde; e por fim,

- Promover a implementação de programas de saúde em escolas e diversos locais de trabalho, dando atenção primordial à promoção da saúde.
- Segundo (Costa & Santana, 2008) mencionado por (Matos, 2013) (...)as ULS foram criadas para:
 - Haver uma maior rentabilização da capacidade dos hospitais e dos centros de saúde, de modo a reafectarem melhor os recursos. A substituição do internamento pelo ambulatório programado e a diminuição do tempo de internamento, também parecem ser fundamentais para um aumento da qualidade assistencial, da eficiência técnica e da eficiência económica;
 - Ser incrementada a qualidade assistencial através da implementação de programas de gestão da doença que permitam a utilização de guiões de tratamento ou de processos de referenciação que visem uma minimização de erros na prática e uma quebra das barreiras existentes entre os utentes e os profissionais de saúde;
 - Existir uma maior centralização do utente no sistema, ou seja, haver uma focalização mais direcionada para as suas necessidades (doenças) do que para as necessidades dos prestadores de cuidados de saúde, o que permitirá dar uma melhor resposta aos utentes de acordo com as suas características individuais;
 - Promover o bem-estar da população, dando atenção prioritária às fases primárias de doença, enfatizando desta forma todas as atividades referentes à promoção da saúde e à prevenção da doença;
 - Disseminar o risco de negócio, ou seja, manter uma linha não eficiente por meio de outras linhas mais eficientes, uma vez que, através do domínio do processo de produção dos diferentes níveis de cuidados, será possível a utilização da subsidiarização cruzada entre as diferentes atividades realizadas;
 - Aumentar as economias de escala através da coordenação dos diferentes níveis de cuidados e do crescimento de poder de penetração no mercado, que farão desta forma aumentar qualitativamente e quantitativamente a produção;

- Minimizar os conflitos por meio de uma boa coordenação conjunta, não só da produção e do financiamento dos cuidados de saúde, como também da avaliação de desempenho de quem presta os mesmos, pois esta levará a um alinhamento estratégico e operacional. A própria gestão por parte das instituições responsáveis pela prestação de cuidados de saúde nas várias etapas de produção, poderá originar discordâncias estratégicas e perdas de qualidade assistencial.

Segundo Daft (1998), citado por Santana (2011), um elemento fundamental para gerir unidades prestadoras de cuidados de saúde será determinar as suas funções, responsabilidades e incentivos ao nível interno.

O Contrato Programa, para o ano de 2015, redigido pela Administração Central de Serviços de Saúde (2014), as Unidades Locais de Saúde devem considerar as seguintes orientações:

- Consolidação de processos de afiliação entre instituições hospitalares, centrando a prestação de cuidados de saúde em função do utente e incentivando-se a cooperação entre instituições para determinadas valências, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados e a rentabilização da capacidade instalada;
- Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários;
- Melhorar a interligação e articulação dos prestadores dos Cuidados de Saúde Hospitalares com os prestadores de cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados;
- Respeitar os tempos máximos de resposta garantida no âmbito da consulta externa proveniente dos cuidados de saúde primários;
- Gerir as listas de espera cirúrgicas cumprindo os tempos máximos de resposta garantida, reduzindo os encargos com a prestação de cuidados cirúrgicos não atempados;

- Incentivar o reforço do papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados;
- Fomentar a integração e a partilha de informação entre os sistemas de informação e continuar a melhorar o rigor e a fiabilidade dessa mesma informação.

Seria expetável que um contato programa elaborado para um modelo organizacional, já com 16 anos de implantação no terreno, aspirasse a uma consolidação da estrutura das Unidades Locais de Saúde. Contudo, o que é delineado é um incentivo e melhoramento dos processos de integração e interligação entre cuidados, fomentando a integração. O que daqui ressalva é que as ULS, muito provavelmente, ainda não alcançaram um patamar de consolidação que este modelo organizacional pressupõe.

1.2. As Unidades Locais de Saúde – Modelo organizacional

Segundo (Delnoij, Klazinga & Velden, 2003) a OMS no que diz respeito à integração de cuidados, salienta a necessidade de diminuir atual fragmentação da prestação de cuidados de saúde com o intuito de dirigir o sistema para as necessidades dos utentes, estabelecendo prioridades e administrando os recursos. Reforça, a importância de caminhar no sentido de uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação devam ser etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde.

1.2.1. As Unidades Locais de Saúde e o modelo de governação

Integrar tem origem no latim *integer* (inteiro) e o seu significado indicia uma ação onde diferentes partes se fundem num todo (Dicionário Larousse, 1978).

Para (Lopes et. al, 2014) autores do relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental a integração é um processo que envolve a criação e administração de uma estrutura inter e intraorganizacional, comum entre os parceiros (e organizações)

independentes, a fim de coordenar todos os esforços com principal foco no utente. O propósito primordial baseia-se em coordenar a sua interdependência no sentido de permitir o funcionamento conjunto no âmbito de um projeto coletivo. Assim, segundo os mesmos autores, nesta perspetiva, poderá verificar-se uma necessidade de coordenar diferentes níveis de cuidados, não apenas os primários como também os continuados e os secundários, uma vez que estes últimos são caracterizados por consecutivas fragmentações entre serviços.

Para (Kodner, Kyriacou & Fully, 2000) a integração de cuidados pode ser definida como um conjunto de técnicas e/ou modelos de organização concebidos com o objetivo primordial de fomentar a colaboração, coordenação e cooperação dentro e entre os prestadores, tanto na área financeira como administrativa.

O modelo de Unidade Local de Saúde, surge no setor da Saúde em Portugal como um esforço estrutural e organizacional para alterar os problemas entre os Cuidados Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares, visando reduzir a fragmentação e a descontinuidade de cuidados e revalorizando as funções profissionais generalistas como médico e enfermeiro de família, trabalhando em estreita complementaridade, num contexto de equipa multiprofissional com os cuidados diferenciados e especializados (Nunes et al., 2012).

A integração dos vários níveis de cuidados de saúde está bem perceptível na página número 3 da orientação 002/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS): “a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico”. **(Figura 7)**

Figura 7 - A gestão nos diferentes tipos de cuidados – Unidades Locais de Saúde.



Fonte: Adaptado de Santana & Costa (2008)

Na constituição das Unidades Locais de Saúde, prevê-se uma série de melhorias baseadas na produção integrada e no aproveitamento de output da estrutura precedente, podendo-se, segundo Samuelson (1988) citado por Santana (2011) afirmar a presença de integração vertical quando pelo menos uma das organizações utiliza o seu input como output da outra. Podemos recorrer a um exemplo prático, a admissão de um doente numa Unidade Hospitalar, referenciado pelos Cuidados de Saúde Primários com toda a informação clínica compilada e somente se procede à continuidade do seu tratamento. Deste exemplo, advém, o proveito do trabalho já realizado no setor dos Cuidados de Saúde Primários e o aproveitamento do mesmo para a continuidade dos cuidados no setor hospitalar, representando assim um processo eficiente de integração de cuidados.

A integração de cuidados exige, por isso, mais cooperação entre as partes e uma maior relativização das estruturas organizacionais, permitindo sim a incorporação rápida no processo do conhecimento disponível, garantindo uma prestação de cuidados mais individualizada e mais adequada a cada caso. Por outro lado, através da abordagem integral podem alocar-se recursos onde efetivamente são necessários, acrescentar valor e obter melhores resultados finais. Mas esta reorganização necessita de um compromisso firme e de uma cooperação entre as várias partes envolvidas no processo e da sua vontade de assumir maiores níveis de autonomia e responsabilidade na gestão dos recursos. A resposta aos doentes crónicos não pode estar condicionada pelas tradicionais fronteiras das instituições de saúde, sendo fundamental que esta se estenda muito para além destes limites, ou seja integrando os serviços de outras instituições presentes na comunidade, que podem inclusivamente preencher lacunas na oferta dos serviços de saúde (WHO, 2002).

Para (Gillies, et al., 1993) a integração funcional consta na coordenação, comunicação e cooperação efetiva das funções e atividades básicas promovidas nas unidades operacionais do sistema de produção através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente. Esta dimensão é a componente fundamental das ULS, uma vez que sem a coordenação entre as diferentes unidades e prestadores dificilmente se atingirão as potenciais vantagens, ganhos de eficiência ou se reduzirão custos (Byrne, & Ashton, 1993).

Comparativamente com a dimensão estrutural da integração, esta realidade é mais difícil de ser alcançada e de ser medida, nomeadamente “porque se torna mais fácil juntar as peças do que fazer com que elas funcionem juntas”. Por outro lado, a integração funcional, característica major das ULS, não implica necessariamente uma integração estrutural, uma vez que os elementos organizacionais ou individuais podem manter a sua independência mas criar interligações funcionais tendentes a garantir maior consistência na gestão da saúde/doença do doente.

Os mecanismos utilizados na governação das ULS no sentido de promover a coordenação entre as atividades/ funções desenvolvidas pelos três níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados), passam por (Lopes, et al., 2014):

- Formação de programas de gestão de doença;
- Elaboração conjunta de planos de atividades e de orçamento;
- Partilha de procedimentos administrativos;
- Integração dos dados clínicos num único sistema de informação;
- Implementação de sistemas de comunicação;
- Formação de equipas interdisciplinares;
- Criação de sistemas de referenciação dos doentes.

Sucintamente o modelo de governação de uma ULS é determinado basicamente pela integração clínica, que contribui para a efetividade da prestação de cuidados de saúde, pela integração da informação, pela integração financeira e pela integração ao nível administrativo. As três primeiras dimensões constituem a rede de suporte funcional de uma organização (clínica, financeira, informação) que pretende caminhar para uma realidade integrada, pois permitem a criação/ desenvolvimento de mecanismos tendentes a suportar/ melhorar o funcionamento conjunto do sistema, com especial enfoque na integração de todas as dimensões (Lopes et al., 2014).

De entre os mecanismos de integração de cuidados mais reconhecidos, para além da gestão da doença, destacam-se também a formação de equipas multidisciplinares, a criação de um processo clínico único (permite a disponibilização da informação clínica ao longo do tempo, a interpretação dos resultados dos tratamentos realizados e captura os dados clínicos), a programação e planeamento das altas, a existência de programas de referenciação, a necessária informação ao consumidor, implementação de programas de qualidade e a formação médica contínua e treino em serviço (Shortell et al., 1993).

A integração de cuidados tem como objetivo o alcance de cuidados clínicos uniformes e consistentes ao longo de diferentes níveis de cuidados (Rosen, et al., 2011). Neste contexto,

esta dimensão inclui o conceito de continuidade de cuidados, coordenação de cuidados, gestão da doença, boa comunicação entre prestadores, transferência de informação e registros médicos, resultando numa eliminação da duplicação de exames e de procedimentos. Além disso, garante a ligação entre estes conceitos em caso de lacunas dos sistemas de saúde (Shortell et al., 1993).

1.2.2. As Unidades Locais de Saúde modelo de financiamento e a contratualização

O sistema de saúde português consiste numa panóplia de fontes de financiamento público e privado, tal como acontece com os seus congéneres europeus.

O SNS criado em 1979 é de cobertura universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (Barros, 2013). Em termos de financiamento, o SNS é financiado essencialmente pelos impostos (tributação geral), todavia, os copagamentos, designados em algumas circunstâncias por taxas moderadoras, têm vindo a aumentar, sobretudo nos últimos anos, sendo considerados embora sem peso significativo para o financiamento da saúde (Escoval, 2003).

Segundo a mesma autora o sistema de financiamento do SNS efetua-se por via do Ministério das Finanças, que anualmente decide um orçamento com base no histórico da despesa e nos planos apresentados pelo Ministério da Saúde (MS). O MS recebe um orçamento global para o SNS, proveniente do orçamento Geral do Estado, o qual é afetado às instituições que integram o SNS, sob a gestão dos seus organismos centrais e periféricos, que estão integrados na administração indireta do Estado.

Portugal desde a década de noventa que iniciou o desenvolvimento do processo de contratualização, enquanto importante instrumento de apoio ao financiamento numa perspetiva de maior equidade e garantia de acesso aos cidadãos. A contratualização tem por base o relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores, assente numa filosofia contratual, na qual são estabelecidos os resultados em saúde esperados para os níveis de financiamento disponibilizados (Escoval et al., 2010; MS, 2011).

Através da assinatura de um Contrato-Programa (CP) são estabelecidos os objetivos institucionais a atingir, com metas de produção, de desempenho e de qualidade, e como contrapartida é definido um determinado nível de financiamento que pressupõe assegurada a autonomia e responsabilização de ambas as partes, tendo aliado um sistema de incentivos institucionais. O CP, com o princípio de executar o acompanhamento e monitorização das instituições, descreve um conjunto de indicadores que lhe permitem aferir o nível de desempenho das unidades prestadoras de cuidados, na intuito de garantir os princípios de acesso e qualidade, desempenho económico-financeiro e assistencial.

Este processo envolve vários intervenientes, designadamente o MS, a ACSS, as ARS e as entidades prestadoras de cuidados: Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e os Agrupamentos de Centros de Saúde (MS, 2011).

As ULS possuem o mesmo estatuto que os hospitais EPE. A afetação dos recursos financeiros é baseada na capitação global ajustada pelo risco, sendo consideradas as características e necessidades de saúde da população, traduzidas num coeficiente de ajustamento global baseado em indicadores da população em risco e da prestação de cuidados de saúde (MS, 2010). Concretamente, a modalidade de pagamento das ULS estabelece que o valor per capita de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%). A componente de determinantes da despesa baseia-se na variação da despesa (assente num modelo de regressão linear múltipla, com três variáveis - a despesa de cuidados de saúde primários e hospitalares (variáveis independentes) e a despesa total (variável dependente) (MS, 2009).

Segundo (Santana, s/D) a capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista ou na da sua área de residência, independentemente da quantidade de serviços a prestar. O foco deste sistema assenta na procura, sendo o financiamento das organizações de saúde

estabelecido em função da dimensão da população previamente definida ou escolhida pelo prestador.

A utilização deste sistema de pagamento obriga a um conhecimento abrangente das necessidades de saúde da população coberta (Barros & Gomes, 2002). Segundo os mesmos autores implicam geralmente um elevado risco operacional para o prestador (dado que suporta o risco inerente ao desenvolvimento de condições clínicas adversas em cada indivíduo). O Hospital recebe maior incentivo para a garantia da saúde da população abrangida, a qual se não recorrer aos serviços hospitalares permite a poupança de custos, desta forma, levantam-se críticas no que concerne à preocupação com a qualidade dos serviços prestados (CRES, 1996; Bentes, 1998). Algumas vantagens referidas são a potenciação de uma maior coordenação e integração entre os níveis de prestação de cuidados de saúde (Bonilla & Rubio, 2000), o benefício no planeamento, organização, acompanhamento e avaliação da atividade de uma forma mais precisa e estruturada pois sabe-se inicialmente o montante disponível dado o seu carácter prospetivo (Ackerman, 1992). Como desvantagens, além das já mencionadas, aponta-se o facto de a capitação exigir mecanismos de regulação fortes, podendo em certos cenários aumentar a carga administrativa associada ao modelo de financiamento usado, referindo-se, também, a possibilidade de incentivo à seleção adversa que pode resultar na perda da qualidade assistencial e do acesso aos serviços de saúde (Santana, s/d).

No processo de contratualização com as ULS a repartição dos 10% do contrato-programa afetos ao cumprimento de objetivos é distribuída por 6% de objetivos de qualidade dos quais 3% para CSP, alinhados com a contratualização realizada a nível nacional com os ACES e 3% para cuidados de saúde secundários, alinhados com a contratualização realizada a nível nacional com os hospitais/centros hospitalares, e considerando objetivos de integração de cuidados ao nível do eixo regional. Os restantes 4% dizem respeito aos objetivos de eficiência/sustentabilidade financeira, alinhados com a contratualização realizada a nível nacional com os hospitais/centros hospitalares (Escoval, et al., 2010).

Ao nível dos cuidados continuados está implementada, desde 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que compreende um modelo assente numa lógica da separação de funções (compra/prestação) mediante a contratualização de serviços e a descentralização das responsabilidades de âmbito territorial (MS, 2008). O planeamento da compra de serviços foi desenvolvido em dois planos de implementação, num modelo de financiamento partilhado e intersectorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Escoval et al., 2012).

Assim, os prestadores que servem uma população com previsivelmente maiores necessidades de cuidados de saúde devem receber um financiamento per capita proporcionalmente superior a outros que servem populações mais saudáveis (ERS, 2015). Sendo um aspeto crucial para garantir um financiamento ajustado às reais necessidades de cada região, o modelo de ajustamento pelo risco é também uma das componentes tecnicamente mais desafiantes no desenho e implementação de sistemas de pagamento por capitação (Goodson et al., 2001).

1.2.3. As Unidades Locais de Saúde e a gestão de informação

Os sistemas de informação (SI) são cada vez mais preponderantes nas organizações pois desempenham um papel cada vez mais relevante no seu sucesso. Gurbaxani & Whang (1991) referem que as organizações passarão não só a apoiar-se nas tecnologias da informação (TI) e SI, mas a sua estratégia dependerá da sua ação. (Laudon & Laudon, 2004) referem que estes são uma mais-valia nas organizações adicionando valor no seu papel competitivo e produtivo.

A inovação e a utilização de tecnologias de informação e comunicação é assim uma das grandes prioridades nas políticas de saúde atualmente, com particular destaque para a integração da informação dos utentes, e que a disponibilização atempada de informação do utente pode contribuir para melhorar as decisões dos profissionais de saúde, bem como para gerir mais eficazmente o encaminhamento de doentes, sempre que necessário. Se a informação disponível ao longo do processo de prestação de cuidados for atual e fiável,

isso influenciará positivamente o planeamento e a organização dos cuidados, nomeadamente no que respeita ao encaminhamento dos doentes, e garantirá uma maior adequação dos cuidados prestados (Dias, 20015).

A partilha de informação clínica pode ser um importante meio de suporte à prestação de cuidados, pela possibilidade de troca de informação entre profissionais de diferentes níveis de prestação de cuidados, nomeadamente dos cuidados de saúde primários e hospitalares. A existência de um processo clínico eletrónico é hoje vista como uma prioridade, fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do doente ao longo de todo o processo de produção, sustentando-se que a falta de um corpo coerente de informação sobre o utente pode levar a um aumento das listas de espera e à duplicação de procedimentos (Santana & Costa, 2008). Daí que muitos governos europeus tenham vindo a apoiar projetos na área nos sistemas de informação na saúde, nomeadamente as plataformas de e-health e os registos de saúde eletrónicos, com o objetivo de melhorar a partilha de informação entre os prestadores de cuidados, doentes, farmacêuticos e outros stakeholders. Estas plataformas podem incorporar desde guidelines para os profissionais de saúde até informação relevante para os próprios doentes (Busse et al., 2010).

Shortell et al., 2000 referem que a ausência de sistemas de informação pode considerar-se mesmo uma barreira à integração, na medida em que a sua preponderância para o processo é fundamental no seu sucesso. Para (Rosen et al., 2011) a integração de informação desenvolve sistemas de informação clínicos e de gestão para suportar uma prática de cuidados uniformes ao longo dos vários níveis de cuidados. Assim, está relacionada com conceitos como comunicação entre as equipas clínicas, medição de resultados e gestão da performance.

Para (Williams, 1992) as potencialidades habitualmente associadas aos sistemas de informação tais como a criação de automatismos funcionais ou a conectividade entre os diferentes elementos do sistema podem contribuir decisivamente para o processo de integração vertical.

Assim os SI devem, então, ser encarados como um recurso de grande valor na gestão das organizações que, independentemente do segmento de mercado onde está inserida a organização, permite uma possibilidade de melhoria da produtividade, redução de custos, aumento da eficácia e facilitação na tomada de decisão (Callado et al., s/d).

Os sistemas de informação são, de facto, apontados como determinantes para o sucesso na implementação de modelos como as ULS, sendo prioritário garantir a integração dos sistemas já existentes, bem como salvaguardar aspetos relacionados com a segurança, confidencialidade e disponibilização permanente de informação. Estes mesmos sistemas de informação podem ser, eles próprios, instrumentos importantíssimos de controlo na implementação destes modelos, permitindo monitorizar, nomeadamente, os ganhos em saúde, a afetação dos recursos e até a satisfação de doentes e profissionais (Escoval et al., 2010).

A utilização de sistemas de informação e a integração de informação é entendida por muitos autores também como uma condição para o processo de integração vertical, já que desta forma é possível integrar dados clínicos, financeiros e administrativos garantindo que a informação seja disponibilizada a quem dela necessite, com a devida permissão de acesso, sem restrições de tempo ou de lugar (Santana & Costa, 2008).

Acredita-se também que a intensificação da utilização de sistemas de informação na saúde, em combinação com outras reformas na saúde, poderá aumentar a transparência no sistema tanto para prestadores de cuidados de saúde como para utilizadores. E, utentes mais informados serão também utentes com mais capacidade de participação (WHO, 2008b).

Para (Galvin, 1995) para além de garantir um registo rigoroso (quantidade e qualidade) de toda a atividade realizada, um sistema de informação em contextos integrados deve igualmente atender às diferentes necessidades de informação dos seus utilizadores situados em distintos níveis de decisão organizacionais (estratégico, intermédio e

operacional). Assim, a identificação das necessidades de informação é fundamental para o desenho e implementação de um sistema de informação em contexto de integração.

As enormes potencialidades permitem mesmo transformar os sistemas de informação em veículos da própria mudança organizacional, podendo assumir-se como uma vantagem competitiva para as unidades prestadoras (Duffy, 1996). A aplicação dos SI nas organizações promove uma maximização de recursos, melhorando a sua produtividade, reduzindo os custos e aperfeiçoando a competitividade e apoio à tomada de decisão (Callado et al., s/d).

A integração na dimensão de informação pode constituir um precioso auxílio na coordenação entre elementos físicos, humanos, técnicos, sendo mesmo encarada por alguns autores como uma condição fundamental para o processo de integração vertical sem a qual não é possível garantir as restantes dimensões funcionais, particularmente a clínica e a financeira. Trata-se do suporte tecnológico que conectado com o doente, permite a incorporação dos dados clínicos (processo clínico), financeiros (custos e proveitos) e administrativos, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontre disponível (Harvey & DePue, 1997).

1.2.4. As Unidades Locais de Saúde e o empoderamento do utente

A informação é um fator chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde (GOLIN; DIMATTEO & GELBERG, 1996; OMS, 2002). Para tal, estes necessitam trocar informações com o profissional de saúde, sobre as quais farão a respectiva integração, compreensão e avaliação. Isto porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado (Sarafino, 2002).

Na prevenção e educação para a saúde, a Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de

intervenção. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que estas enfrentem as dificuldades e incertezas, e mantenham a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde (Paúl & Fonseca, 2001).

Assim outro fator determinante na integração de cuidados será o poder a atribuir ao utente, ou seja a integração do próprio utente na prestação de cuidados de saúde. Durante um determinado episódio de cuidados, os utentes podem necessitar da intervenção de vários profissionais, de diferentes instituições e de diferentes níveis de cuidados, ou seja, um mesmo utente pode receber cuidados do seu médico de família, de profissionais de saúde num hospital numa situação de internamento, bem como de um médico e/ou enfermeiro num lar ou em casa. E quando diferentes profissionais de saúde intervêm sobre o mesmo utente, na ausência de um único plano de cuidados, o risco de fragmentação na prestação de cuidados é grande, bem como o potencial de erros. Daí que a fragmentação de cuidados possa resultar em guias de tratamento confusos para o utente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, num seguimento desadequado do utente, assim como numa falta de preparação do utente e dos seus prestadores de cuidados, particularmente os prestadores informais de cuidados, para a fase seguinte, o pós-internamento. Poderá, também, levar a uma maior utilização dos hospitais e dos serviços de urgência e, conseqüentemente, a um aumento dos custos na prestação de cuidados (Coleman et al., 2002).

Face a uma doença, o utente tem que aprender determinadas competências. Para que tal aconteça, é necessário que possuam um conhecimento correto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável (OMS, 2002; Sarafino, 2002).

No plano da cidadania, defende-se que a informação é do utente e que este terá o direito de gerir a sua informação, devendo este assumir um papel mais ativo neste processo e não apenas o de fornecedor de informação. Considera-se ainda que as TIC podem também ser

uma ferramenta muito poderosa na implementação do conceito de cidadania em saúde, nomeadamente na gestão da informação pelo cidadão, bem como no acesso à informação, influenciando a sua capacidade de decisão. Ainda assim, a participação do cidadão, para além da tecnologia disponível, está também condicionada pelo seu grau de literacia em saúde, que será o grau no qual os indivíduos têm a capacidade de obter, processar, e compreender informação básica de saúde, bem como os serviços necessários de forma a ser possível tomar decisões de saúde adequadas. Face a uma procura mais exigente, as tendências de resposta serão, acredita-se, tal como noutros sectores da economia, não de disponibilização massiva de informação de saúde, mas de personalização em massa de informação de saúde (OPSS, 2009).

1.2.5. As Unidades Locais de Saúde – vantagens ou benefícios

Segundo (Santana et al., 2009) num contexto de produção de serviços complexos como é o setor da saúde, a integração vertical de cuidados é profícua.

Na génese das ULS esteve o objetivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde com os Hospitais, e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, com unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados (ERS, 2011).

A necessidade de articulação em diferentes níveis dos cuidados de saúde, com principal ênfase nos cuidados primários e nos cuidados hospitalares, causou a necessidade de se garantir uma mais eficaz e eficiente interligação desses dois níveis de cuidados. O objetivo principal é a obtenção de uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma resposta melhor dos cuidados hospitalares e por consequência retorno para os cuidados primários (ERS, 2015).

Existem algumas barreiras à integração de cuidados de saúde, que merecem ser destacadas. As unidades a integrar têm, geralmente, diferentes culturas organizacionais,

que terão que se adaptar ao novo modelo, sendo este um dos aspectos mais difíceis de mudar. A própria lógica de proximidade geográfica entre as organizações a integrar, habituadas a concorrer entre si por recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a desconfiança ou a dificuldade em partilhar informação “privilegiada” sobre cada uma das realidades são igualmente aspetos que podem dificultar a integração. Outra dificuldade identificada diz respeito à diferente dimensão das estruturas a integrar. As estruturas de menor dimensão receiam, neste processo, a perda de protagonismo na gestão e desvantagens orçamentais (Santana & Costa, 2008).

O processo de integração vertical, sobre o qual assenta a origem das ULS, tem como metas principais (Grone & Garcia-Barbero, 2001):

- Agregação de inputs;
- Prestação e gestão dos serviços associados a medidas de prevenção;
- Promoção da saúde;
- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Reabilitação do estado de saúde.

Segundo a ACSS (2009) é amplamente aceite que o alto nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações é alcançado através do fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados e dos instrumentos de contratação de serviços.

Esther Suter et al. (2009) realizaram uma extensa revisão da literatura com o principal objetivo de conhecer a evidência disponível em relação às definições, processos e impacto dos sistemas de prestação de cuidados de saúde integrados. Apesar das diversas estratégias e abordagens adotadas nos diferentes sistemas de saúde integrados, os autores encontraram 10 princípios chave frequentes e consistentes na evidência disponível. Os

princípios a seguir descritos são independentes do modelo de integração, do contexto de cuidados de saúde ou da população abrangida:

- Serviços completos em todo o *continuum* de cuidados: os sistemas de saúde assumem a responsabilidade de planejar, prestar e coordenar todos os serviços ao longo de um *continuum* de saúde para uma determinada população abrangida. Os serviços incluem desde cuidados de saúde primários a cuidados terciários como também a cooperação entre a saúde e os serviços sociais.
- Centralização no doente: segundo Rogers & Sheaff (s/d) uma das justificações dos sistemas de prestação de cuidados integrados é conhecer as necessidades dos doentes mais que a dos 18 prestadores. De forma a que os doentes recebam os cuidados certos, no local certo e na hora certa, é necessária uma compreensão relativamente a como os doentes se movem dentro e entre os diferentes níveis de cuidados de saúde prestados, tornando-se imperativo a facilidade de navegação dos doentes dentro das organizações de cuidados integrados.
- Cobertura geográfica: muitos sistemas de cuidados de saúde integrados garantem uma cobertura geográfica de modo a maximizar o acesso dos doentes aos cuidados prestados.
- Prestação de cuidados padronizados através de equipas multidisciplinares: nas equipas multidisciplinares, todos os profissionais são membros iguais, sendo a autonomia profissional garantida, e os incentivos dados para alcançar os níveis de performance e eficiência padronizados. Ainda nas das equipas multidisciplinares, as regras e responsabilidades dos profissionais são clarificadas para garantir uma suave transição dos doentes de um nível de cuidados para outro. Para o funcionamento eficiente das equipas e a melhoria da qualidade do atendimento, deve existir a partilha de protocolos com base em evidências, guidelines de boas práticas e ferramentas de apoio à tomada de decisão. No entanto, apesar de ser considerado um ponto essencial no sucesso da integração de cuidados, são encontradas várias vezes barreiras no funcionamento das equipas

multidisciplinares: a falta de clareza nas regras, interesses pessoais, competição de ideologias e valores, a falta de confiança mútua e conflitos nos reais interesses dos utentes.

- **Gestão da performance:** o sucesso dos sistemas de saúde integrados é sentido pela monitorização de indicadores que permitem medir os resultados nos diferentes níveis de cuidados. Existem protocolos e procedimentos que refletem a importância da medição de processos de cuidados e resultados, e posteriormente a utilização desta informação para melhorar o serviço.
- **Sistemas de informação:** todos os processos anteriormente descritos são só possíveis com a existência de um sistema de informação que permita uma gestão de dados eficaz, que aumenta a capacidade de comunicação e fluidez da informação. É essencial que a informação possa ser acedida em qualquer lugar do sistema de cuidados integrado, de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais nos diferentes níveis de cuidados. A implementação de um sistema de informação é demorada, dispendiosa e um processo complexo, causando certas dificuldades no processo de integração de um sistema de cuidados.
- **Cultura organizacional e Liderança:** o processo de integração de cuidados exige uma liderança com visão, sendo que as diferenças entre prestadores de cuidados são uma das razões por este processo falhar. Os líderes necessitam de explicar a nova visão e missão de integração entre as equipas com o intuito de facilitar a adaptação ao novo modelo
- **Integração médica:** os médicos necessitam de ser envolvidos em todas as etapas do processo de integração dos sistemas de cuidados de saúde. São apontadas várias dificuldades na literatura relativamente a este ponto, desde a perda de poder e prestígio, salário, e uma mudança no estilo de prática médica, o que leva a uma insatisfação, perda de motivação e resistência à mudança.
- **Estrutura de governação:** os profissionais que irão constituir os responsáveis pelo processo de integração devem ser o mais diversificado de forma a garantir a

representação dos vários grupos de interesse na prestação de um *continuum* de cuidados.

- Gestão Financeira: era habitual acreditar-se que os sistemas de saúde integrados resultavam em benefícios económicos devido às economias de escala e numa redução de custos nas diferentes áreas administrativas e clínicas, o que no entanto alguns autores contestam é que os processos de integração podem resultar num aumento de custos antes de permitir uma redução. A forma como os serviços são financiados é uma questão importante na integração de cuidados, uma vez que um obstáculo no processo de integração é a forma como são financiados os diferentes cuidados: serviços domiciliários, cuidados continuados, saúde mental, cuidados intensivos e cuidados de saúde primários. A capitação global (com base nas necessidades da população, por exemplo) é uma forma de financiamento, onde o valor está definido prospectivamente e é ajustada de forma a assegurar uma distribuição equitativa dos fundos utilizando fatores como sexo, idade ou geografia.

Para Santana et al. (2009) os sistemas integrados são orientados para as necessidades dos consumidores com o objetivo de responder a necessidades reais e concretas através de sistemas de ajustamento pelo risco.

O abandono de um sistema de saúde centrado no tratamento da doença, para um sistema que privilegia a promoção da saúde e a prevenção da doença é uma característica das unidades integradas. O seu objetivo passa pela melhoria do estado de saúde das populações uma vez que a sua base de financiamento é capitalista (Byrne et al., 1999; Suter et al., 2007).

Peikes (2009), no seu estudo concluiu que as taxas de hospitalização são menores em sistemas com primazia pela gestão integrada da doença, assim como o tempo de internamento por todas as causas também diminui em sistemas integrados. O que reflete também uma redução de custos traduzida na eficiência do tratamento.

A facilidade de acesso a uma única instituição prestadora de cuidados de saúde diminui a desorientação do doente no sistema, bem como promove a sua satisfação podendo criar outputs sociais positivos (Wheeler et al., 1999; Leatt et al., 2000; Sobczak, 2002). A facilidade de acesso poderá também ter impacto positivo em termos de tempo, de diminuição de visitas repetidas, assim como da duplicação de pagamentos (Leatt et al., 2000; Sobczak, 2002).

O acesso central aos dados clínicos do doente é outro aspeto que melhora a qualidade dos cuidados, diminuindo o risco e promovendo a eficiência (Leatt et al., 2000).

Nas unidades integradas existe maior poder de intervenção tanto a nível financeiro como nas negociações externas com fornecedores, o que se traduz numa vantagem competitiva face ao mercado externo. Assim, como são organizações com maior capacidade de resposta a problemas externos, existe uma capacidade de decisão mais abrangente (Wan et al., 2002).

Sucintamente podemos elencar os potenciais ganhos e benefícios que incorporam as ULS na sua génese:

- Focalização o utente;
- Privilegiar a promoção da saúde;
- Fomenta a orientação do utente dentro do sistema e seu empoderamento;
- Redução de custos;
- Potencia economias de escala.

1.2.6. Experiências internacionais de integração de cuidados

Os sistemas de saúde contribuem de forma significativa para a saúde e a qualidade de vida da população, oferecendo cuidados que satisfaçam as necessidades sentidas. No entanto, continuam a ser detetados problemas relacionados com os sistemas de saúde como o elevado consumo de recursos, especialmente em hospitais que têm piores acessos para os

seus utentes (Gröne & Garcia-Barbero, 2001). Ainda, em muitos países da União Europeia a integração de cuidados a nível primário, secundário e terciário é fraca, com cuidados de pouca qualidade, o que gera ineficiências (Gröne & Garcia-Barbero, 2001). Por forma a ultrapassar os problemas verificados, em 2001 foi criado um Observatório da Organização Mundial de Saúde que trabalha especificamente com problemas relacionados com a integração de cuidados. Este observatório, sediado em Barcelona, tem o intuito de identificar estratégias utilizadas pelos sistemas de saúde nos diferentes países por forma a facilitar e encorajar a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (Gröne & Garcia-Barbero, 2001).

Internacionalmente também se encontram modelos de integração vertical de cuidados na tentativa de fazer face às despesas de saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Lopes et al., 2014).

O movimento de integração atingiu o seu apogeu na década de 90, nos EUA, que evoluiu para uma estrutura de oferta onde atualmente cerca de 92% dos americanos abrangidos pelo sistema de seguros pertencem a sistemas integrados de prestação. Também no Canadá, foi promovida a criação de sistemas integrados de prestação de cuidados de saúde com o objetivo genérico de se tentar alcançar melhores níveis de eficiência e efetividade através da consideração do utente como centro do sistema, respondendo às suas necessidades específicas (Coddington, et al., 2001; Fleury, 2006; Leatt et al., 2000).

A escolha de países que vamos abordar neste trabalho, considerados relevantes na analisar, focou-se nos seguintes países: Inglaterra, EUA e Espanha. Os motivos implícitos relacionam-se com o fato de serem países que têm desenvolvido esforços com vista à integração de cuidados e, concomitantemente, apresentam modelos de sistema de saúde diferentes.

Em Inglaterra, com um NHS financiado maioritariamente por impostos e uma forte centralização administrativa, os esforços de coordenação de cuidados de saúde têm sido mais evidentes nos CSP, dando grande relevo ao papel assumido pelo clínico geral, o

gatekeeper do sistema. Com uma tradição de gestão e financiamento bastante centralizados no Ministério da Saúde, temos assistido a algumas mudanças com vista à delegação de competências nas instituições locais, concretamente nas Primary Care Trusts. As políticas de coordenação de cuidados têm vindo a centrar-se muito na figura do médico de família e na procura de uma maior articulação entre os CSP, hospitalares e cuidados de longa duração, bem como com o sector social. Reformas nas políticas de saúde, levadas a cabo no início deste século, têm incluído medidas especificamente dirigidas à coordenação de cuidados (Hofmarcher et al., 2007).

Segundo Lopes et al. (2014) em junho de 2013, o governo inglês criou o FTI, cujo principal objetivo passa por potenciar a integração entre o setor social e o da saúde. Esta reforma traduziu-se na criação do “Integration Transformation Fund (IFT)”, sendo uma das suas principais inovações a “ (...) distribuição das verbas financeiras mediante um pool partilhado de recursos entre os cuidados de saúde e o sector social” (Lopes et al., 2014, p.65), o que significa que as organizações que estiverem envolvidas, da área da saúde e do sector social, devem articular-se entre si para terem acesso às verbas do IFT. Este programa visa, em suma, atribuir às entidades do sector social e da saúde uma dotação orçamental que promova um maior nível de integração entre as partes (Lopes et al., 2014).

Contudo o IFT, ainda em 2013, foi substituído pelo “Better Care Fund” (BCF), um fundo que, a par da iniciativa “Integrated Care and Support ‘Pioneers’”, constituem duas importantes reformas levadas a cabo recentemente em Inglaterra no âmbito da integração de cuidados (NHS, 2014). Em Maio de 2013 foi lançado o programa “pioneers”, fruto de uma iniciativa conjunta dos Ministérios dos serviços sociais e da saúde, incentivando nas várias regiões o desenvolvimento de iniciativas inovadoras para a prestação de cuidados centrados no utente, de forma coordenada, tendo sido selecionados 14 projetos, os designados “pioneers”, com o objetivo de prestarem cuidados sociais e de saúde, concretamente cuidados preventivos em domicílio e na comunidade. Estas duas iniciativas, em conjunto, visam garantir uma parceria mais efetiva do Governo com as autoridades

locais, no que diz respeito ao financiamento e prestação de cuidados sociais e de saúde (Raleigh et al., 2014).

O sistema de saúde norte-americano situava a sua despesa em saúde, em 2011, em 17,9% do PIB, o que a par de um sistema prestador e financiador maioritariamente privado, fez com que um dos principais objetivos das reformas das últimas décadas tenha visado aumentar os níveis de eficiência e diminuir a despesa em saúde. Entre essas reformas destacam-se as mudanças de carácter organizacional, concretamente as HMO (Health Maintenance Organizations), as PPO (Preferred Provider Organizations) e, mais recentemente, as ACO (Accountable Care Organizations), estas últimas materializadas num diploma legal de 2010, usualmente designado de “Obamacare” (Lopes et al., 2014).

O sistema de saúde norte-americano não tem cobertura universal, existindo fortes pressões sobre os programas públicos de saúde, nomeadamente o Medicare e o Medicaid. As políticas de coordenação de cuidados nos EUA têm evoluído em resposta às pressões do mercado e às mudanças na legislação. Na década de 90 do século passado, o mercado dos seguros privados caminhou no sentido de restringir a capacidade de escolha dos utentes, garantindo às seguradoras um maior controlo na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da restrição do número de prestadores. Este tipo de medidas parecem ter contribuído para diminuir as despesas nesta década mas, assim que os seus efeitos se começaram a atenuar, as seguradoras começaram a procurar novas formas de contenção da despesa. Do lado da oferta, tem-se verificado uma mudança no sentido de uma maior colaboração e integração entre prestadores de cuidados, muito pela necessidade de aumentar o seu poder de negociação face às seguradoras, o que não conduziu, necessariamente, a uma maior coordenação de cuidados (Hofmarcher et al., 2007).

Em Espanha o Modelo Alzira, criado na região de Valência, é uma abordagem pioneira à prestação de cuidados de saúde através de parcerias público-privadas. Com este modelo, o prestador privado recebe uma soma anual fixa por cada habitante local (capitação) do

governo regional pela duração do contrato devendo oferecer, em troca, acesso gratuito e universal aos serviços de saúde. Este modelo foi implementado em 1999, tendo sido originalmente concebido somente para cuidados secundários e posteriormente, em 2003, estendido aos cuidados primários. A aposta na completa integração de prestação de cuidados combinados com o alinhamento das direções clínicas, gestão e o uso de tecnologia em todos os serviços sucedeu em 2011 (NHS, 2011). O Hospital de Manises (incluído no modelo de Alzira) mudou de um modelo reativo, onde a assistência era providenciada a pedido ou conforme o requisito dos pacientes, para um modelo proactivo onde os profissionais responsáveis por cada paciente têm a preocupação de prevenir, detetando assim situações clínicas em estados ainda precoces. Esta deteção precoce possibilita reverter muitos casos com baixo consumo de recursos, permitindo alguns cuidados integrados para assegurar a continuidade do cuidado do paciente. Esta mudança teve como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida do cidadão contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde, otimizando recursos e o consumo (Comissão Europeia, 2017).

2. Justificação e objetivos do estudo

A procura de cuidados de saúde evolui hoje sob o efeito das transformações de diversos determinantes de ordem epidemiológica, social, educativa, tecnológica e demográfica.

Os problemas supra mencionados, eminentemente de procura de cuidados, ubíquos e concomitantes, partilham o predicado comum da sua emergente resolução, exigindo uma réplica efetiva ao nível da governação dos sistemas de saúde em geral. As organizações prestadoras de cuidados enquanto pilares estruturantes dos sistemas de saúde detêm também um papel central e fundamental na capacidade de resposta a estes desafios, onde particularmente se salienta a necessidade da sua boa gestão para garantir uma resposta flexível e adaptativa constante ao novo meio envolvente emergente (Santana & Costa, 2008).

O crescente interesse que diversos atores manifestam na integração de cuidados de saúde, reside essencialmente no pressuposto de que uma prestação com melhores níveis de integração de cuidados permitirão alcançar também melhores níveis de desempenho nas organizações e nos sistemas de saúde. Acredita-se, também que as iniciativas de integração de cuidados de saúde possam constituir uma resposta mais adequada aos novos desafios colocados pela evolução prevista das características da oferta e procura do mercado da saúde.

Este interesse, tendencialmente crescente, pode ser comprovado pela disposição para a criação de iniciativas micro e macro, de diferente natureza, no âmbito da integração de cuidados de saúde. Neste sentido, a criação do conhecimento, o debate informado e a discussão da presente temática é plenamente justificável e oportuna.

A formação das unidades locais de saúde é a concretização de integração de cuidados de natureza vertical, reunindo numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Emanam, assim, da organização dos distintos prestadores de saúde uma única entidade, responsável pela definição dos cuidados de saúde a uma

determinada população, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma melhor interligação entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

É neste contexto que se revela importante analisar o modelo das unidades Locais de Saúde, em especial a sua intrínseca característica de integração da prestação de cuidados, de base piramidal, por forma a determinar os impactos nos domínios:

- Da qualidade dos serviços;
- Do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde;
- Da eficiência produtiva;
- Do desempenho económico-financeiro do modelo.

Assim, o presente trabalho de investigação tem o objetivo geral de analisar o modelo organizacional das ULS e os ganhos em saúde decorrentes da integração dos cuidados. Tem como objetivos específicos:

- Compreender os processos de integração de cuidados de saúde e fatores envolvidos;
- Analisar a integração de cuidados de saúde em Portugal;
- Analisar um conjunto de indicadores de qualidade e eficiência decorrentes da integração dos cuidados que permitam avaliar e questionar o modelo organizacional das ULS.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3. Material e métodos

3.1. Tipo de estudo

Na literatura atual constata-se a carência de um modelo predominante para avaliar o grau de integração de organizações prestadoras de cuidados de saúde, o que resulta da ausência de consensos e de definições entre os diversos autores que versam sobre esta temática. Este estudo surge como resposta perante a necessidade de existirem, em Portugal, a produção de conhecimento e respetiva avaliação da integração de organizações de saúde, nomeadamente com indicadores medidos numa perspetiva retrospectiva (após a criação das ULS) e a necessidade de auscultar um conjunto de peritos no que respeita às suas áreas de conhecimento e intervenção.

Partindo da perspetiva de Minayo (2012), concebemos a metodologia como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ocupando, portanto, um lugar central no interior das teorias que se apresentam na descrição dos fenómenos.

Esta investigação encontra correspondência, fundamentalmente, na designada “investigação qualitativa”, que faz uso de uma diversidade de técnicas interpretativas que têm como finalidade descrever, decodificar e traduzir fenómenos sociais, cujo significado, para estas abordagens, tem mais importância do que a sua frequência (Guerra, 2010).

Face aos objetivos descritos foi desenhado um estudo qualitativo e exploratório.

3.2. População e seleção dos participantes

De acordo com a investigação que se pretende levar a cabo, compete ao investigador fazer a sua opção, podendo trabalhar “com um único sujeito, com mais do que um, ou ainda com um número bastante maior...” e “...delinear o trabalho para que este tenha

consistência e matéria suficiente e segura. Das suas opções depende o sucesso da pesquisa” (Cunha 2009, p.91).

É um requisito necessário da investigação a definição da população, junto da qual será recolhida a informação, que não é mais do que um grupo de pessoas ou de elementos que partilham características comuns e como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo utiliza-se a população acessível, que satisfaz os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais se pretende generalizar os resultados desse mesmo estudo (Fortin et al., 2009).

Entende-se como amostra um grupo de pessoas ou de elementos que partilham características comuns e que é retirado da população, para os quais se pretende generalizar os resultados do estudo. Tal como refere Cunha (2009), a amostra escolhe-se em função da metodologia, sendo uma parte da população possuidora de todas as características desta, que a representa no seu todo e que pode, então, considerar-se uma pequena parcela representativa do universo de uma investigação. A amostra deve ter uma dimensão aceitável, contudo, não deve ser demasiado grande, correndo o risco de originar um esforço inútil, nem muito pequena, já que poderá deixar de ser representativa da população a estudar. Relativamente à representatividade, é sempre uma preocupação para a maioria dos investigadores o tamanho ideal que deve ter uma amostra, de forma a garantir a qualidade dos resultados da investigação, sendo importante, ou mesmo imprescindível, que esta seja representativa da população em estudo (Cazau, 2006; Ghiglione & Matalon, 1993).

As ULS que integram o estudo são 5 (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco e ULS Nordeste) de matrizes distintas tanto sociodemográficas como geográficas, conferindo um valor aos dados e certamente aos resultados face às singularidades de cada uma das ULS em análise. Duas localizam-se na zona litoral norte de Portugal, a ULS do Alto Minho e ULS Matosinhos, abrangendo uma população mais

jovem com menos co-morbilidades e fruto da geografia do seu território com mais facilidade de acesso aos serviços de saúde e por conseguinte aos cuidados.

As restantes 3 ULS, ULS Castelo Branco, ULS Guarda e ULS Nordeste localizam-se na zona interior de Portugal com uma população mais envelhecida, mais co-morbilidades, grau de instrução em média menor dos usuários destes serviços, mais dispersa geograficamente e, por conseguinte, com mais dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde.

A investigação qualitativa tem por objetivo interpretar, desafiar ou avançar o conhecimento relativamente a uma temática. A investigação qualitativa tem como objetivo major a descoberta de elementos contextualmente específicos. A dimensão da amostra é um elemento instrumental, mas crítico para a validade do estudo (Rego et al., 2018).

Assim, mediante o acesso a um pequeno grupo de peritos, os 8 entrevistados resultantes do seu poder informacional os mesmos dispõem de conhecimentos mais ricos que os demais, justificando a inclusão destes participantes.

Amostras muito específicas requerem informantes com características muito homogéneas, o que pode conduzir a amostras de menor dimensão. Como resultado, essa homogeneidade pode dar acesso a informação interessante de forma concentrada (Rego et al., 2018).

No presente trabalho, entre os elementos que constituem os conselhos de administração das ULS em estudo, que se dividem em 1 presidente do conselho de administração, um vogal, um diretor clínico para a área dos cuidados hospitalares, um diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários e um diretor de enfermagem, resultou uma amostra (**Tabela 1**) que contempla presidentes dos conselhos de administração (4), vogal do conselho de administração (1), diretora clínica

para a área hospitalar (1), diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários (1) e diretor de enfermagem (1).

Tabela 1 – Data entrevista, cargo entrevistado e duração da entrevista

DATA	ENTREVISTADO	DURAÇÃO
29.11.2019	Presidente CA ULS Nordeste	01:10 h
09.12.2019	Vogal do CA ULS Nordeste	01:05 h
11.12.2019	Presidente CA ULS Matosinhos	01:14 h
12.12.2019	Diretora Clínica CSP ULS Nordeste	00:57 h
13.12.2019	Presidente CA ULS Guarda	00:51 h
17.12.2019	Diretor Enfermagem ULS Nordeste	00:51 h
14.01.2020	Presidente CA ULS Alto Minho	00:56 h
30.01.2020	Diretora Clínica Área Hospitalar ULS Nordeste	00:51 h

3.3. Recolha de dados

Sendo um estudo exploratório e qualitativo, estruturado em torno de um conjunto de dimensões consideradas críticas, recorreu-se a entrevistas estruturadas com informadores privilegiados. As entrevistas cumpriram de facto, neste estudo, uma função central, claramente exploratória, identificando e aprofundando com os entrevistados as problemáticas em análise.

Ainda no que diz respeito às entrevistas, os participantes assumiram o estatuto de informadores privilegiados já que, ao contrário de outros métodos de pesquisa, o saber, no que diz respeito às questões em análise, repousa, fundamentalmente nos próprios entrevistados (Guerra, 2010).

A construção do objeto para recolher a informação, em pesquisa qualitativa, é frequentemente considerada “um dos critérios fundamentais da sua originalidade” (Guerra 2010, p. 36) e esta edificação foi feita através de uma revisão da literatura estruturando a entrevista através da elaboração de um guião (Anexo A) composto por oito dimensões:

- Dimensão I - modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão;
- Dimensão II - modelo de financiamento;
- Dimensão III - sistemas de informação;
- Dimensão IV - gestão dos recursos humanos e materiais. Satisfação dos profissionais de saúde;
- Dimensão V - dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados;
- Dimensão VI - responsabilização do Conselho de Administração/integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais);
- Dimensão VII - criação/transferência de conhecimentos.
- Dimensão VIII - as ULS constituem um modelo de futuro;

Duas outras fontes importantes de dados foram os organismos do sistema de saúde português: a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Os dados foram solicitados pelo investigador, por ofício à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) sobre o número de reclamações e motivos dessas reclamações em cada ULS estudada, no período de 2015 a 2018.

À ACSS, reportando o mesmo período de 2015 a 2018, através do sistema integrado de gestão (SIGIC) o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde em:

- Número de médicos e número de enfermeiros por 1000 habitantes; tempo médio de espera para marcação e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta de especialidade; tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas.
- Eficiência produtiva: rácio de enfermeiros por médicos; número total de cirurgias em ambulatório; tempo médio de internamento; número total de doentes internados; número total de internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis; número total de primeiras consultas (agregadas por especialidade); número total de consultas subsequentes (agregadas por especialidade).
- Desempenho económico-financeiro: custos com medicamentos e produtos farmacêuticos de uso em internamento; custos operacionais com recursos humanos; prazo médio de pagamento aos fornecedores.

3.4. Procedimentos formais

O processo conducente à obtenção dos dados da pesquisa desenvolveu-se em quatro etapas, que compreenderam:

- Solicitação de dados à ERS (Anexo B)
- Solicitação e dados à ACSS (Anexo C)
- Solicitação do agendamento de entrevista aos elementos do CA das ULS em estudo (Anexo D);
- Solicitação de autorização de identificação das ULS, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS (Anexo E).

- Autorização de identificação das ULS, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS (Anexo F).

3.5. Procedimentos éticos

A elaboração de um trabalho de investigação envolve questões de natureza ética e moral que é necessário acautelar.

Ao longo de todo o processo de investigação foram respeitados os princípios basilares e fundamentais da conduta ética (Streubert & Carpenter, 2013). Com efeito, o presente estudo pauta-se pelo princípio da autonomia conferindo o direito da participação voluntária; o princípio da não maleficência que prevê que nenhum dos participantes seja prejudicado e os princípios de beneficência e justiça garantindo que os participantes sejam tratados com dignidade e respeito. Assim, com o intuito de respeitar estes princípios algumas diligências foram tomadas.

Relativamente à participação dos intervenientes, nomeadamente através, da realização das entrevistas e pedido de autorização da gravação em áudio, tendo por base o Código de Nuremberg (1947) que destaca o consentimento voluntário da pessoa como essencial, bem como poder “exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior” (p. 14). Para o efeito, foi formulado o pedido verbal a cada um dos participantes e o seu consentimento esclarecido e informado. Previamente foram informados acerca dos objetivos e da importância do estudo, garantindo-lhes a confidencialidade dos dados e assegurando-lhes o completo anonimato.

ESTUDO DESCRITIVO

4. Apresentação e discussão dos resultados

A apresentação e discussão dos resultados vai ser efetuada em 2 partes. A primeira parte diz respeito à apresentação e discussão dos resultados decorrentes do conjunto de dados facultados pela ACSS e ERS. A segunda parte incidirá sobre a análise e discussão do conteúdo das entrevistas e, em concreto, das várias dimensões que a compõem.

As instituições em estudo, tal como já foi referido, são: a ULS de Matosinhos, que integra o Hospital Pedro Hispano e o ACES Matosinhos, em Matosinhos, servindo uma população de aproximadamente 175 mil pessoas; a ULS Alto Minho, que integra 2 unidades hospitalares, Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima e o Hospital Santa Luzia em Viana do Castelo, 12 centros de saúde, 1 unidade de saúde pública e 2 unidades de convalescença, serve uma população residente superior a 244 mil pessoas; a ULS de Castelo Branco que integra o hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco, e os agrupamentos de centro de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, sendo 9 no total, e serve uma população residente aproximadamente de 108 mil pessoas; a ULS Guarda integra dois hospitais, Hospital Sousa Martins na Guarda e Nossa Senhora de Assunção em Seia, e 13 centros de saúde, serve uma população residente aproximadamente de 155 mil pessoas; a ULS Nordeste integra 3 unidades hospitalares, Hospital de Bragança, Hospital de Macedo de Cavaleiros, Hospital de Mirandela e 14 centros de saúde, serve uma população de aproximadamente 136 mil habitantes.

Tabela 2 – Apresentação de cada ULS segundo população residente.

ENTIDADES HOSPITALARES	Concelho	População Censos 2011
UNIDAD LOCAL DE SALUD DA GUARDA, E.P.E.	Almeida	7242
	Celorico da Beira	7693
	Figueira de Castelo Rodrigo	6260
	Fornos de Algodres	4989
	Gouveia	14046
	Guarda	42541
	Manteigas	3430
	Mêda	5202
	Pinhel	9627
	Sabugal	12544
	Seia	24702
	Trancoso	9878
Vila Nova de Foz Côa	7312	
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, E.P.E. Total		155.466
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE CASTELO BRANCO, E.P.E.	Castelo Branco	56109
	Idanha-a-Nova	9716
	Oleiros	5721
	Penamacor	5682
	Proença-a-Nova	8314
	Sertã	15880
	Vila de Rei	3452
	Vila Velha de Ródão	3521
UNIDAD IOCAL DE SALUD DE CASTELO BRANCO, E.P.E. Total		108.395
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE MATOSINHOS, E.P.E.	Matosinhos	175478
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E. Total		136.252

Fuente: ACSS

Tabela 2 – Apresentação de cada ULS segundo população residente (continuação).

UNIDAD LOCAL DE SALUD DE MATOSINHOS, E.P.E. Total		175.478
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO ALTO MINHO, E.P.E.		
	Arcos de Valdevez	22847
	Caminha	16684
	Melgaço	9213
	Monção	19230
	Paredes de Coura	9198
	Ponte da Barca	12061
	Ponte de Lima	43498
	Valença	14127
	Viana do Castelo	88725
	Vila Nova de Cerveira	9253
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO ALTO MINHO, E.P.E. Total		244.836
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E.		
	Alfândega da Fé	5104
	Bragança	35341
	Carraceda de Ansiães	6373
	Freixo de Espada à Cinta	3780
	Macedo de Cavaleiros	15776
	Miranda do Douro	7482
	Mirandela	23850
	Mogadouro	9542
	Torre de Moncorvo	8572
	Vila Flor	6697
	Vimioso	4669
	Vinhais	9066
UNIDAD LOCAL DE SALUD DO NORDESTE, E.P.E. Total		136.252

Fuente: ACSS

É importante ressaltar que a forma como os resultados aqui são apresentados resultou da agregação dos dados em quatro dimensões. Assim sendo, as quatro dimensões referem-se a: acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde; eficiência produtiva; qualidade dos

cuidados; desempenho económico-financeiro. Os resultados servirão para avaliar o desempenho das ULS em estudo, em cada uma destas dimensões.

A integração de cuidados de saúde é em geral, e em particular no nosso país, uma necessidade objetivada há decénios, tal como atesta o texto introdutório do estatuto do SNS (DL nº11/93 de 15 de janeiro de 1993) que postula: “A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde - unidades de saúde - que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impõe a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspetos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde” (p.14).

Contudo definir teoricamente esse objetivo político, organizacional e administrativo, torna-se mais fácil, em contraponto com a medição, aferição e avaliação quando esse propósito é concretizado, como é o modelo de governação das ULS. O conjunto de indicadores selecionados, relacionados com os objetivos já apresentados, funcionarão assim como um quadro hipotético explicativo de uma realidade, que se pretende questionar.

A preocupação com a sustentabilidade financeira do sistema público de Saúde concomitante com a preocupação de assegurar que os cuidados de saúde são prestados sem desperdício e com os mais elevados padrões de qualidade é uma realidade premente há anos em Portugal.

Cordero Ferrera et al., (2014) referem que tem permanecido um grande interesse em avaliar o desempenho das organizações de saúde. Também Amado e Santo (2009) referem que a atenção na medição da eficiência e eficácia da prestação de cuidados de saúde tem crescido consideravelmente em Portugal. Na mesma senda Hollingsworth e Street (2006)

mencionam que a análise da eficiência das organizações prestadoras de cuidados de saúde é um tema muito em voga.

Tal como refere Evans et al., (2013) tem havido uma preocupação para melhorar a interligação entre as organizações e os diferentes níveis de cuidados, nos diferentes sistemas de saúde. A criação de organizações verticalmente integradas tem visado não só uma melhoria na qualidade de atendimento, mas também uma maior eficiência e satisfação dos utentes.

4.1. Apresentação dos dados - Acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde

A constituição portuguesa reconhece a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde, concretizado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral ...”, cabendo ao Estado a adoção de medidas que garantam “... o acesso de todos os cidadãos independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (Artigo 64.º da CRP).

Segundo o projeto de Lei N.º 397/IX que cria o provedor da saúde “A saúde constitui, enquanto bem fundamental para os cidadãos, condição indispensável no caminho para uma sociedade mais justa e mais solidária. Por isso, uma adequada política de saúde terá sempre de atender ao duplo objetivo de assegurar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde em condições de igualdade e equidade e de promover a qualidade e eficiência do sistema de saúde. Daqui decorre a necessidade de se revalorizar e dignificar o papel dos cidadãos no domínio da saúde, visando, designadamente tornar o sistema mais sensível aos direitos, às necessidades e às expectativas dos cidadãos” (p.1).

No presente capítulo analisa-se a capacidade das instituições de saúde considerando os recursos humanos, número de médicos e número de enfermeiros; tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade; tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão de inscritos em cirurgia (SIGIC).

4.1.1. Número de médicos e de enfermeiros

Tabela 3 – Total de médicos e enfermeiros segundo cada ULS.

Ano	Instituição	Tipo de Cuidado	Médicos Especialistas		Médicos Internos		Enfermeiros	
			N.º	ETC	N.º	ETC	N.º	ETC
2015	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	206	197,7	100	100,0	618	682,5
2015	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	171	161,8	55	55,0	221	244,9
2016	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	213	207,1	101	101,0	653	663,6
2016	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	178	174,4	58	58,0	232	232,4
2017	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	176	175,3	56	56,0	249	249,6
2017	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	216	211,0	113	113,0	681	698,6
2018	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	174	174,6	54	54,0	247	247,0
2018	Unidade Local de Saúde Alto Minho, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	237	234,0	110	110,0	675	673,1
2015	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	100	89,5	42	41,6	361	396,7
2015	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	50	45,5	15	14,8	96	107,2
2016	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	99	96,9	47	47,0	358	360,6
2016	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	54	53,9	15	15,0	101	100,8
2017	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	67	67,4	14	14,0	113	113,3

2017	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	88	86,8	40	40,0	357	361,6
2018	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	67	67,5	19	19,0	111	111,0
2018	Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	91	90,4	31	31,0	356	355,7
2015	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	99	93,5	57	57,0	470	532,8
2015	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	93	77,9	10	10,0	163	186,0
2016	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	97	91,7	47	47,0	495	517,7
2016	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	100	93,8	12	12,0	172	177,4
2017	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	103	98,2	13	13,0	180	186,6
2017	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	99	96,1	53	53,0	526	553,3
2018	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	100	99,2	12	12,0	168	168,0
2018	Unidade Local de Saúde Guarda, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	105	102,5	60	60,0	543	542,9
2015	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	282	241,2	156	156,0	620	683,0
2015	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	105	83,7	51	51,0	166	182,7
2016	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	286	271,4	154	154,0	613	652,4
2016	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	111	107,4	47	47,0	177	190,6

2017	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	112	108,7	46	46,0	177	190,6
2017	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	288	274,0	173	173,0	618	659,4
2018	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	111	108,3	42	42,0	181	186,6
2018	Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	303	289,0	184	184,0	637	655,2
2015	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	113	101,9	48	48,0	434	494,0
2015	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	88	81,7	41	41,0	169	192,7
2016	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	113	109,0	49	49,0	457	476,9
2016	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	92	86,3	28	28,0	167	169,0
2017	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	64	62,2	31	31,0	171	172,8
2017	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	140	137,1	68	68,0	470	492,7
2018	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Primários	67	68,4	27	27,0	172	171,7
2018	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Cuidados de Saúde Hospitalares	136	135,7	59	59,0	480	480,1

Fonte: ACSS

Uma componente crítica do desempenho dos serviços de saúde nacionais é a identificação de um conjunto de referenciais de desempenho e indicadores – e de meios para a sua medição – para monitorizar a força de trabalho em saúde (OMS, 2008).

Assim o indicador analisado permite avaliar a cobertura de profissionais de saúde face à população residente, traduzindo a capacidade de resposta das ULS em estudo face às possíveis necessidades da população.

As razões entre força de trabalho em saúde e população têm sido calculadas e utilizadas, por exemplo, para servir de base aos governos, perspetivando os desafios que têm relativamente aos recursos humanos em saúde, objetivando a melhoria das taxas de cobertura para as intervenções nos cuidados de saúde, além da formulação de estratégias e planos de recursos humanos em saúde.

Através da análise da tabela infra, constata-se que, à exceção da ULS Castelo Branco, respeitante ao número de médicos especialistas, todas as ULS no período de 2015 – 2018, globalmente, registaram um aumento da sua capacidade de resposta face às necessidades da população de cuidados médicos diferenciados. A ULS Castelo Branco apresenta um decréscimo na ordem dos 9 médicos especialistas, nos cuidados de saúde hospitalares, passando de 100 médicos especialistas no ano 2015 para 91 no ano 2018, o que confere uma perceção negativa e uma perda na capacidade na promoção de uma resposta clínica e médica qualificada e diferenciada.

Em relação ao número de enfermeiros segue a tendência que se regista no número de médicos especialistas. Todas as ULS em análise, tanto no âmbito dos cuidados hospitalares como no âmbito dos cuidados de saúde primários, registaram um aumento na capacitação de resposta de cuidados de saúde, por meio do aumento do número de enfermeiros. A exceção continua a ser a ULS Castelo Branco, em que na área hospitalar viu um decréscimo na disponibilidade do número de enfermeiros, passando de 361 (ano de 2015) para 356 (ano de 2018).

4.1.2. Tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade

Tabela 4 – Tempo médio de espera em cada ULS para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade

CH / ULS (H) de destino do pedido	Ano de efetivação do pedido	Consultas realizadas	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)
ULS da Guarda, E.P.E.	2018	10.265	204,2
	2017	10.806	137,8
	2016	11.533	123,1
	2015	11.358	121,8
	Total	97.517	137,6
ULS de Castelo Branco, EPE	2018	10.076	105,5
	2017	9.483	98,7
	2016	8.563	114,0
	2015	7.687	107,9
	Total	78.777	102,5
ULS de Matosinhos, E.P.E.	2018	34.749	105,1
	2017	33.870	104,6
	2016	32.449	107,3
	2015	32.241	105,6
	Total	255.922	123,7
ULS do Alto Minho, E.P.E.	2018	35.667	84,0
	2017	37.238	71,6
	2016	36.607	76,5
	2015	35.491	80,3
	Total	317.981	96,1
ULS do Nordeste, E.P.E.	2018	15.238	112,1
	2017	15.991	108,4
	2016	16.138	91,7
	2015	16.900	72,5
	Total	158.837	89,6
Total		909.034	107,7

Fonte: ACSS

A Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, publicada no Diário da República, define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência.

Para a primeira consulta de especialidade hospitalar, o diploma fixa um tempo máximo de 120 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico

assistente da unidade funcional do agrupamento de centros de saúde, através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), sem prejuízo de TMRG mais curtos, considerados nas situações de maior prioridade atribuídas pelo médico da triagem da unidade hospitalar de destino.

O tempo de espera pode gerar custos potenciais para o utente, pois um acesso tardio aos cuidados de saúde pode afetar negativamente os resultados em saúde, pelo atraso no diagnóstico e no próprio tratamento, trazendo danos pessoais para as pessoas, como a degradação do seu estado de saúde e a existência de ansiedade associada à incerteza de todo o processo de decisão. Para além destes efeitos negativos, o tempo de espera pode gerar um custo de oportunidade, podendo significar uma perda de rendimento ou de produtividade para o utente (Ferreira, 2012).

É, assim, desejada uma gestão adequada das listas de espera, de forma a reduzir os tempos de espera, com o objetivo último de aumentar o bem-estar dos utentes e melhorar a performance das instituições de saúde.

Pela observação dos dados facultados pela ACSS no que diz respeito ao tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade, tendo como referência o ano de 2018, isolado, constata-se que das cinco ULS em estudos, uma em concreto, a ULS Guarda, não cumpre os TMRG estipulados pela Lei, cifrando-se o valor em 204,2 dias. A ULS Alto Minho constitui-se como a que tem um tempo médio de espera menor, 84 dias.

Em relação a este indicador, medindo a sua evolução no tempo, de 2015 a 2018, a tendência geral é um agravamento nos tempos médios de espera, em todas as ULS, excetuando a ULS de Castelo Branco que registou um decréscimo no número de dias, embora muito diminuto (ano de 2015 107,9 dias; ano de 2018 105,5 dias), podendo considerar-se residual a evolução.

Numa observação mais exaustiva, podemos concluir que a ULS do Nordeste e a ULS da Guarda foram as ULS que mais aumentaram os tempos médios de espera, concretamente a ULS do Nordeste registou um agravamento de 40 dias, num período de 4 anos, e a ULS da Guarda um aumento de 83 dias.

4.1.3. Tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC)

Tabela 5 - Tempo médio de espera em cada ULS para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC)

Hospital que Opera	Média do TE Op (meses) (Hosp) 2015	Média do TE Op (meses) (Hosp) 2016	Média do TE Op (meses) (Hosp) 2017	Média do TE Op (meses) (Hosp) 2018
ULS Matosinhos, E.P.E.	4,51	4,7	4,65	3,79
ULS Alto Minho, E.P.E.	3,22	3,94	3,21	3,24
ULS Guarda, E.P.E.	3,26	3,53	3,2	3,37
ULS Castelo Branco, E.P.E.	2,8	2,42	2,52	2,7
ULS Nordeste, E.P.E.	3,44	3,87	4,04	4,14

Fonte: ACSS

As listas de espera e os tempos de espera acima de limites clinicamente aceitáveis constituem uma realidade em diversos países da OCDE, nomeadamente naqueles em que o financiamento é público, não sendo possível muitas vezes para os doentes a realização dos procedimentos cirúrgicos prescritos, nas datas recomendadas, afetando grande parte da população não sendo uma exceção mas sim a regra (CESifo DICE Report., 2003).

De acordo com a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro que aprova a segunda versão do Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), considera-se tempo de espera “(...) o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)” (p. 526).

Com efeito, enquanto um doente espera a doença progride afetando e pode comprometer os resultados do tratamento e o prognóstico. Acrescer a possibilidade de agudização das doenças crónicas, podendo transformar-se em situações agudas reversíveis e curáveis ou irreversíveis, podem determinar incapacidades permanentes. Em todo o caso, custos para o SNS, alterações nas dinâmicas do dia-a-dia e na qualidade de vida.

A espera por cuidados de saúde tem sempre uma panóplia de resultados negativos, quer pelo impacto na própria saúde, quer de natureza económica social e familiar.

No que concerne às ULS em estudo, referente a este indicador, tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrada gestão inscritos em cirurgia (SIGIC), constata-se numa primeira análise mais genérica, uma estabilização dos tempos médios de espera por parte dos utentes no horizonte temporal 2015-2018.

Mais pormenorizadamente a ULS de Matosinhos foi a que alcançou maior redução no tempo médio de espera, passando de 4,5 meses em 2015 para 3,7 meses no ano 2018.

No plano oposto a ULS do Nordeste registou, no cômputo geral das cinco ULS em estudo, o pior resultado, vindo a ter aumento de 0,7 meses (3,14 em 2015; 4.14 em 2018).

A ULS do Alto Minho, ULS da Guarda e ULS de Castelo Branco, numa perspetiva longitudinal têm estagnado nos tempos médios de espera, cifrando-se no ano de 2018 em 3,2 meses, 3,3 meses e 2,7 meses, respetivamente.

4.2. Apresentação dos dados - Qualidade dos cuidados

Atualmente, no pensamento político, o exercício de cidadania está entrosado com a saúde dos cidadãos e, sendo assim, o cidadão deve situar-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a construção de uma cidadania participativa e para o exercício positivo dos seus direitos na tomada de decisões sobre si próprio, na gestão de serviços, e na adoção de políticas de saúde, indo para além de uma relação com o sistema de saúde meramente instrumental. Como tal, uma sociedade

moderna, centrada no cidadão, a informação sobre os objetivos do sistema de saúde; o acesso; a qualidade dos cuidados de saúde; a capacidade de escolha e de reclamação; a participação e a representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos; e a satisfação face aos resultados são aspetos que merecem uma reflexão profunda (OPSS, 2003).

Da entrada em vigor, em agosto de 2014, dos novos estatutos da ERS, resultou um alargamento e aprofundamento da sua competência de tratamento das reclamações dos utentes dos serviços de saúde, o que não sucedia até à data mencionada. Mais concretamente, da alteração dos seus estatutos e da publicação do Regulamento n.º 65/2015, de 11 de fevereiro, a recolha, monitorização e apreciação da informação sobre reclamações, elogios e sugestões relativos a todos os prestadores de cuidados de saúde, dos setores público, privado, social e cooperativo, passaram a estar centralizadas na ERS. A ERS define que as instituições têm que responder, obrigatoriamente e independentemente do seu conteúdo, a todas as reclamações. Depois no prazo máximo de 10 dias úteis, têm que enviar à ERS uma das vias do livro de reclamações ou, acompanhada da resposta dada ao utente. Após a receção, a ERS procede ao seu registo num sistema informático próprio, o Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC), identificando o utente e a unidade de saúde visada, elaborar uma síntese da reclamação efetuada e produzir um ficheiro digitalizado com a respetiva cópia da reclamação e a resposta ao utente.

Existe também a possibilidade de o utente apresentar a sua reclamação por meio do sistema “Reclamações Online” disponível no portal da ERS, concebido de “modo a facilitar o exercício do direito à reclamação e o controlo da resolução das mesmas, contribuindo para a promoção de um relacionamento de proximidade entre os utentes e o SNS” (ERS, 2009, p.1).

A plataforma do Sistema de Gestão de Reclamações da ERS (SGREC) agrega em dez dimensões/áreas temáticas os assuntos objeto de reclamação:

- Acesso a cuidados de saúde: questões relacionadas com dificuldade na obtenção de cuidados de saúde, que vão desde a inscrição em médico de família até ao

agendamento de cuidados (incluindo tempos máximos de resposta garantidos [TMRG] ou listas de espera para cirurgia [SIGIC]), passando pelas situações de discriminação (tratamento diferenciado) no atendimento ou mesmo rejeição (recusa de atendimento) de utentes.

- Cuidados de saúde e segurança do doente: questões relacionadas com a qualidade técnica dos cuidados de saúde, incluindo, entre outros, as habilitações dos profissionais e a pertinência dos atos praticados, bem como temáticas relacionadas com a segurança clínica dos doentes e alguns itens compreendidos nos requisitos de licenciamento, como a esterilização e/ou a desinfeção de espaços e materiais.
- Elogio/Louvor: opinião positiva sobre a organização do estabelecimento, os serviços prestados ou sobre os colaboradores, clínicos ou não clínicos.
- Focalização no utente: assuntos que se prendem com o grau de humanização dos serviços, incluindo práticas diárias, procedimentos internos, direitos dos utentes, publicidade e relações interpessoais.
- Instalações e serviços complementares: inclui alguns itens dos requisitos de licenciamento e ainda a qualidade conforme percecionada pelos utentes, a hotelaria, os serviços complementares e a segurança estrutural.
- Procedimentos administrativos: temas relacionados com a forma como os estabelecimentos estão organizados (atendimento administrativo, horários de funcionamento, confirmação prévia de agendamentos) e com o cumprimento das obrigações legais para com a ERS.
- Questões financeiras: situações relativas a faturação (cobrança), quitação (recibos), taxas moderadoras, orçamentos ou transparência na informação prévia ao ato clínico, designadamente preços, valores imputáveis ao utente ou participações.
- Sugestão: contributo positivo para a melhoria da qualidade global da organização do estabelecimento, dos serviços prestados ou da atuação dos colaboradores.

- Tempos de espera: tempo de espera no local, desde o momento da chegada às instalações até ao atendimento, incluindo atrasos e demoras, para atos clínicos e para atos administrativos.
- Outros temas: classificação a utilizar em situações não contempladas nas restantes tipificações, ou que estejam fora das atribuições da ERS, ou ainda em exposições pouco precisas, que levantem dificuldades de classificação objetiva. (ERS, 2015)

Apresenta-se, neste capítulo, o número de reclamações por parte dos utentes respeitantes a cada ULS, no período de 2015 a 2018 e quais os assuntos mais visados nessas reclamações.

4.2.1. Número de reclamações Entidade Reguladora da Saúde

Tabela 6 – Número de processos REC, por ano de submissão à ERS

Unidade Local de Saúde	2015	2016	2017	2018
ULS da Guarda, EPE	362	328	312	411
ULS de Castelo Branco, EPE	369	457	527	513
ULS de Matosinhos, EPE	920	959	1669	1663
ULS do Alto Minho, EPE	933	760	777	635
ULS do Nordeste, EPE	287	311	283	371
Total/Ano	2871	2815	3568	3593

Fonte: ERS

Da análise global dos dados constata-se que, no período de 2015 a 2018, houve um aumento do número de reclamações submetidas à ERS respeitante a 4 ULS, embora tenha havido um crescimento menos acentuado em 3 delas, verifica-se que a ULS Matosinhos registou um aumento exponencial (em 2015 apresentava um valor que se cifrava em 920 reclamações; em 2018 o número cifra-se em 1663 reclamações). De salientar que a ULS do

Alto Minho seguiu uma trajetória descendente relativamente ao número de reclamações (933 no ano de 2015 e 635 em 2018).

De ressaltar também que a ULS Alto Minho face à população que serve, apresentando a maior densidade populacional dentro das 5 ULS em análise, apresenta um número de reclamações, em 2018, muito próximo ao que apresentam as outras ULS com uma densidade populacional menor, como por exemplo a ULS da Guarda e a ULS de Castelo Branco.

4.2.2. Assuntos mais visados nas reclamações efetuadas

Tabela 7 – ULS da Guarda: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS

Dimensões/áreas temáticas	% de menções
Focalização no utente	22,6%
Cuidados de saúde e segurança do doente	19,1%
Elogio/Louvor	13,6%
Tempos de espera	12,7%
Procedimentos administrativos	11,8%

Fonte: ERS

Tabela 8 – ULS de Castelo Branco: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS

Dimensões/áreas temáticas	% de menções
Elogio/Louvor	31,0%
Tempos de espera	14,8%
Focalização no utente	13,6%
Cuidados de saúde e segurança do doente	11,5%
Procedimentos administrativos	8,9%

Fonte: ERS

Tabela 9 – ULS de Matosinhos: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS

Dimensões/áreas temáticas	% de menções
Acesso a cuidados de saúde	21,8%
Elogio/Louvor	19,3%
Focalização no utente	13,8%
Procedimentos administrativos	13,7%
Tempos de espera	13,0%

Fonte: ERS

Tabela 10 – ULS do Alto Minho: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS

Dimensões/áreas temáticas	% de menções
Focalização no utente	23,3%
Acesso a cuidados de saúde	17,8%
Tempos de espera	15,2%
Procedimentos administrativos	13,4%
Elogio/Louvor	10,8%

Fonte: ERS

Tabela 11 – ULS do Nordeste: dimensões/áreas temáticas mais mencionadas e representatividade face ao total de menções nesta ULS.

Dimensões/áreas temáticas	% de menções
Focalização no utente	25,4%
Tempos de espera	19,1%
Cuidados de saúde e segurança do doente	18,3%
Procedimentos administrativos	14,2%
Acesso a cuidados de saúde	11,7%

Fonte: ERS

Observando os dados verifica-se que o assunto mais visado nas 5 ULS em estudo diz respeito a “focalização no utente”. De acordo com a ERS a substância desse tema compreende os assuntos que se prendem com o grau de humanização dos serviços, incluindo práticas diárias, procedimentos internos, direitos dos utentes, publicidade e relações interpessoais (ERS, 2015). De entre as 5 ULS a “focalização no utente” surge em primeiro lugar como motivo de reclamação, mais concretamente na ULS Guarda, com uma percentagem de 22,6%; ULS do Alto Minho com um valor de 23,3% e na ULS Nordeste com uma percentagem de 25,4% no global da percentagem das menções.

Numa análise mais detalhada infere-se que o segundo assunto com mais expressão na globalidade dos 5 temas diz respeito ao “acesso a cuidados de saúde”. Mais concretamente, surge como primeiro motivo de reclamação relativamente à ULS Matosinhos com uma expressão de 21,8%, e apresenta-se como a segunda causa de reclamação respeitante à ULS do Alto Minho (17,8%). De referir que a ERS (2015) define as reclamações que visam o tema “acesso a cuidados de saúde” como questões relacionadas com dificuldade na obtenção de cuidados de saúde, que vão desde a inscrição em médico de família até ao agendamento de cuidados (incluindo tempos máximos de resposta

garantidos [TMRG] ou listas de espera para cirurgia [SIGIC]), passando pelas situações de discriminação (tratamento diferenciado) no atendimento ou mesmo rejeição (recusa de atendimento) de utentes.

De relevar que o assunto mais referido, com uma percentagem de 31%, relativamente à ULS Castelo Branco relaciona-se com o tema “elogio/louvor”, sendo a matriz deste conceito definida pela ERS (2015) como uma opinião positiva sobre a organização do estabelecimento, os serviços prestados ou sobre os colaboradores, clínicos ou não clínicos.

4.3. Apresentação dos dados - Eficiência produtiva

Um dos aspetos que tem dificultado a avaliação de desempenho das experiências de integração de cuidados é o facto de, historicamente, a oferta se caracterizar por estar menos orientada para a prevenção da doença e mais para a resposta à doença aguda, episódica, pelo que as medidas e as metodologias de desempenho dos prestadores que tradicionalmente são utilizadas são, também elas, coerentes com uma oferta fragmentada (Santana et al., 2010).

Assim, determinou-se ser mais útil e vantajoso, além de mais coerente com a realidade, objetivar a análise desta dimensão, maioritariamente em indicadores de processo, procurando avaliar potenciais outputs.

Segundo (Giuffrida & Gravelle, 2001) existe eficiência de escala quando, com a tecnologia existente, não é possível reduzir o custo total da produção mudando o volume de produção das organizações e o número de organizações. Esta definição é especialmente útil no contexto da prestação pública de cuidados de saúde, em particular porque o argumento que é habitualmente invocado para justificar a fusão das unidades de saúde é o argumento de que esta medida produz um aumento da eficiência de escala ou mesmo atinge a eficiência de escala na produção (Azevedo & Mateus, 2014).

Basicamente, o objetivo de uma sociedade, em qualquer mercado de saúde é o de maximizar os benefícios e minimizar os custos. Atingir a eficiência é, portanto, uma questão

de comparar os custos (ou os recursos utilizados) com os benefícios (ou o bem-estar resultante) dos possíveis cuidados de saúde e assegurar que os recursos são disponibilizados de forma a maximizar os ganhos para a sociedade. Assim, serviços de saúde eficazes são aqueles que resultam numa melhoria do estado de saúde (Costa, 2014; Donaldson & Gerard, 2005).

Neste capítulo serão apresentados os dados relativamente ao:

- Número total de cirurgias em ambulatório;
- Número total de internamentos;
- Tempo médio de estadia em internamento;
- Número total de urgências realizadas;
- Número total de consultas, primeiras consultas e consultas subsequentes;

4.3.1. Número total de cirurgias em ambulatório

No sentido de estudar a eficiência produtiva nas ULS analisa-se o rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas.

Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Tabela 12 – Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Dezembro 2015				Total Cirurgias
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	
	6629	4343	2286	987	14245

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	7267	4866	2401	945	15479

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	6563	4251	2312	941	14067

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	6260	4288	1972	836	13356

Fonte: ACSS, SICA

Pela análise dos dados referentes à ULS Guarda no que concerne ao número de cirurgias em ambulatório os dados demonstram uma uniformização dos valores ao longo do período em avaliação (2015-2018). No que diz respeito ao número de cirurgia realizadas em regime de ambulatório em comparação com o número total de cirurgias representaram praticamente uma proporção constante ao longo do intervalo de tempo, sendo essa proporção ligeiramente inferior a 1/3.

Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Tabela 13 – Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Castelo Branco, EPE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5831	3252	2579	1150	12812

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	6226	3730	2496	998	13450

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5635	3478	2157	966	12236

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5899	3420	2479	880	12678

Fonte: ACSS, SICA

Observando os dados face ao número de cirurgias realizadas em ambulatório relativamente à ULS em causa, ULS de Castelo Branco, os mesmos revelam valores muito similares no decurso dos anos em evidência (2015-2018). Respeitante à proporção entre cirurgias realizadas em regime de ambulatório no total de cirurgias efetuadas, esse valor foi constante, cifrando-se numa proporção ligeiramente inferior a 1/3.

Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Tabela 14 – Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14373	9481	4892	1723	30469

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14486	9838	4648	1814	30786

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	14586	10255	4331	1806	30978

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	13967	10114	3853	1719	29653

Fonte: ACSS, SICA

Pela observação dos dados expostos infere-se que o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório foi subindo gradualmente ao longo dos 4 anos em análise. No ano de 2015 o número cifrou-se em 9481 e no ano de 2018 o valor situou-se em 10114. No que concerne à proporção do número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório no total de cirurgias cumpridas, essa proporção cifra-se num valor aproximadamente de 1/3.

Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Tabela 15 – Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	10830	6649	4181	2277	23937

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	11953	7645	4308	2312	26218

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	13316	9124	4192	2316	28948

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	12026	7827	4199	2287	26339

Fonte: ACSS, SICA

Analisando o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório, respeitante à ULS do Alto Minho, constata-se que este número oscila significativamente no decorrer do período de 2015-2018. Mais concretamente, no ano de 2015 o valor situava-se em 6649; em 2016 o número de cirurgias em ambulatório foi de 7645; o valor subiu significativamente em 2017 para 9124, decrescendo de novo em 2018, para um número de cirurgias realizadas de 7827.

Avaliando somente o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório no total de cirurgias efetuadas essa proporção fica manifestamente aquém de 1/3, só estando próximo desse valor no ano de 2017.

Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Tabela 16 – Número total de cirurgias em ambulatório - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Dezembro 2015				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5881	3993	1888	1787	13549

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Dezembro 2016				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	4898	3070	1828	1648	11444

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Dezembro 2017				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	4644	2867	1777	1604	10892

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Dezembro 2018				
	Cirurgia Eletiva	Cirurgia Ambulatório	Cirurgia Convencional	Cirurgia Urgente	Total Cirurgias
	5152	3421	1739	1462	11747

Fonte: ACSS, SICA

O número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório pela análise dos valores relativamente à ULS do Nordeste verifica-se que são muito variáveis no decurso do período de 2015-2018. Numa observação mais exaustiva constata-se que o nível de produção relativamente a este indicador foi de 3993 em 2015; 3070 em 2016; 2867 em 2017; 3421 em 2018.

No que diz respeito ao número de cirurgia realizadas em regime de ambulatório em comparação com o número total de cirurgias, representaram praticamente uma proporção constante ao longo do intervalo de tempo (2015-2018), sendo essa proporção significativamente inferior a 1/3.

4.3.2. Número total de internamentos

Tabela 17 – Número total de internamentos por cada ULS

Doentes Saídos	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	9.698	9.383	9.031	8.544
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	8.136	8.155	7.850	7.751
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	16.210	16.356	15.780	15.297
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	17.994	18.110	17.539	17.552
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	11.467	11.211	10.734	10.667

Fonte: ACSS, SICA

Numa apreciação global dos dados constata-se que todas as ULS em estudo, no período em análise, registam um decréscimo no número de internamentos, um decréscimo gradual desse número.

Numa observação mais detalhada, constata-se que a ULS que registou uma diminuição mais significativa do número de doentes internados, na razão entre 2015-2018, foi a ULS da Guarda (ano 2015 – 9698 doentes internados; ano de 2018 – 8544), portanto com um decréscimo de 1154. A ULS de Castelo Branco, recorrendo ao mesmo espaço temporal que se aplicou na análise à ULS da Guarda, registou uma diminuição no número de doentes internados de 385 doentes; a ULS de Matosinhos de 913 doentes; a ULS do Alto Minho de 442 doentes e a ULS Nordeste de 800.

4.3.3. Tempo médio de estadia em internamento

Tabela 18 – Tempo médio de estadia de internamento por cada ULS

Demora Média	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	9,2	9,6	9,9	10,6
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	7,3	7,3	7,6	7,6
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	7,2	7,1	7,1	7,4
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	7,2	7,3	7,4	7,3
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	9,0	9,3	10,2	10,3

Fonte: ACSS, SICA

Na observação dos dados referentes ao tempo médio de estadia em internamento, genericamente, entre 2015-2018, verificam-se diferenças nas 5 ULS em estudo, contudo um dado é transversal, existindo um aumento do tempo médio de internamento em todas as ULS, oscilando apenas a dimensão desse aumento no número de dias.

A ULS da Guarda em 2015 registava uma estadia média de internamento relativa a cada doente de 9,2 dias. A ULS Castelo Branco apresentava um valor de 7,3 dias; a ULS de Matosinhos um valor de 7,2 dias; a ULS do Alto Minho um valor de 7,2 dias; e a ULS Nordeste um valor de 9,0 dias.

As ULS que apresentam um maior aumento no tempo médio de estadia em internamento são a ULS da Guarda e a ULS Nordeste, sendo esse aumento na ordem de 1,4 dias e 1,3 dias, respetivamente. Relativamente às restantes ULS esse aumento no número de dias de internamento pode considerar-se pouco expressivo (0,3 dias relativamente à ULS de Castelo Branco; 0,2 dias ULS de Matosinhos; 0,1 dias ULS do Alto Minho).

4.3.4. Número total de urgências realizadas

Tabela 19 – Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2015

Nº de Atendimentos Total – Urgência	dez-15				
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo				26.381	18.233
SU - Basica – Azul				149	62
SU - Basica – Branco				610	348
SU - Basica – Laranja				6.139	1.885
SU - Basica – Verde				30.469	12.306
SU - Basica – Vermelho				236	130
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	41.512				46
SU - Cirurgia médica – Amarelo		35.291	44.474	48.220	45.522
SU - Cirurgia médica – Azul		697	1.155	360	282
SU - Cirurgia médica – Branco		1.441	3.345	216	2.979
SU - Cirurgia médica – Laranja		4.789	12.636	12.893	7.766
SU - Cirurgia médica – Verde		20.998	23.543	34.574	17.569
SU - Cirurgia médica – Vermelho		147	392	249	222
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)			151		30
Total SU – Nr.º Urgencias	60.610	63.363	85.545	96.512	74.340

Fonte: ACSS, SICA

Tabela 20 – Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2016

Nº de Atendimentos Total – Urgencia	dez-16	dez-16	dez-16	dez-16	dez-16
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	20.011			27.855	18.862
SU - Basica – Azul	908			273	296
SU - Basica – Branco	1.017			839	1.469
SU - Basica – Laranja	2.964			5.572	1.996
SU - Basica – Verde	17.460			30.786	13.170
SU - Basica – Vermelho	155			231	100
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	119				52
SU - Cirurgia médica – Amarelo	24.407	37.089	43.614	56.223	47.094
SU - Cirurgia médica – Azul	2.858	695	2.326	569	745
SU - Cirurgia médica – Branco	1.844	1.492	6.269	775	3.157
SU - Cirurgia médica – Laranja	4.797	3.959	15.238	12.942	7.451
SU - Cirurgia médica – Verde	25.186	23.888	22.779	29.507	18.394
SU - Cirurgia médica – Vermelho	133	177	350	248	225
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	4.264		165		195
Total SU – Nr.º Urgencias	63.489	67.300	90.741	100.264	77.261

Fonte: ACSS, SICA

Tabela 21 – Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2017

Nº de Atendimentos Total – Urgência	dez-17	dez-17	dez-17	dez-17	dez-17
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	2.607			25.326	18.922
SU - Basica – Azul	12.990			295	371
SU - Basica – Branco	953			603	577
SU - Basica – Laranja	125			4.139	1.464
SU - Basica – Verde	30.939			30.208	13.539
SU - Basica – Vermelho				220	107
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	909				81
SU - Cirurgia médica – Amarelo	3.864	34.611	43.690	58.636	44.596
SU - Cirurgia médica – Azul	20.707	863	2.009	556	884
SU - Cirurgia médica – Branco	1.332	1.145	6.933	1.957	2.573
SU - Cirurgia médica – Laranja	124	3.638	15.268	11.972	6.744
SU - Cirurgia médica – Verde	23.719	23.822	21.868	28.963	19.053
SU - Cirurgia médica – Vermelho	124	145	367	214	220
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	1.867	312	238		170
Total SU – Nr.º Urgencias	51.737	64.536	90.373	102.298	74.240

Fonte: ACSS, SICA

Tabela 22 – Número total de urgências realizadas por cada ULS referente ano de 2018

Nº de Atendimentos Total – Urgência	dez-18	dez-18	dez-18	dez-18	dez-18
	Unidad Local de Salud da Guarda, EPE	Unidad Local de Salud de Castelo Branco, EPE	Unidad Local de Salud de Matosinhos, EPE	Unidad Local de Salud do Alto Minho, EPE	Unidad Local de Salud do Nordeste, EPE
SU - Basica – Amarelo	21.504			24.537	17.821
SU - Basica – Azul	878			198	486
SU - Basica – Branco	876			299	762
SU - Basica – Laranja	2.869			3.603	1.413
SU - Basica – Verde	12.298			30.107	14.719
SU - Basica – Vermelho	133			253	107
SU - Basica (s/ Triagem Manchester)	117			127	87
SU - Cirurgia médica – Amarelo	27.794	31.167	40.821	57.300	45.857
SU - Cirurgia médica – Azul	2.201	1.258	1.493	387	617
SU - Cirurgia médica – Branco	2.464	1.281	3.384	1.687	2.885
SU - Cirurgia médica – Laranja	5.222	3.363	14.216	12.780	6.461
SU - Cirurgia médica – Verde	23.181	25.769	20.546	32.717	20.970
SU - Cirurgia médica – Vermelho	126	154	346	220	183
SU - Cirurgia médica (s/ Triagem Manchester)	372	99	6.352	224	188
Total SU – Nr.º Urgencias	61.360	63.091	87.158	105.315	77.161

Fonte: ACSS, SICA

Examinando os dados relativos ao número de urgências realizados na globalidade das ULS, no período temporal em análise (2015-2018), constata-se que os episódios de urgências foram aumentando progressivamente, em todas as ULS em estudo.

Numa análise mais detalhada a ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco e a ULS Matosinhos, o acréscimo do número de episódios de urgências foi residual no intervalo de tempo focado. Relativamente à ULS do Alto Minho foi a que registou a subida mais significativa com um aumento do número de urgências na ordem dos 8803 episódios (ano de 2015 – 96512 episódios; ano de 2018 – 105315 episódios). A ULS do Nordeste em 2015 registou um total de 74340 episódios de urgências e no ano de 2018 realizou 77161, assinalando um aumento de 2821, no período compreendido entre 2015 e 2018.

4.3.5. Número total de consultas, primeiras consultas e consultas subsequentes

Tabela 23 - Número total de consultas, primeiras consulta e consultas subsequentes referentes ao ano de 2015 e 2016

	dez-15			dez-16		
	Total de Consultas	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Total de Consultas	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	101.513	35.674	65.839	104.656	34.681	69.975
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	88.668	27.007	61.661	89.080	27.538	61.542
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	268.610	77.657	190.953	278.546	79.900	198.646
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	236.928	86.183	150.745	242.530	80.526	162.004
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	106.786	39.288	67.498	103.286	38.251	65.035

Fonte: ACSS, SICA

Tabela 24 - Número total de consultas, primeiras consulta e consultas subsequentes referentes ao ano de 2017 e 2018.

	dez-17			dez-18		
	Total de Consultas	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Total de Consultas	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	102.163	33.338	68.825	98.709	29.731	68.978
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	88.070	27.838	60.232	84.833	28.507	56.326
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	277.406	80.250	197.156	285.157	81.930	203.227
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	237.922	74.843	163.079	240.064	72.457	167.607
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	100.138	36.066	64.072	99.076	36.074	63.002

Fonte: ACSS, SICA

Numa análise geral no que concerne à eficiência produtiva adstrita à realização total de consultas, entre as 5 ULS em investigação, no período compreendido entre 2015 e 2018, constatam-se resultados díspares. Observa-se que existem 2 ULS que ampliaram a sua capacidade produtiva, registando um aumento do número de consultas efetuadas, mais concretamente a ULS de Matosinhos e a ULS do Alto Minho, um aumento que se situa na ordem das 16547 e 3136, respetivamente (ULS Matosinhos no ano de 2015 realizou 268610 consultas e no ano de 2018 285157 consultas; a ULS do Alto Minho realizou 236928 consultas em 2015 e em 2018 efetuou 240064).

As restantes 3 ULS em estudo, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco e ULS do Nordeste, tiveram um decréscimo no número total de consultas com particular

relevância para a ULS do Nordeste que apresentou um decréscimo na ordem das 7660 consultas, no ano de 2015 realizou 106736 e no ano de 2018 99076 consultas.

4.4. Apresentação dos dados - Desempenho económico-financeiro

A análise financeira da gestão financeira na área da saúde pode ser desenvolvida por meio de utilização de indicadores de saúde, no que possibilita definir a eficiência de uma gestão organizacional (Azevedo, 1993). A análise da relação financeira é considerada a abordagem padrão para avaliar o desempenho financeiro (Neves, 2011).

A análise financeira torna-se fulcral para as organizações de saúde de forma a obter uma redução de custos, o controlo de custos com stocks e pessoal, por meio de algumas ferramentas de gestão que avaliam o desempenho das mesmas.

O sistema de financiamento das ULS é distinto dos hospitais assentando, tal como já foi referido em capítulos anteriores, antes num modelo de financiamento por capitação, com uma componente de pagamento associada ao cumprimento de objetivos.

No caso dos sistemas de financiamento por capitação, existe a transferência de uma grande parte do risco financeiro para o lado dos prestadores. Neste modelo, os prestadores recebem, a título de financiamento das atividades em saúde, um valor por cada utente sob a sua responsabilidade num determinado período de tempo, valor esse que é baseado nos custos médios de tratamento de um utente. Contrabalançados estes incentivos, são igualmente associados aos sistemas de pagamento por capitação incentivos à promoção da prevenção da doença e ao tratamento precoce, bem como a um maior enfoque nos cuidados de saúde primários como forma de gerir a saúde das populações evitando hospitalizações mais dispendiosas (Pedersen et al., 2000).

Neste capítulo abordaremos o desempenho económico-financeiro de cada ULS em particular referente aos seguintes domínios:

- Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento;
- Custos operacionais com recursos humanos;
- Prazo médio de pagamento aos fornecedores.

4.4.1. Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento

Tabela 25 - Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento por cada ULS.

Consumo interno de medicamentos (pacientes hospitalizados, consultas, emergências, hospital de dia e outros)	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	n.d.	n.d.	n.d.	6.298.152,28 €
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	3.071.328,9 4 €	2.174.419,04 €	3.332.789,65 €	3.543.340,36 €
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	8.947.346,5 3 €	9.439.173,07 €	10.475.868,1 8 €	11.285.561,36 €
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	9.317.665,0 9 €	10.552.372,9 9 €	11.391.181,8 3 €	11.295.551,25 €
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	2.488.789,0 0 €	2.356.605,80 €	3.475.419,04 €	4.631.817,15 €

n.d. - não disponível

Fonte: ACSS, SICA

Numa avaliação global, 4 das 5 ULS em estudo, exclui-se a ULS da Guarda por insuficiência de dados, todas apresentam um aumento progressivo de custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento, no decurso do quadriénio em estudo de 2015 a 2018.

Numa análise mais detalhada, a ULS de Castelo Branco teve um aumento contínuo, embora pouco expressivo (em 2015 apresentava um custo na ordem dos 3.000.000€; no

ano de 2016 aproximadamente de 2.000.000€; em 2017 superava os 3.000.000€; em 2018 situou-se num valor próximo dos 3.500.000€). A ULS de Matosinhos apresenta um aumento constante, aproximadamente 1.000.000€ ao ano. A ULS do Alto Minho registou um crescimento com os encargos relativos aos medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento, semelhante à ULS de Matosinhos. A ULS do Nordeste, em 4 anos, teve um aumento com os custos de medicamentos e produtos farmacêuticos na ordem dos 40%.

4.4.2. Custos operacionais com recursos humanos

Tabela 26 - Custos operacionais com recursos humanos por cada ULS.

Gastos com o pessoal	dez-15	dez-16	dez-17	dez-18
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	51.182.633,5 3 €	53.245.933,5 8 €	57.870.722,4 5 €	63.477.110,6 4 €
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	37.607.258,5 1 €	39.278.548,0 3 €	40.052.909,1 6 €	42.960.800,2 0 €
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	67.917.401,4 0 €	71.183.565,3 9 €	74.351.687,1 8 €	78.577.734,6 9 €
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	73.741.140,5 2 €	79.813.128,4 5 €	85.194.482,7 5 €	89.654.084,0 8 €
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	53.640.402,1 9 €	57.201.776,9 5 €	59.340.043,5 6 €	63.119.812,6 3 €

Fonte: ACSS, SICA

Focando a análise numa perspetiva de englobar as 5 ULS em estudo, constata-se que todas apresentam um aumento deste indicador de desempenho económico-financeiro.

Contudo o ritmo de crescimento com os custos operacionais com recursos humanos não é homogéneo dentro do universo das ULS em análise. A ULS do Alto Minho foi a que registou maior acréscimo, na medida em que no ano de 2015 o gasto com pessoal aproximava-se dos 73.000.000€, enquanto no ano de 2018 esse valor acerva-se dos

90.000.000€, em 4 anos, um aumento na ordem dos 15.000.000€. A ULS de Castelo Branco foi a que registou menor acréscimo com a despesa de pessoal, aproximadamente 5.000.000€. A ULS da Guarda teve um incremento de 12.000.000€ aproximadamente, a ULS de Matosinhos teve um aumento próximo dos 10.000.000€ e a ULS do Nordeste um aumento que superou os 9.000.000€.

4.4.3. Prazo médio de pagamento aos fornecedores

Tabela 27 - Prazo médio de pagamento aos fornecedores por cada ULS.

Prazo Médio de Pagamento	dez-16	dez-17	dez-18
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	246	274	200
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	62	78	66
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	331	385	218
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	139	192	171
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	235	264	175

Fonte: ACSS, SICA

Numa análise relativa ao prazo médio de pagamento aos fornecedores, ressalta-se o número médio de dias na ULS de Castelo Branco pelo seu valor, o menor no conjunto das 5 ULS, apenas de 66 dias.

Relativamente às restantes 4 ULS, no ano de 2018, apresentam valores médios de pagamento aos fornecedores muito próximos. A ULS da Guarda de 200 dias; a ULS de Matosinhos de 218 dias; a ULS do Alto Minho de 171 dias e a ULS do Nordeste de 175 dias.

Numa observação mais detalhada e, numa perspetiva temporal, de 2016 a 2018, apenas uma das 5 ULS aumentou o tempo médio de pagamento a fornecedores, mais concretamente a ULS do Alto Minho, situando-se esse aumento em 32 dias (ano de 2016

foi de 139 dias; ano de 2018 foi de 171 dias). As restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos e ULS do Nordeste assinalaram um decréscimo no número de dias, mais especificamente, 46 dias na ULS da Guarda, 60 dias na ULS do Nordeste e 103 dias na ULS de Matosinhos.

4.5. Discussão dos resultados do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos cuidados, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro

Segundo a OMS (2008) “um componente crítico do monitoramento e fortalecimento do desempenho dos sistemas de saúde nacionais é a identificação de um conjunto de referenciais de desempenho (*benchmarks*) e indicadores – e de meios para sua medição – para monitorar a força de trabalho em saúde. Diferentes abordagens têm sido desenvolvidas e utilizadas para medir a capacidade dos recursos humanos em saúde (RHS), a fim de cumprir os objetivos dos sistemas de saúde. Cada abordagem tem suas próprias vantagens e limitações. A escolha de qual abordagem é a mais apropriada em um determinado contexto dependerá, frequentemente, da disponibilidade de dados, capacidade técnica e priorização de políticas e intervenções programáticas” (p.1).

A OMS (2008) afirma ainda que nessa monitorização da força de trabalho é necessário incluir várias variáveis que exercem influência na determinação do impacto do desempenho da força de trabalho nos resultados de saúde, em um determinado contexto. Essas variáveis incluem além do número da população, a sua estrutura; a epidemiologia e carga de doença; padrões de utilização de serviços de saúde; eficiência organizacional; políticas de saúde, regulações e padrões; capacidade tecnológica; distribuição da força de trabalho em saúde por ocupação, local de trabalho e características sociodemográficas; desempenho individual do prestador de serviços; demanda e expectativas públicas; disponibilidade e meios de financiamento.

O conceito de equidade é transversal a várias áreas das ciências e humanidades e em todas elas a sua aplicação e compreensão assumem um papel de grande importância. Adicionalmente tem-se verificado um aumento do interesse pela equidade em saúde, no seio das organizações políticas e sociais, tanto a nível nacional como internacional (WHO, 2012), (Braveman & Guskin, 2010), sendo que o reconhecimento de uma prestação desequilibrada de cuidados de saúde é uma das forças motrizes do desejo de mudança dos sistemas de saúde (Clark & Bierman, 2007).

A escassez de recursos humanos na saúde, ou a sua manifesta iniquidade de distribuição dos mesmos por todo o território nacional, constitui um tema muito discorrido desde há muitos anos na literatura de gestão e organização dos serviços de saúde.

Segundo Campos (2018) analisando o relatório da OCDE “Health at a Glance 2017”, relativamente aos recursos humanos, verifica-se que Portugal é o terceiro país da OCDE com mais médicos por mil habitantes (4,6), sendo a média da OCDE de 3,4 médicos. Outro dado em que nos distinguimos, é o de sermos o segundo país com maior percentagem de médicos generalistas (51%), sendo a média da OCDE de 30%. Em relação aos enfermeiros, temos 6,3 enfermeiros por mil habitantes, muito abaixo da média da OCDE (9,0), com um ratio enfermeiros/médicos (1,4) também muito abaixo da média da OCDE (2,8).

As desigualdades geográficas e sociais na distribuição de recursos humanos em saúde, conduzem a iniquidades de acesso aos serviços, tendo sido apontado como um problema relevante, persistente e resistente às mais variadas estratégias adotadas para a sua resolução, pelos governos da maioria dos países. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os que mais sofrem com as situações de insegurança assistencial ocasionadas pela falta de profissionais de saúde (Campos et al., 2009).

Infere-se pela análise dos dados relativamente ao número de médicos em tempo completo, com ênfase no número de médicos especialistas, que as 4 ULS em estudo,

registaram um aumento do número destes profissionais, o que pressupõem um aumento na capacidade de resposta às necessidades das populações de cuidados médicos mais diferenciados. A exceção é a ULS de Castelo Branco que viu diminuída, no ano de 2015 a 2018, a sua capacidade de resposta clínica e médica, qualificada e diferenciada.

Pela importância com que os CSP se revestem é também fulcral discutir a evolução do número de médicos e de enfermeiros nas 5 ULS em estudo. Segundo a OMS (2019) “os cuidados de saúde primários são, comprovadamente, uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar nos nossos dias, assim como de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde o bem-estar no futuro. Está igualmente comprovado que são um investimento de grande valia, visto haver evidências de que os cuidados de saúde primários de qualidade reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a eficiência, reduzindo os internamentos hospitalares. A satisfação de necessidades de saúde cada vez mais complexas e exige uma abordagem multisectorial que integre políticas de promoção da saúde e de prevenção, soluções que respondam às comunidades e serviços de saúde que sejam centrados nas pessoas. Os cuidados de saúde primários incluem igualmente os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e evitar ameaças à saúde, designadamente, epidemias e resistência antimicrobiana, através de medidas como o envolvimento e educação das comunidades, prescrições racionais e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo a vigilância. O reforço dos sistemas a nível da comunidade e das unidades de saúde periféricas contribui para construir resiliência, que é crucial para resistir aos impactos sofridos pelo sistema de saúde” (p. 1).

O número de médicos especialistas nos CSP, globalmente tem estagnado em 4 das 5 ULS, sendo de salientar um decréscimo, desta matriz de profissionais na ULS do Nordeste, o que pressupõem prejuízos para a população na promoção, prevenção e manutenção da sua saúde e como consequência dificuldade de acesso aos cuidados de

saúde. O número de enfermeiros nos CSP, globalmente tem-se mantido estável, mas de salientar que todas as ULS registam um aumento destes profissionais, embora residual.

A maior parte das análises que abordam o sistema de prestação de cuidados em Portugal verificam que existem fatores, para além da necessidade clínica, que influenciam também a utilização e determinam o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e a realização de cirurgias programadas, entre outros.

Segundo Henriques (2012) os sistemas de cuidados de saúde em países baseados em serviços públicos, como em Portugal, onde o custo monetário do consumo de cuidados é relativamente baixo, pode gerar excesso de procura, necessitam de mecanismos que permitam racionar essa procura, tal como a introdução de um preço ou valor, uma vez que os recursos não são ilimitados. Acrescenta ainda que os sistemas de cuidados de saúde utilizam os tempos de espera como uma medida idêntica relativamente aos acessos. Ou seja, como os recursos não estão pensados para o atendimento imediato não urgente, o preço passa pelo tempo de espera.

No que diz respeito a primeiras consultas de especialidade foram definidos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), tendo em conta o nível de acesso e o tipo de cuidados (Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro) e foi publicado um diploma legal (Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho) – Consulta a tempo e horas (CTH) – que pretende que os acessos aos cuidados de saúde sejam mais céleres e os seus procedimentos mais transparentes e eficazes, garantindo tempos máximos de resposta, tendo em conta a prioridade clínica: 30 dias se a consulta for considerada como muito prioritária; 60 dias se for considerada como prioritária e 150 dias se for considerada com prioridade normal.

A ULS da Guarda no ano de 2018 não cumpria os TMRG estipulados pela lei, cifrando-se o valor em 204,2 dias, o que acarreta tal com refere Ferreira (2012) custos potenciais para o utente, pois um acesso tardio aos cuidados de saúde pode afetar negativamente os resultados em saúde, pelo atraso no diagnóstico e no próprio tratamento, trazendo

danos pessoais para as pessoas, como a degradação do seu estado de saúde e a existência de ansiedade associada à incerteza de todo o processo de decisão bem como perda de rendimento ou de produtividade para o utente. As restantes ULS em relação a este indicador, medindo a sua evolução no tempo, de 2015 a 2018, a tendência geral é um agravamento nos tempos médios de espera, excetuando a ULS de Castelo Branco que registou um decréscimo no número de dias, embora muito diminuto (ano de 2015 107,9 dias; ano de 2018 105,5 dias).

Numa discussão dos resultados mais detalhada, relativamente ao tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade, podemos concluir que a ULS do Nordeste e a ULS da Guarda foram as ULS que mais aumentaram os seus tempos médios, concretamente a ULS do Nordeste registou um agravamento de 40 dias, num período de 4 anos e a ULS da Guarda um aumento de 83 dias.

Segundo a ACSS (2017) a visão holística do percurso dos utentes e de monitorização dos tempos de resposta globais e transversais a todas as prestações de cuidados de saúde deve ser articulada com o reforço da cooperação e da articulação entre as instituições do SNS, procurando assim aumentar a produtividade global do SNS. Os tempos médios de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão de inscritos em cirurgia (SIGIC) não fogem à matriz deste princípio.

Os tempos de espera podem indicar barreiras ao acesso a cuidados de saúde, de índole organizacional, por deficiente planeamento de recursos e por ineficiente utilização da capacidade existente (Barua, 2012).

Com efeito, enquanto um doente espera, a doença progride afetando, pelo menos potencialmente, os resultados do tratamento futuro que, aliás e em alguns casos deixa até de ser possível, pondo em causa não só o bem-estar do doente como a sua própria vida. Tal situação envolve riscos significativos e custos pessoais (morais, materiais,

familiares, sociais e profissionais) que afetam os indivíduos e o sistema no seu conjunto (Globerman, 2013; Johar et al., 2010).

Segundo Barros (2009) esperar por cuidados de saúde tem sempre resultados negativos quer pelo impacto na própria saúde, quer de natureza económica suscitando ainda o risco de ocorrência de eventos adversos nos doentes. A redução dos tempos de espera para cirurgia é um dos grandes objetivos estabelecido para o SIGIC, sendo mesmo considerado como “ (...) uma alteração fundamental na discussão pública sobre as listas de espera. Em lugar de se apresentarem e discutirem os números referentes à dimensão das listas de espera, passou-se a discutir os tempos de espera” (p.342).

No que concerne ao conjunto das ULS em estudo, no horizonte temporal 2015-2018, o tempo médio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrada gestão de inscritos em cirurgia (SIGIC) constata-se uma estabilização dos tempos médios de espera. A ULS de Matosinhos foi a que alcançou maior redução no tempo médio de espera, passando de 4,5 meses em 2015 para 3,7 meses no ano 2018. A ULS do Nordeste viu agravado este indicador com um aumento de 0,7 meses (3,14 em 2015; 4.14 em 2018). A ULS do Alto Minho, ULS da Guarda e ULS de Castelo Branco, numa perspetiva longitudinal, apresentam estagnação nos tempos médios de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão de inscritos em cirurgia (SIGIC).

Barros (2008) afirma que sem dúvida, com o objetivo de minorar o problema das listas de espera para cirurgia eletiva a integração dos cuidados (de saúde primários e hospitalares) e consequentemente da informação, será provavelmente o caminho mais assertivo, acrescentando que “embora a discussão tenda a maior parte das vezes a focar-se no tempo de espera desde a indicação para intervenção cirúrgica até à realização da mesma, do ponto de vista de saúde da população o importante é o tempo de espera desde que se manifesta a necessidade de recurso a cuidados de saúde até à sua resolução” (p.2).

Para Justo (2004) “ é indispensável ter presente que as pessoas funcionam como um contínuo assistencial, devendo os cuidados estar organizados de forma a poderem processar-se num ambiente de gestão integrada dos dois níveis de prestadores” (p,22). No mesmo sentido Reis (2010) afirma que “era obrigatório maximizar os ganhos em saúde e dar efetividade à prestação, assegurando controlo sobre a qualidade e sobre os custos, promover a eficiência e a qualidade dos resultados o que, só num contexto de integração da prestação, seria possível” (p. 121).

Assim, pela literatura produzida sobre o tema, e pela análise dos dados, destaca-se a necessidade de otimizar a eficiência na utilização da capacidade instalada, promovendo a melhor organização dos serviços.

Relativamente à qualidade dos cuidados são considerados um direito e um pilar fundamental nos serviços de saúde. As reclamações dos utentes podem revelar informações acerca das experiências entre os utentes e as organizações de saúde. Assim, as reclamações podem ser consideradas como indicadores de qualidade que permitem identificar áreas e/ou oportunidades de melhoria e de grande representatividade no processo da melhoria contínua da qualidade na saúde.

Para Allsop & Mulcahy (1995) as reclamações são uma expressão de insatisfação por parte do utente ou de um cuidador que representa uma perceção particular dos eventos. Uma reclamação pode ou não revelar o acontecimento de um erro. As reclamações constituem uma forma de inclusão dos utentes em todos os processos em que este está envolvido.

Segundo a DGS (2011) o processo de produção de cuidados de saúde deve estar centralizado no cidadão. É fundamental a monitorização das perceções dos utentes utilizadores das diversas entidades prestadoras do SNS. A participação dos cidadãos pode representar um recurso privilegiado para a gestão das unidades de saúde, um instrumento de gestão de eleição para a monitorização dos níveis de satisfação dos utentes, bem como do funcionamento dos serviços na perspetiva dos seus utilizadores.

As reclamações podem constituir um contributo para o aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, ajudando a identificar alguns aspetos negativos e oportunidades de mudança e melhoria. Os Utentes do SNS podem expressar as suas sugestões, elogios e reclamações, fazendo o seu registo nos Gabinetes do Cidadão das unidades de saúde ou utilizando a plataforma da ERS.

Segundo Pisco & Biscaia (2001) definir qualidade não é uma tarefa fácil, desde logo porque envolve uma grande dose de subjetividade. A qualidade pode ser entendida de diversas formas. O seu conceito pode variar e, tem inclusivamente sido analisado por vários autores, havendo quem proponha a adoção de diferentes definições. As várias definições que se lhe podem atribuir são o resultado da evolução da sociedade. Ainda segundo os mesmos autores a qualidade na saúde tem características específicas que a tornam diferente, da aplicada a outros sectores. É orientada em função das necessidades e não apenas como resposta à procura, possui caracter pró-ativo, e é vista no seu todo juntamente com os demais atributos dos cuidados de saúde. A necessidade de adequar o conceito de qualidade, às especificidades da saúde obriga a contemplar algumas características que a diferenciam de outros sectores.

As reclamações dos utentes, proporcionam uma valiosa fonte de informação acerca dos problemas funcionais de uma organização de saúde. Os utentes são atentos, críticos e capazes de identificar problemas, alguns deles impercetíveis aos modelos de monitorização utilizados para detetar eventuais anomalias. As reclamações podem assim ser reconhecidas como positivas, aportando adicionalmente informação às organizações de saúde que lhes permite melhorar a qualidade na prestação dos serviços prestados (Reader et.al., 2014).

Examinando os dados constata-se que, no período de 2015 a 2018, houve um aumento do número de reclamações submetidas à ERS respeitante a 4 ULS, mais especificamente a ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco, ULS de Matosinhos e ULS do Nordeste. A ULS Matosinhos registou um aumento exponencial (em 2015 apresentava um valor que se

cifrava em 920 reclamações; em 2018 o número cifra-se em 1663 reclamações). A exceção foi a ULS do Alto Minho que seguiu uma trajetória descendente relativamente ao número de reclamações (933 no ano, de 2015 e 635 em 2018).

Relativamente ao assunto mais focado nas reclamações diz respeito à “focalização no utente”. De acordo com ERS a sua matriz compreende os assuntos que se prendem com o grau de humanização dos serviços, incluindo práticas diárias, procedimentos internos, direitos dos utentes, publicidade e relações interpessoais (ERS, 2015).

Para os autores (Friele & Sluijs, 2006) a maioria dos utentes que apresenta uma reclamação, fazem-no com o objetivo de não ver o incidente que sofreram repetir-se.

O segundo motivo com mais expressão, na globalidade das 5 dimensões/áreas temáticas, diz respeito ao “acesso a cuidados de saúde”. A ERS (2015) define as reclamações que visam o “acesso a cuidados de saúde” como questões relacionadas com dificuldade na obtenção de cuidados de saúde, que vão desde a inscrição em médico de família até ao agendamento de cuidados (incluindo tempos máximos de resposta garantidos [TMRG] ou listas de espera para cirurgia [SIGIC]), passando pelas situações de discriminação (tratamento diferenciado) no atendimento ou mesmo rejeição (recusa de atendimento) de utentes.

As reclamações dos utentes podem ser um contributo e indicadores, concorrendo positivamente para o processo da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Representam a voz do cidadão e ajudam a reconhecer aspetos negativos e necessidades de mudança na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, neste caso em particular as ULS.

Os sistemas de saúde contribuem de forma significativa para as respostas em saúde e qualidade de vida da população, oferecendo cuidados que satisfaçam as necessidades sentidas. No entanto, continuam a ser detetados problemas relacionados com estes sistemas como o elevado consumo de recursos (Gröne e Garcia-Barbero, 2001). Segundo

os mesmos autores em muitos países da União Europeia a integração de cuidados a nível primário, secundário e terciário é fraca, com cuidados de pouca qualidade, o que gera ineficiências.

Tal como já foi exposto anteriormente há um claro desígnio nas várias políticas de saúde, no sentido de melhorar a interligação entre as organizações e os diferentes níveis de cuidados, nos diferentes sistemas de saúde. A criação de organizações verticalmente integradas tem visado não só uma melhoria na qualidade de atendimento, mas também uma maior eficiência e satisfação dos utentes (Evans et al., 2013).

Azevedo & Mateus (2014) afirmam que Portugal apresenta grandes dificuldades em relação à sustentabilidade do SNS a ineficiência do sistema por gastar mal os recursos de que dispõe.

Também (Harfouche, 2010) refere que em Portugal há um consenso em reconhecer-se que um dos problemas capitais do sistema de saúde reside na sua (in) eficiência.

Segundo Gomes (2017) “os resultados da medição da eficiência das organizações de saúde podem ser utilizados para a contratualização do financiamento público destas organizações. Esta prática ainda não sucede em Portugal mas já foi experimentada em alguns países, designadamente no norte da Europa. Além disso, a informação sobre a eficiência das organizações também interessa às próprias unidades de saúde porque lhes permite adotar as medidas de gestão e os incentivos adequados para atingir os objetivos contratualizados com as autoridades nacionais” (p.5).

Os serviços de saúde devem ser eficientes macroeconomicamente através do controle dos custos e microeconomicamente por via da maximização dos serviços prestados, maximização da satisfação dos utentes e minimização dos custos.

Num estudo desenvolvido por Evans et al. (2013), que teve por objetivo analisar a evolução dos cuidados de saúde integrados, evidências empíricas sugerem que os sistemas construídos em torno dos CSP demonstram um desempenho superior

comparativamente aos sistemas construídos em tornos dos hospitais (paradigma hospitalocêntrico).

Os sistemas construídos em torno dos CSP garantem interligação entre os diferentes serviços de saúde permitindo uma maior coordenação, uma melhor comunicação entre prestadores e prestador-utente, um maior acesso à informação e maior número de protocolos, bem como guidelines standard de atuação técnica. Desta forma, consegue-se reduzir a variação clínica, evitar possíveis erros médicos e aumentar a qualidade assistencial (Stille et al., 2005).

A focalização no utente passa também a ser privilegiada com a integração vertical. Os cuidados de saúde passam a ser centrados nas especificidades/características e nas doenças dos utentes e não tanto nas necessidades dos prestadores (Ackerman, 1992). Byrne & Ashton (1999) advogam que, além do referido pelo autor anteriormente citado, esta integração potencia o foco das instituições de saúde na manutenção do bem-estar geral da população, em vez do apenas tratamento da doença (como acontece nos atuais sistemas de saúde), com vista a melhorar o estado de saúde global do indivíduo. Tendo como base a linha de raciocínio exposta por estes autores importa discutir os dados e a sua evolução, relativos ao número total de internamentos, tempo médio de estadia em internamento e número total de urgências realizadas. Dos dados constata-se que todas as ULS em estudo, no período em análise, registam um decréscimo no número de internamentos, sendo o decréscimo do número de doentes internados feito de forma gradual. Dos dados referentes ao tempo médio de estadia em internamento observam-se diferenças face às ULS em estudo, entre 2015-2018, contudo um dado é transversal o aumento do tempo médio de internamento em todas as ULS, oscilando apenas a dimensão desse aumento no número de dias. Ligando os dados relativos ao número de urgências, na globalidade das ULS, no período temporal em análise (2015-2018), constata-se que os episódios de urgência foram aumentando progressivamente, em todas as ULS em estudo.

Segundo a ERS (2015) a cirurgia em regime de ambulatório, constitui um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, aportando inúmeras vantagens para o utente, uma vez que evita o desconforto do internamento, proporciona o benefício do acompanhamento dos familiares, possibilita conciliar a recuperação com a actividade familiar/profissional, diminui as listas de espera e reduz o risco de complicações pós-operatórias.

A mesma entidade ERS (2008) afirma que existiam já indicações para que, a médio prazo, cerca de metade das cirurgias realizadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se façam em regime de ambulatório.

Pela análise referente à ULS Guarda, no que concerne ao número de cirurgias em ambulatório, os dados demonstram uma uniformização dos valores ao longo do período em avaliação (2015-2018). Observando o número de cirurgias realizadas em ambulatório relativamente à ULS de Castelo Branco, os dados revelam valores muito similares no decurso dos anos em evidência (2015-2018). Respeitante à ULS de Matosinhos o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório foi subindo gradualmente ao longo dos 4 anos em análise. No que diz respeito à ULS do Alto Minho, constata-se que este número oscila significativamente no decorrer do período de 2015-2018, mas com uma tendência de subida, ou seja, aumento da eficiência produtiva. Relativamente à ULS do Nordeste, no decurso do período 2015-2018, constata-se que os dados são muito variáveis relativamente aos números que nos traduzem o total de cirurgias em ambulatório, apresentando uma diminuição de produção no ano de 2018 em contraponto ao ano de 2015.

Analisando somente o número de cirurgia realizadas em regime de ambulatório em proporção com o número total de cirurgias, em todas as 5 ULS, constata-se que essa proporção é praticamente constante ao longo do intervalo de tempo (2015-2018), sendo essa proporção significativamente inferior a 1/3, em que 1 corresponde ao número de cirurgias realizadas em regime ambulatório e 3 considera o número total de cirurgias.

No que concerne à eficiência produtiva da realização total de consultas, os resultados são diferentes, entre as 5 ULS que visa este estudo. Duas ULS ampliaram a sua capacidade produtiva, registando um aumento do número de consultas efetuadas, a ULS de Matosinhos e a ULS do Alto Minho. As restantes 3 ULS, ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco e ULS do Nordeste, tiveram um decréscimo no número total de consultas.

Os serviços de saúde públicos são reconhecidos como uma das organizações mais complexas na estrutura e na administração devido ao uso de política de contenção de custos e no uso racional dos recursos existentes (Jacobs, 2001).

A atual organização e gestão das unidades de saúde tornam-se um grande desafio para os gestores, sobretudo no contexto atual de fortes estrangimentos financeiros e de uma maior consciencialização dos utentes, dos seus direitos e das crescentes exigências (Vaz, 2010). Os gestores hospitalares tomam decisões que, no âmbito de três dimensões da gestão financeira, se podem identificar como: decisão de investimento, decisão de financiamento e decisão das operações (Helfert, 2010).

As técnicas de medição são fundamentais porque o que não é medido não é controlado e se as empresas quiserem sobreviver e prosperar, na era da informação, devem utilizar sistemas de gestão e medição de desempenho, derivados de estratégias e capacidades (Kaplan & Norton, 1996). Assim, o que não se mede não se pode controlar não se pode gerir (Marques & Almeida, 2005).

Neste encadeamento, as organizações de saúde carecem de instrumentos que permitam a redução/controlo de custos e o incremento da eficiência.

No que diz respeito às oportunidades e/ou potencialidades, a integração vertical dos cuidados de saúde permite a criação de uma estrutura ampliada com maior oferta e poder de intervenção no mercado e, por conseguinte, mais vantagens negociais face aos parceiros externos (Wan et al., 2002).

Segundo Santos (2015) “A integração vertical de cuidados tem sido considerada por muitos como um modelo organizacional fulcral para fazer face às pressões económicas atuais. Apesar de não existir consenso no que respeita às suas vantagens, este modelo de prestação é apontado como uma mais-valia na redução e contenção da despesa em saúde” (p.81).

No âmbito do desempenho económico-financeiro analisa-se seguidamente o prazo médio de pagamento (PMP) a fornecedores. Este indicador divulga quanto tempo (em dias) demora uma ULS, em média, a pagar os créditos que obtém dos seus fornecedores, refletindo dinâmicas operacionais da gestão dos recursos e da relação das unidades de saúde com os fornecedores (ERS, 2015).

Pela análise dos dados extrai-se que, no ano de 2018, 4 ULS têm valores médios de pagamento aos fornecedores muito próximos, que incluem a ULS da Guarda, a ULS de Matosinhos, a ULS do Alto Minho e a ULS do Nordeste. Numa perspetiva temporal, de 2016 a 2018, apenas uma das 5 ULS aumentou o tempo médio de pagamento a fornecedores, mais concretamente a ULS do Alto Minho, situando-se esse aumento em 32 dias. As restantes ULS, ULS da Guarda, ULS de Matosinhos e ULS do Nordeste assinalaram um decréscimo no número de dias no prazo médio de pagamento aos fornecedores.

Quanto aos custos operacionais com recursos humanos todas as ULS apresentam um aumento deste indicador de desempenho económico-financeiro. Contudo o ritmo de crescimento com os custos operacionais com recursos humanos não é homogéneo dentro do universo das ULS em análise, em que a ULS do Alto Minho foi a que registou maior acréscimo, enquanto a ULS de Castelo Branco foi a que registou menor acréscimo com a despesa de pessoal.

Examinando os custos relativos a medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento, 4 das 5 ULS em estudo, exclui-se a ULS da Guarda por insuficiência de dados, todas as ULS apresentam um aumento progressivo, no decurso do quadriénio em

estudo, deste indicador de desempenho económico-financeiro, em contraciclo ao que a literatura sugere. De acordo com Costa e Santana (2008) a integração de cuidados de saúde, pressupõe um aumento das economias de escala através de coordenação dos diversos níveis de cuidados.

Contudo de ressaltar que todos estes conjuntos de dados conferem uma tendência, apenas uma indicação, não nos permitindo estabelecer conclusões de rigor e eficiência económica.

4.6. Análise e Discussão de conteúdo das entrevistas

Neste subcapítulo, tal como já foi referido, apresentam-se e analisam-se as 8 entrevistas realizadas aos peritos, gestores de ULS. Aprofundam-se os conceitos centrais em estudo e as várias dimensões que integram:

- Dimensão I - modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão;
- Dimensão II - modelo de financiamento;
- Dimensão III - sistemas de informação;
- Dimensão IV - gestão dos recursos humanos e materiais;
- Dimensão V - dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados;
- Dimensão VI - integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais);
- Dimensão VII - criação/transferência de conhecimentos;
- Dimensão VIII - as ULS constituem um modelo de futuro.

Dimensão I - modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão

Todos os entrevistados são unânimes em defender que este modelo organizacional aporta claras vantagens, divergindo apenas na enumeração das mesmas, bem como na sua

hierarquização. Duas vantagens destacam-se em relação às demais, primeira: o facto de o órgão de gestão ser único; segunda, e mais focada pelos entrevistados, a integração de cuidados, resultante de uma única estrutura que agrega pelo menos, dois níveis de cuidados, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. Há um entrevistado que procedente desta perspetiva, do modelo integrativo, afirma que este consubstancia uma *“vantagem significativa, em que o doente fica no centro do sistema”*.

Contudo é de salientar que estas 2 vantagens, para todos os entrevistados, a de um órgão de gestão de topo único e a integração e interligação de cuidados são realidades concomitantes, ou seja, uma conduz inevitavelmente à outra.

Assim em relação aos 3 entrevistados que focam a sua vantagem no órgão de gestão único, proferem vários argumentos na defesa desta opinião, realçando vantagens imediatas *“a nível funcional direto e de estrutura”* por meio *“de ser o mesmo conselho de administração portanto a mesma estrutura orgânica diretiva que superintende as duas instituições ou melhor as duas áreas - cuidados diferenciados e cuidados primários e logo por aí têm vantagens quer económicas, da organização mas fundamentalmente do conhecimento global de toda a população que cobrimos”*. Outro dos entrevistados reforça que a vantagem económica, que é óbvia, traz depois vantagens no cumprimento da missão de uma ULS. Um outro entrevistado enfatiza que *“do ponto de vista administrativo tem logo uma vantagem visto que tem uma administração única que pode criar um ambiente facilitador de gestão de todas as áreas para uma finalidade que é a mesma, portanto isso implicará um esforço de integração entre as diferentes áreas de cuidados, sendo esse o objetivo”*.

Mas se a integração de cuidados se apresenta como um dos maiores benefícios deste modelo organizativo, um dos entrevistados reforça que almejar este princípio na prática diária é algo mais complexo, difícil de atingir, mas possível. E aí um outro entrevistado coloca renitências no alcançar concreto deste desiderato afirmando *“... eu continuo a dizer a unidade local de saúde é um bom modelo conceptual na prática ainda não estão*

ultrapassadas as dificuldades que permitam que a sua missão seja cumprida” e ressalva que “... penso que não houve a devida integração dos diferentes níveis de cuidados. Como não houve essa integração há níveis de cuidados que se sentem forçados e minorizados em relação a outros e essa é que é a grande dificuldade”. Dois entrevistados corroboram esta afirmação e complementam, os profissionais e a organização hospitalar têm uma cultura e no que se refere aos cuidados de saúde primários há uma cultura ligeiramente diferente, “... os profissionais revêm-se em outras especificidades. Sem dúvida que há capacidade técnica e clínica para prestar cuidados em ambos os níveis, cuidados de qualidade, mas algumas dificuldades de se integrarem e de se articularem. Este é o grande desafio das unidades locais de saúde” no curto médio-prazo na justa medida em que é imprescindível ter essa articulação funcional, para referenciação de doentes e articulação entre as duas partes do próprio sistema.

Um outro entrevistado avança que a integração dos cuidados se produziu mas as alterações a nível legislativo que era necessário realizar a cada um dos níveis de cuidados, nomeadamente dos cuidados de saúde primários não acompanhou este processo, ou seja, os cuidados de saúde primários continuam a deter “... a mesma filosofia dos cuidados de saúde primários do resto do país, o que é positivo porque é necessário funcionarem de uma forma semelhante (...) para que haja uma cobertura completa que chegue a todas as pessoas, mas era preciso que houvesse aqui alguma autonomia acrescida nos cuidados de saúde primários e na organização da unidade local de saúde, integrando estes cuidados de forma muito mais efetiva e mais fácil naquilo que são os objetivos da unidade local de saúde e isto nesta altura é complicado, o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários é totalmente gerido pela ARS, na generalidade, portanto fica por vezes difícil promover esta harmonia e interligação entre os diferentes níveis de cuidados, pois existe aqui uma disputa de algum alinhamento entre o que são as prioridades a nível nacional, que não devem ser muito diferente das locais, mas quando nós queremos fazer mais coisas a nível local não têm a mesma repercussão até em termos de financiamento e de retorno para as equipas, que satisfazem indicadores estabelecidos a nível nacional portanto ficam os objetivos dentro da organização um pouco para um plano secundário”. Seria, assim,

necessário que os objetivos de integração perfeitamente definidos dentro da instituição, fossem valorizados, ou seja, os cuidados de saúde primários, num regime de ULS, aportassem *"... mais ambição em termos de capacidade de decisão, de interação com a área hospitalar e vice-versa, mais capacidade de decisão"*.

Quando questionados, os 8 entrevistados, sobre 3 indicadores específicos: eficiência produtiva, qualidade dos serviços e desempenho económico-financeiro, qual ou quais teriam sido mais beneficiados neste modelo de governação, verificámos não haver concordância nas respostas, 4 entrevistados consideram que a implementação deste modelo organizativo aportou, sobretudo, ganhos ao nível da qualidade dos cuidados. Houve 3 entrevistados que consideraram que esses ganhos se situavam no plano do desempenho económico-financeiro. Há um entrevistado que alvitra que foram os 3 indicadores em simultaneamente, mas a eficiência produtiva não aumentou na mesma proporção que os restantes a qualidade dos serviços e o desempenho económico-financeiro. Advoga o mesmo entrevistado que *"... o desempenho económico-financeiro aumentou mais pela internalização de muitos procedimentos, ou seja, muitos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica realizados no exterior puderam passar a ser feitos no hospital e isso a um custo muito mais baixo."* E focando este exemplo, referem a internalização de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica como um incremento da qualidade dos cuidados, em que *"... os resultados dos exames ficam logo diretamente no sistema, portanto logo que há resultados o médico de família vê-os, tal como o médico-hospitalar também os vê, uma vez que o ambiente de funcionamento em termos informáticos é o mesmo, depois porque os percursos das pessoas ficam muito mais simplificados, além de criar eficiência valoriza muito a qualidade da prestação de cuidados"*. Assim esta tríade surge em cascata *"este tipo de desenho, como outros ... ao aumentar a eficiência, valoriza-se e aumenta a qualidade de vida das pessoas e depois tem repercussão em termos dos gastos"*.

Os entrevistados que defendem que o desempenho económico-financeiro foi o indicador mais beneficiado reforçam esta opinião, essencialmente, na otimização do departamento

de recursos humanos, de aprovisionamento, de centrais de compras e de manutenção, porque permite a existência de uma só, que é global e que cria economias de escala.

No que concerne à qualidade dos cuidados o argumento aduzido, pelos 4 entrevistados, centra-se fulcralmente na integração, pois como há uma maior interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, existe um aumentar de sinergias, uma maior aproximação entre os vários profissionais e conseqüentemente *“... o percurso do doente fica facilitado entre as estruturas hospitalares. Em suma uma maior proximidade e uma maior Interligação”*.

Dimensão II - modelo de financiamento

As ULS são financiadas por capitação o qual visa mitigar incentivos à sub-provisão de cuidados em que o ajustamento do pagamento per capita tem em conta o risco da população, sob a responsabilidade de cada prestador. Assim, na prática, os prestadores que servem uma população com previsibilidade de maiores necessidades de cuidados de saúde devem receber um financiamento per capita proporcionalmente superior a outros que servem populações mais saudáveis. Sendo um aspeto crucial para garantir um financiamento ajustado às reais necessidades de cada região, o modelo de ajustamento pelo risco é também uma das componentes tecnicamente mais desafiantes no desenho e implementação de sistemas de pagamento por capitação (Goodson et al., 2001).

Este modelo de financiamento é referido por 2 entrevistados, e citamos um deles, como um modelo de financiamento per capita que *“... integra além do número de habitantes, variáveis como o status socioeconómico e a escolaridade, em que estas variáveis muito mais altas desvalorizam o valor per capita, como se as pessoas mais instruídas precisassem menos de cuidados de saúde, é verdade são mais saudáveis mas não é linear que consomam menos cuidados de saúde, até são mais exigentes em alguns aspetos da sua saúde e normalmente em relação aos mais caros”*. Muitas das 5 ULS em estudo, 3 concretamente, situam-se no interior do país, e tal como referem 5 entrevistados, não há critérios de reforço nomeadamente nas despesas de contexto, porque é completamente diferente

uma ULS no litoral do país, ou os custos resultantes de se situar no interior, com baixa densidade populacional associada a uma significativa dispersão geográfica. Temos, portanto, para a totalidade dos entrevistados, uma questão clara e inequívoca de subfinanciamento relevante.

Um entrevistado refere em específico que “... o financiamento tem de ser mais ajustado. Se retirarmos muitos dos gastos básicos, por exemplo com base nos medicamentos, nas vacinas, temos que no final de todas estas contas o capital Target é muito baixo. É necessário criar um instrumento para criar valor”. De aduzir que um outro entrevistado salienta que “... este modelo de financiamento per capita, mesmo a nível internacional em países mais desenvolvidos é já muito questionável, quer os modelos de produção quer os modelos de capitação são modelos muito questionados”.

E salientando os modelos de produção, 4 entrevistados, chamam a atenção para a ausência de incentivos à produção, ou seja, expondo a opinião de um dos 4 entrevistados “O melhor modelo de financiamento seria aquele que tivesse uma base per capita e associada uma componente de produção hospitalar, pelo que podia ter associado como ganho a motivação por parte dos profissionais em cumprir os objetivos, aliciando-os com incentivos e envolvê-los”.

O modelo deveria ser o de criação de valor, referindo um outro entrevistado que “a gente devia pagar aquilo que verdadeiramente tem resultados efetivos para as pessoas, aquilo que as pessoas sintam como relevante e mais-valia na sua vida, isso é que vai ser importante, acompanhado por indicadores de saúde de morbilidade e de longevidade, diminuindo bastante a mortalidade evitável, antes dos 60 anos e que seja suscetível de melhorar. Isto é o que realmente vai interessar, fazer muitas cirurgias com resultados muito bons na morbilidade, mortalidade ... mas produzindo o que não cria um valor acrescido para a pessoa, nem no presente, nem no futuro, é muito questionável”. E o mesmo entrevistado acrescenta ainda que “... continuamos substancialmente subfinanciados. O que se pretende a seguir, o que não acontece ainda a nível nacional, já se fala mas não passam de processos somente de intenções, não muito mais do que isso, é a existência de várias métricas já

discutidas ao nível da OCDE que criou um consórcio internacional para medição dos outcomes em saúde... o foco, o que tem que ser valorizado é as mais-valias que geramos na qualidade de vida das pessoas, ou seja, os resultados que contribuem para a prevenção da doença e complicações que podem dela decorrer”.

Concluindo a matriz de todas as respostas a este domínio da entrevista está sintetizada na seguinte ideia manifestada por um entrevistado *“para desenvolver a ULS, para inovar eu tenha de ter mais dinheiro, para poder investir e uma legislação mais adequada. Eu digo aos meus colegas que as unidades locais de saúde são o low-cost da saúde, produzir os mesmos cuidados a um muito baixo custo”*

Dimensão III - sistemas de informação

Os sistemas de informação constituem uma das principais áreas fomentadas pela criação das ULS, uma das chaves deste processo. Esta perceção é unânime por todos os entrevistados.

Os sistemas de informação estão a ser amplamente usados no apoio à saúde da população e nas atividades decorrentes do trabalho produzido pelos profissionais, estando intimamente relacionados com a prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitorização do estado de saúde das populações que se servem. Refere um dos entrevistados, se constituirmos um intervalo de tempo retrospectivo, correspondente a 10 anos, a área dos sistemas de informação *“foi a que registou uma evolução notória e muito positiva, embora ainda não estejam como seria desejável. Mas de facto os sistemas de informação apesar de alguns já terem alguns anos, as atualizações que têm sido feitas têm sido muito positivas e cada vez mais a inter operarem e a interligarem-se de forma muito positiva”*. Na mesma senda um outro entrevistado complementa colocando a seguinte formulação *“agora o problema poderá vir a ser outro, as infraestruturas, as estradas de comunicação não terem já capacidade necessária para poder movimentar tantos dados e tanta informação”* por isso às vezes dificulta a performance e o trabalho do profissional na ótica de utilizador. Sobre a mesma questão um outro entrevistado

acrescenta que *“tem-se vindo a trabalhar muito nisso tanto a nível central como a nível local. A rede de internet tem vindo a ser melhorado ao longo dos últimos anos aqui no interior que estava muito precária”*. Neste momento o hardware não consegue suportar o software o que constitui um dos entraves ao aperfeiçoamento dos sistemas informáticos e à sua integração.

Para 5 dos 8 entrevistados o foco tem de passar indubitavelmente pelo processo clínico eletrónico único. Um deles afirma *“a partilha de informação deveria ser completa, fala-se há tanto tempo do processo clínico único. Na minha ótica se este processo único estivesse implementado e fosse fácil a sua consulta, inserção dos dados poupava-se imenso. Nós pelo facto de estarmos num sistema integrado deveríamos ter um processo único. Nós temos aqui um erro muito grave nesta área, é indiscutível, inevitável a existência de um processo clínico eletrónico único”*. Um outro entrevistado corrobora esta opinião e aduz que *“... não faz qualquer sentido existir um sistema para os cuidados saúde de primários e outro para os cuidados hospitalares. Ambos os níveis de cuidados já podem ter acesso a informação disponível no sistema, contudo só devia existir um único sistema”*.

A criatividade local para explorar ou maximizar as mais-valias deste modelo integrativo pode gerar um benefício macro que vai além da sua ULS *per si*. Um dos 8 entrevistados dá como exemplo o que foi desenvolvido localmente, pelo departamento de tecnologias de informação e depois exportado *“... o implementar de um circuito de informação, com alertas automáticos, mecanismos que permitem ao profissional ter um acompanhamento mais pormenorizado e atualizado do estado de saúde do seu doente”*. Assim o sistema, potencializado pela integração dos vários níveis de cuidados, pode coadjuvar o profissional de saúde para a realização do seu trabalho, com incremento na qualidade dos seus cuidados, por via de uma monitorização e de uma informação mais atualizado dos doentes que estão sob a sua responsabilidade.

O presente passa indiscutivelmente por aumentar o empoderamento do doente na gestão da sua saúde/doença, ao determos um conhecimento o mais holístico possível do doente, a integração de informação entre os cuidados de saúde primários e cuidados

hospitalares, permitindo delinear um plano preventivo e de qualificação para a saúde desse doente muito mais personalizado. Este aspeto é enfatizado por um dos entrevistados e complementa este desiderato *“aí é talvez uma das mais-valias que este modelo gera. Digamos nós ao termos a componente preventiva e curativa podemos fazer incidir muito mais as nossas ações preventivas sobre o conhecimento real da prevalência e da incidência das doenças. Enquanto um hospital per si trata a doença e depois perde-se muita informação sobre aquilo que o doente precisa com carácter preventivo, a ULS pode ter esse conhecimento global do utente. Logo a prevenção desde a primária, secundária, terciária e quaternária que é tão importantíssima quando se tem uma população envelhecida como a nossa, que necessita de gestão de terapêutica, aí seria o ideal porque nós teríamos o conhecimento todo, sobre o utente/doente”*.

Dimensão IV - Gestão dos recursos humanos e materiais

Ambos os entrevistados salientam o enorme desafio que consubstancia a gestão dos recursos humanos numa ULS, justamente pelo repto de interligar dos profissionais dos vários níveis de cuidados na prossecução de um objetivo, de uma meta comum, pois há sempre, por vezes latente, em outros momentos mais premente, o sentimento nos profissionais, de não se sentirem totalmente imbuídos de uma unidade de saúde com um modelo de integração vertical dos cuidados, com uma matriz organizativa de interligação, pois tal como afirma um dos entrevistados *“... houve níveis de cuidados que se sentiram simplesmente ignorados, esmagados e esquecidos aquando da criação da ULS. Pelo menos foi essa a perceção que ficou no sentimento de muitos profissionais. Até hoje continua a não haver esse sentimento de fazermos parte de um todo. Ainda utilizamos muito, hoje, o sentido do apego”*.

Outros entrevistados focam também o pendor na questão da autonomia financeira, mais concretamente no recrutar de profissionais de saúde. Um dos entrevistados sintetiza *“Para fazer uma boa gestão de recursos humanos é necessário que haja autonomia, que a legislação tenha flexibilidade necessária, para se poder gerir os recursos humanos de forma a dar resposta às necessidades em saúde. A autonomia neste momento é muito pouca, em*

termos de recrutamento não há nenhuma autonomia, logo quando não se consegue suprir uma necessidade e se começa a puxar e a exigir dos profissionais e a alargar os tempos de trabalho, a recorrer a horas extraordinárias, é uma questão de tempo até começar a provocar cansaço, desmotivação, com reflexos a nível da gestão de recursos humanos”.

Portanto sem autonomia é muito difícil gerir recursos humanos, sem capacidade financeira para os poder recrutar também é difícil. Sem também possuir uma autonomia para uma política de incentivos torna-se difícil abordar com mais proficiência a gestão de recursos humanos. Um outro entrevistado reforça que “... o setor empresarial do estado, os EPE, em determinada altura havia a ideia de que podiam fazer a gestão dos recursos humanos de forma mais autónoma, similar à privada, embora uma autonomia controlada, o que levaria a fazer uma gestão mais local, uma política de incentivos por exemplo. Assim sem autonomia e uma legislação tão rígida é muito difícil fazer uma gestão de recursos humanos numa perspetiva de médio/longo prazo, sucedendo assim mais num conceito diário”.

Outra realidade adjacente às ULS, mais concretamente, as que se situam no interior do país, reside na contratação/recrutamento de profissionais. Um dos entrevistados reforça que “tentamos ao nível dos concursos obter o maior número possível de profissionais, contudo ficam muitas vagas por preencher da parte médica. O que faz com que tenha que se recorrer demasiado a prestadores de serviços e não a recursos humanos que estejam envolvidos na estratégia da ULS”.

“Ter um desenho da atividade dos recursos necessários para a atividade alinhado com o atingimento de indicadores que estão alinhados, por sua vez, com a missão e a visão da instituição” é um propósito fulcral para um dos entrevistados, na prossecução de uma gestão eficiente dos recursos humanos. Portanto estas ferramentas permitem desenvolver toda a atividade de cada serviço com o alinhamento dos objetivos traçados pela ULS, com métricas que permitem que a atividade desenvolvida vai efetivamente de encontro com as prioridades definidas, facilitando, de algum modo, a identificação dos recursos humanos necessários dos vários grupos profissionais, tendente a criar equipas com a máxima

eficiência, ressaltando um dos entrevistados “... que as equipas têm de ter um equilíbrio muito significativo para a eficiência ser máxima. Este tem sido o maior desafio, o de sabermos desenhar e dimensionar as equipas”.

Quanto à questão dos recursos materiais todos os entrevistados afirmam que as compras são centralizadas e as economias de escala fazem-se nos aumentos de produção, então a central de compras permite gerar essa economia de escala, embora já muitas das compras estejam centralizadas no Ministério da Saúde “a SPMS já faz os concursos de 90% de muitas das necessidades que temos. As economias de escala se forem feitas com rigor e seriedade são enormes” afirma um dos entrevistados.

Dimensão V - dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados

Há 6 dos 8 entrevistados que relativamente à dimensão de integração e interligação dos vários níveis de prestadores de cuidados, definem objetivamente a existência de uma barreira invisível entre os diferentes níveis de cuidados, pese embora, tenha de ser lentamente destruída. Objetivam os mesmos entrevistados que essas barreiras residem essencialmente nos próprios profissionais, “... nem é às vezes nas próprias estruturas que a tutela ” afirma um dos entrevistados. Portanto daqui se extrai que muitos dos profissionais de ambos os níveis de cuidados, decorrendo já de algum tempo desde a implementação de todas as ULS, ainda não assimilaram aquilo que poderá ser as mais-valias que este modelo de gestão produz. Um entrevistado aduz “os próprios profissionais ainda não perceberam a lógica deste modelo organizacional e das mais-valias que dele resultam. As autonomias ainda estão muito vincadas”. Infere-se pelas várias opiniões produzidas que permanece a tendência de cada um dos níveis de cuidados não querer perder o seu poder e cada um se julgar no processo mais importante do que o outro. Um entrevistado consubstancia “... os cuidados hospitalares porque tratam mais o pormenor são mais diferenciados, podem ter a tendência de se considerarem mais importantes nesta relação de integração de cuidados. Os cuidados de saúde primários de vez em quando vitimizam-se, consideram-se menos importantes, às vezes, pelos colegas hospitalares”. É

aqui que reside o trabalho que pode e deve ser desenvolvido pelo conselho de administração de cada uma das ULS, tentando minimizar as barreiras e promover a articulação. Complementa um entrevistado *“é evidente que se geram dificuldades de articulação no terreno, pelo que terá de haver aí um trabalho muito importante por parte dos conselhos de administração e das direções clínicas, é muito importante que elas trabalhem pensando nessa articulação e nesta integração, em que cada um tem o seu papel e poderem complementar-se, aproveitando sempre o trabalho que cada um faz dando-lhe seguimento, seja cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados”*.

É necessária uma cultura de sistema que toda a gente diga a mesma coisa. Esta interação ainda não existe é evidente na perceção manifestada pelos 8 entrevistados, sendo necessário cultivá-la, tal como expressa um entrevistado *“... é uma questão de cultura mesmo. Tem que se ir diariamente visitar os serviços sensibilizar as pessoas para a importância desta interação”*.

Um outro entrevistado destaca *“é muito difícil essa gestão, essa interligação, as mentalidades são muito difíceis de mudar, mesmo em simples atos administrativos fazer o sentimento de pertença a uma unidade e não a várias unidades que se juntaram”*.

As políticas do conselho de administração têm de ser integradoras, pretendendo-se que sejam extensíveis a todas as unidades fomentando a coesão e a unidade.

E um entrevistado cita um exemplo, localmente a ser pensado para implementar *“estamos a pensar por exemplo aquando do estágio de especialidade, os médicos internos passarem algum tempo nos centros de saúde para conhecer na realidade o terreno e criar uma experiência em vez de ser só uma ideia que as pessoas têm. Uma das coisas mais relevantes é que a unidade local de saúde constrói-se todos os dias!”*.

Dimensão VI - integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais)

No que concerne à integração dos intervenientes locais mais concretamente os municípios, com representação de um vogal no conselho de administração, não é objetivado pelos 8 entrevistados simetricamente.

Um entrevistado coloca manifestas relutâncias à sua mais-valia e aporte de benefícios, em que a suas reiteradas dúvidas amparam-se no perfil que cada instituição detém *“tenho dúvidas que a integração dos municípios no conselho de administração gere ganhos. É claro que cada um deve estar direcionado e vocacionado para a missão e objetivos para o qual foi criado”*.

Do conjunto dos 8 entrevistados 6 expõem certezas acerca das mais-valias geradas pela presença de um vogal no conselho de administração nomeado pelas CIM e que é o elo de articulação funcional. Contudo 3 entrevistados salientam que não exclui a comunicação estreita e permanente entre o presidente do CA e os vários presidentes de câmara do distrito que pertence a ULS.

Os 6 entrevistados supracitados, salientam que os municípios são vozes ativas da população. Um entrevistado acrescenta *“... estamos em permanente ligação com as câmaras embora também tenhamos protocolos. Isto traz ganhas pois mais do que tudo os municípios são representantes das populações no terreno e nós queremos que eles tenham conhecimento do que fazemos e das necessidades até para nos apoiarem, quer a nível material, quer a nível político, quer de outro modo, em que só todos juntos podemos ter um melhor caminho”*.

Um entrevistado não responde com convicção plena face à mais-valia da integração de um vogal designado pelas áreas metropolitanas pelo conjunto de municípios. Suporta esta afirmação *“... eu acho que sim, tem sido uma mais-valia, contudo depende da pessoa, da sua disponibilidade e da sua pro-atividade ... é um vogal que tem pelouros dentro do contexto do conselho de administração, de acordo com a experiência que detém”*, ou seja, o currículo e as características pessoais são determinantes para poder aportar know-how

e benefícios, independentemente da questão da sua nomeação pela CIM e efetiva representação da mesma no CA.

Dimensão VII - criação/transferência de conhecimentos

O modelo de ULS é facilitador mas não é determinante é a opinião transversal aos 8 entrevistados em relação ao potencial de criação de conhecimento neste modelo de integração vertical de cuidados que concretizam as ULS.

Há um entrevistado que foca a potencialidade do modelo de ULS enquanto gerador e facilitador de investigação/conhecimento *“se eu quero fazer investigação que integra cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, eu detenho uma única comissão de ética, tenho um único serviço de investigação clínica com um único centro de ensaios clínicos que envolvem a estrutura toda, então posso fazer da investigação um elemento facilitador desta integração”*. E esta área encerra um outro potencial ganho alegado por um entrevistado em que a investigação também pode ser um manancial para incrementar e consolidar o processo de integração e de interligação da ULS *“eu agora tenho condições mais interessantes para fazer alguns projetos de investigação mas ao mesmo tempo estes projetos de investigação vão-me ajudar no processo de integração, isto gera aqui uma simbiose o que é muito interessante”*.

Um outro entrevistado cita até um exemplo concreto, um projeto inovador, que está a ser desenhado, resultante de um processo de investigação académico produzido por um profissional de saúde da ULS *“nós o CA está sempre recetivo a todos os projetos inovadores que surjam, seja de médicos e enfermeiros, e temos dezenas deles pois isso tudo acarreta uma melhoria contínua na funcionalidade da nossa instituição. Temos por exemplo um projeto na área da Pneumologia elaborado por um enfermeiro e vamos também ter financiamento de uma entidade privada, para melhor seguir os doentes com problemas respiratórios”*.

Contudo há um entrevistado que deixa patente que *“quando a ULS esteja a funcionar com outro nível de performance, quando nós tivermos os recursos ideais, penso que sim, penso*

que essa área vai ser muito beneficiada”, ou seja ainda há um enorme potencial no domínio da produção do conhecimento e da investigação no que diz respeito às ULS, primeiro endogenamente, por meio da consolidação do seu modelo organizativo, posteriormente o melhorar e desenvolver a articulação com os centros de investigação, mais propriamente o ensino superior e as empresas.

Dimensão VIII - as ULS constituem um modelo de futuro

A entrevista finda com a VIII dimensão, sendo uma questão mais do domínio pessoal, e sensibilizando os entrevistados para recorrerem a todo o seu know-how em gestão, para formularem a sua resposta relativamente ao fato de considerarem se as ULS se constituem como um modelo de futuro.

Pela matriz da questão, torna-se obrigatório expor a opinião detalhada de cada entrevistado.

Um entrevistado face à questão em concreto respondeu que desejaria que as ULS fossem um modelo que afirma-se a sua relevância, e em particular nas zonas do interior devido ao fato de serem “... mais dispersas em termos geográficos e gostaria que fossem porquê. É preciso garantir o acesso aos cuidados dessas populações e creio que com as unidades locais de saúde esse acesso é garantido a um menor custo, mesmo com custos de contexto como os que referi no início e portanto é por aí que temos que caminhar trabalhando algumas vertentes, algumas áreas ...”. Portanto este entrevistado considera que as ULS são um modelo com garantias de repostas, eficiência e promovem a acessibilidade e equidade, consubstanciando um modelo com enorme potencial para ser implementado e desenvolvido no interior do país.

Um outro entrevistado considera que tem de se manter o rumo no aperfeiçoamento da sua organização endógena “Eu creio que sim com aperfeiçoamentos mais diretos vai levar algum tempo porque as mudanças demoram algum tempo a serem concretizados. Ao longo do tempo tem-se melhorado muito existe cada vez mais essa inter funcionalidade”.

Mas as estratégias e as políticas necessárias para otimizar e rentabilizar ao máximo este modelo de gestão em saúde passam sobretudo por duas áreas específicas: financiamento e autonomia, no sentido de “... poder-se contratar recursos humanos. Um exemplo dotar os Centros de Saúde de tecnologia, quer profissionais na área da psicologia da nutrição, dos Serviços sociais, de fisioterapia, da reabilitação. Temos outro tipo de cobertura que seguramente evitava-mos muitos internamentos, deslocações”. O financiamento, um área que necessita de reformulação, pois é manifestamente insuficiente, afirmando este entrevistado “A capitação não sofre atualização há 6 ou 7 anos e também ter em conta os custos de contexto que a região tem”.

Outro entrevistado afirma-se cético no presente, pelo histórico associado às ULS. Reporta-se à génese das ULS e dá como exemplo a primeira a ser criada e afirma “Eu acho que elas não se afirmaram como modelo do presente por razões de vária ordem e por que a tutela as inquiriu à partida. A única ULS que foi amplamente discutida, como modelo inovador, como um tubo de ensaio, foi a ULS de Matosinhos, mas por razões de vária ordem viu-se impedida de atingir os seus objetivos não permitindo que pudesse ir mais longe...” e acrescenta “...o modelo de Matosinhos era um sucesso, e sem dúvida tem muitos indicadores de sucesso, sobretudo económico-financeiros que é o que interessa a tutela”. E o busílis da questão reside no fato de a criação das restantes ULS e a sua implementação no terreno não ter obedecido à matriz da ULS de Matosinhos. O mesmo entrevistado aduz “As outras ULS foram sobretudo por decisões de economia, de controlo de custos, de resolução de problemas locais. Não foi por meio de um processo discutido, amadurecido com as populações, com as estruturas regionais e locais. Quando as coisas são mais impostas do que propostas geram mais reatividade”. Mas não tem réstia de dúvidas que se houver vontade e interesse as ULS são um excelente modelo com perspetivas de porvir “... é um excelente modelo para se obter aquilo que se quer com a promoção da qualidade de vida das pessoas não faz sentido não integrar as coisas”. É necessário alterações relevantes quanto ao contexto legislativo, o que regula os cuidados de saúde primários. E escora esta opinião na seguinte perspetiva “Os profissionais de saúde dos cuidados saúde

primários têm também de integrar nos seus objetivos mais outros, os que estão relacionados com a interação com o hospital. Já existe alguma monitorização, contudo ainda não é direta, de vários outros indicadores de integração de cuidados”.

Um outro entrevistado é perentório na defesa deste modelo. Contudo especifica que é necessário que os erros não se repitam “ *... isto é, para que a ULS não seja só a soma das suas partes mas vá muito mais além. Mas para isso é necessário que haja logo na sua génese uma engenharia, para que se constitua realmente um tronco comum que muitas vezes não existindo esse tronco comum robusto, o dia-a-dia de uma gestão de uma ULS é uma gestão de problemas*”. E clarifica que este modelo tem provas dadas mas tem muitas deficiências na sua conceção que fazem com que haja muito dispêndio de tempo e energia dos seus quadros superiores e intermédios, por via da falta de cultura de integração. Para suplantar este problema afirma “ *... isso tem de passar não constituindo uma ULS sem integrar as pessoas, facultar-lhes essa informação e essa mentalidade de integração. As ULS foram criadas mas as pessoas, os profissionais continuaram a pensar e agir com a mentalidade do dia anterior*”.

Outro entrevistado afirma que é necessário continuar a deixar o modelo organizativo da ULS desenvolver-se “*... deixá-lo crescer em si, deixá-lo desenvolver por si...*”. Mas há estratégias e políticas fundamentais para permitir que este desiderato se consume no terreno, e passa inexoravelmente, na opinião deste entrevistado pela legislação “ *... deixar de ter um sistema em que temos duas cabeças, legislação para os cuidados saúde primários legislação para os cuidados hospitalares, termos um sistema com legislação própria...*” concomitante com o que já foi afluado por outro entrevistado citado anteriormente, a capitação ... dotar a estrutura com um investimento adequado, no que se espera da capitação, e deixá-lo maturar por si”. Acrescenta ainda “ *O objetivo claro aqui é produzir saúde ao mais baixo custo, e acima de tudo evitar a doença. Com base nestas premissas simples que acabei de enunciar é dizer ao sistema adapta-te e anda*”. Conclui que a realidade das ULS ainda é recente comparativamente com a experiência do modelo

hospitalar, pelo que a saúde é uma área difícil porque são muitas variáveis em jogo e difíceis de controlar.

Um outro entrevistado afirma que teoricamente a ULS é um modelo de futuro. Mas é essencial outras políticas e outra monitorização por parte da tutela, MS, afirmando que *“... para otimizar e rentabilizar ao máximo este modelo de gestão em saúde é necessário ter outras estratégias, e sobretudo que passam por permitir que a mudança que está a acontecer se consolide. A mudança tem que ser bem pensada, bem estruturado e bem acompanhado. Não há um acompanhamento efetivo por parte da tutela. Promoveu as mudanças contudo não interiorizou essas mudanças”*.

Os dois restantes entrevistados são concomitantes nas suas observações e respostas face à questão se as ULS se revestem como um modelo que perspetiva o futuro. Um afirma que *“São um modelo de futuro para algumas áreas. Não são aplicáveis a todo o país por vários motivos”*. E aduz *“Há algumas coisas que se podem mudar, de notar que as ULS estão essencialmente em zonas pouco populacionais, essencialmente no interior”*. Mas ambos os entrevistados são unânimes, nas estratégias e políticas que são necessárias desenvolver para tornar as ULS um modelo com capacidade de resistir, renovar-se e vitalizar-se no tempo *“...é um modelo com mais-valias sem dúvida mas precisamos de maior financiamento. É o maior entrave ao seu desenvolvimento”*.

5. Conclusão

A primeira conclusão, considerando a problemática em estudo, é a de que o SNS requer criação de consensos, partilha de saberes, para além de necessitar de modelos de governação transformadores, pois sem estes instrumentos correspondentes às inovações no domínio da gestão das unidades de saúde, não será possível trabalhar em função das necessidades dos cidadãos, nem responder com eficiência e eficácias às suas legítimas expectativas.

Pela análise dos resultados da ACSS e da ERS que nos facultam dados objetivos que abarcam as dimensões correspondentes ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, à qualidade dos cuidados, à eficiência produtiva e ao desempenho económico-financeiro, parece haver evidência de que o modelo organizativo em ULS não veio trazer o valor acrescentado ao SNS que teoricamente este modelo de governação produz.

Da interpretação do número de médicos especialistas nos CSP, conclui-se que globalmente tem estagnado, no quadriénio em análise, o que presume prejuízos para população na promoção, prevenção e manutenção da sua saúde, e como consequência dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Este fato pode ficar a dever-se à dificuldade que as ULS, mais concretamente as que se situam no interior do país, e são a maioria neste estudo, têm na contratação e fixação de recursos humanos, especialmente na área médica.

Os dados permitem-nos concluir que o tempo médio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade viu o sem tempo agravado, na globalidade das ULS em estudo. Importa, por isso, destacar que este resultado da análise temporal, 2015-2018, pode revelar um problema de acesso dentro das ULS, podendo este modelo não estar a dar resposta mais eficiente no que diz respeito às primeiras consultas por especialidade. As causas podem de várias ordens, podendo este resultado ficar a dever-se não ao modelo de gestão integrada em si mesmo, mas à sua incompleta integração.

A nível da qualidade dos cuidados o número de reclamações, no período de 2015 a 2018, submetidas à ERS aumentou na globalidade das ULS objeto deste estudo, sendo o tema mais visado a “focalização no utente”, que corresponde a assuntos que se prendem com o grau de humanização dos serviços, incluindo práticas diárias, procedimentos internos, direitos dos utentes, publicidade e relações interpessoais.

Conclui-se dos dados referentes ao tempo médio de estadia em internamento um aumento do tempo médio de internamento em todas as ULS, oscilando apenas a dimensão desse aumento no número de dias. Esta conclusão sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação das ULS não se estão a refletir numa redução do tempo de internamento das populações que servem, sugerindo a necessidade de uma maior integração e interligação entre os profissionais dos vários níveis de cuidados, tendente a um melhor acompanhamento e monitorização do estado da saúde dos seus utentes, por exemplo vigilância e monitorização das doenças crónicas, que se traduziriam numa menor agudização das patologias prévias dos utentes e consequentemente menor necessidade de cuidados hospitalares, ou diferenciados, e menor número de dias de internamento. Pode-se acrescentar que o aumento do tempo de estadia, além dos prejuízos óbvios para o agravamento do estado geral do doente, vai também refletir-se na componente económico-financeira, aumentando os custos diretos com os cuidados que cada ULS tem com os seus utentes.

Respeitante aos dados relativos ao número de urgências realizados na globalidade das ULS, no período temporal em análise (2015-2018), conclui-se que os episódios de urgências foram aumentando progressivamente, em todas as ULS em estudo, sendo exetável, que este modelo de integração vertical de cuidados apresentasse uma notória descida do número de episódios de urgência resultante da dinâmica de interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Estes dados, são mais um contributo, para a conclusão de que a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados é deficitária ou incompleta.

Conclui-se que na dinâmica económico-financeira, os custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento aumentaram no decurso do quadriénio em estudo, indo colidir com a premissa de que a integração vertical dos cuidados de saúde permite a criação de uma estrutura ampliada com maior poder de intervenção no mercado, criando economias de escala, reduzindo o preço de muitos produtos consumíveis, como por exemplo a área do medicamento, na justa medida em que ele representa um dos maiores mananciais de consumo e potencial diminuição de preços, decorrente da compra de grandes volumes junto da indústria farmacêutica.

Contudo é indispensável, aduzir a todas as conclusões anteriormente apresentadas, que os resultados em análise, objeto de inferências, não apresentam uma tendência definida e definitiva, tal como não podem ser extrapolados para instituições e períodos temporais não contemplados.

De incluir também a existência de disparidades entre as diversas ULS em estudo, o que prognostica diferentes níveis de integração em termos totais, contudo já era previsível, e não constitui essa análise o foco deste estudo de investigação.

Da realização das entrevistas, ao conjunto dos 8 entrevistados, são muitas e relevantes as conclusões que se extraem.

Das vantagens óbvias deste modelo de integração, conclui-se que são a unificação dos órgãos de gestão dos dois níveis de cuidados e a integração vertical desses mesmos 2 níveis, revertendo essa mais-valia a nível funcional direto e de estrutura porque é o mesmo conselho de administração, portanto, a mesma estrutura orgânica diretiva que superentende as duas áreas de cuidados, os cuidados hospitalares e os cuidados primários. Aporta logo vantagens no domínio económico, mas também um conhecimento que se pode denominar por eclético, um conhecimento global de toda a população do distrito que se serve. Contudo salienta-se, que não são só vantagens, um problema prende-se com a articulação funcional, um facto sugerido por mais do que um dos entrevistados. Poderá

daqui inferir-se que a integração é um processo tipicamente de médio e longo prazo, não concretizável a curto prazo.

Perante a questão relativa ao domínio ou domínios, que incluem eficiência produtiva, qualidade dos serviços e desempenho económico-financeiro, qual ou quais saíram mais beneficiados neste modelo de governação, conclui-se que a economia de escala, constitui-se como maior ganho na integração vertical de cuidados. Existiram outros entrevistados que colocaram par a par a eficiência produtiva e a eficiência em termos económicos e financeiros, como ganhos resultantes desta matriz de governance.

Relativamente às maiores dificuldades que este modelo produz, conclui-se que, são efetivamente na interfuncionalidade, sobretudo na área de articulação e referenciação. Sugere-se a necessidade premente de uma melhor política de comunicação e envolvimento dos profissionais no processo de integração. A criação de uma cultura de integração nos profissionais é crítica para a interligação e coordenação das unidades funcionais.

No que concerne ao modelo de financiamento conclui-se, indubitavelmente, que está longe de ser o adequado, por manifesto subfinanciamento, em que nalgumas ULS é ainda exacerbado pelas variáveis de contexto, como a dispersão geográfica, por exemplo. Além de os valores per capita não serem revistos há um período muito dilatado, é crucial implementar uma reformulação do mesmo, associando uma componente de produção hospitalar, com objetivos e incentivos bem definidos. É na matriz desta reformulação que tem de se progredir na introdução de novas métricas e indicadores que resultam na aferição das mais-valias que são geradas pela prestação dos cuidados proporcionados pelas ULS e que se repercutem na qualidade de vida das pessoas, ou seja, os resultados que contribuem para a prevenção da doença e complicações que podem dela decorrer tendente ao objetivo máximo que é a criação de valor.

Pode também concluir-se que os sistemas de informação numa perspetiva de partilha pelos vários níveis de integração da prestação de cuidados, foi a área em que mais se desenvolveu, embora não tão desejável como o expetável. Há um erro crasso de base,

sendo indiscutível e inevitável a existência de um processo clínico eletrónico único, crítico para garantir o *continuum* de cuidados prestados aos utentes.

Face à questão que visa dar maior empoderamento ao utente/doente no que respeita à gestão da sua saúde/doença, qual será o contributo deste modelo para este desiderato, conclui-se que este é o modelo que serve de base concretamente para incrementar esse propósito, porque este modelo é aquele que permite, sem ínfima dúvida, ter o doente no centro do sistema.

Concretamente à questão que abordou a dinâmica gestão/integração/interligação dos vários níveis de prestadores de cuidados, apura-se a dificuldade de operacionalizar essa gestão, essa interligação, redundando muitas das dificuldades nos entraves protagonizados pelos próprios profissionais que constituem as ULS, desde de simples atos administrativos, até ao sentimento de pertença apenas à unidade em que trabalha e não um sentimento com uma perspetiva macro, ou seja, sentir-se um profissional que desempenha funções numa entidade que aglutina várias unidades.

Outra conclusão que se deduz é a mais-valia evidente que a integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais do concelho), constitui significativa importância a inclusão de um vogal que representa os municípios no CA, no sentido de integrá-los, na dinâmica da saúde, pois eles também são agentes indispensáveis na promoção e na prevenção da doença, essencialmente.

Por fim, se as ULS constituem um modelo de futuro determina-se que, embora com respostas mais enfáticas do que outras, é transversal que constituem um modelo organizativo e administrativo com perspetivas de se consolidarem, embora haja relutância que se ampara no que os vários intervenientes que gizam e determinam o seu futuro, exemplo MS, queiram fazer com as ULS. Essas mesmas relutâncias vão buscar o seu manancial ao passado de implementação das ULS, em que algumas, ou a maioria, foram constituídas inopinadamente e outras encontram as suas indefinições no tempo presente, relacionadas com o seu modelo de financiamento e escassez de legislação própria.

6. Limitações do estudo

Com base no desenvolvimento da investigação torna-se obrigatório ter presente o abordar de algumas limitações ou constrangimentos. Não foi possível obter dados acerca do tempo de espera para marcação e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, o que se torna uma limitação do estudo, pois conhecer o tempo medio de espera é um indicador de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde relevante pelo fato de uma grande percentagem das decisões médicas se basearem em resultados de exames laboratoriais, procedimentos considerados minimamente invasivos, que podem ser considerados como sendo a ferramenta de elevada relação custo/efetividade para serem utilizados para fins de diagnóstico, prognóstico e prevenção.

Não foi possível entrevistar o presidente do CA da ULS de Castelo Branco por manifesta recusa, pese embora teria toda a pertinência e enquadramento por se tratar de uma ULS do interior de Portugal com as idiosincrasias inerentes, na justa medida que foi possível concretizar as entrevistas dos outros 4 presidentes dos CA das ULS em estudo.

A impossibilidade de efetivar a entrevista a outro perito este na área dos centros hospitalares, mais concretamente à vogal do CA do CH Universitário do São João e embora a entrevista tivesse sido agendada por mais do que uma vez, não foi possível concretizá-la pela circunstância associada à pandemia COVID-19, uma vez que suspendeu todos os eventos não urgentes em meio hospitalar e, simultaneamente, implicou uma total dedicação, por parte dos gestores, para reorganizar serviços e estabelecer prioridades criadas por esta circunstância única e totalmente inesperada.

7. Bibliografia

Ackerman, K. (1992). *III – The movement toward vertically integrated regional health systems*. *Health Care Management Review*. 17: 3; 81-88.

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2009). *Unidades Locais de Saúde – Modalidade de Pagamento: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização*; Lisboa.

Administração Central dos Serviços de Saúde, ACSS. (2013). Recuperado de: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_2013_CSP.pdf

Administração Central dos Serviços de Saúde, ACSS. (2014). Recuperado de: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>

Administração Central dos Serviços de Saúde, ACSS. (2014). *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, Lisboa: ACSS.

Administração Central dos Serviços de Saúde, ACSS. (2015). Recuperado de: <http://www.acss.min-saude.pt/>

Allsop, A., & Mulcahy, L. (1995). *Dealing with clinical complaints*. London: South Bank University. 135-143.

Amado, C.A.F., & Santos, S.P. (2009). *Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres*. *Health Policy*, 91, pp.43 – 56.

Amendoeira, J. (2009). *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades*. Santarém: Politécnico de Santarém.

Armitage, G. et al. (2009). Health systems integration: state of evidence. *International Journal of Integrated Care*. 17 : 9; 82.

Azevedo, H., & Mateus, C. (2014). *Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), pp.106 – 117. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000030>

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S., (2002). *O sector da Saúde em Portugal: funcionamento e caracterização sócio profissional*, Coimbra: Oficina do CES.

Barros, P. P., & Gomes, J.P. (2005). *Os sistemas nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Universidade Nova de Lisboa.

Barros, P. P. (2008). *As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal*. Iprisverbis. 4 1-8.

Barua, B. (2012) Recuperado de:

<http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraserca/Content/research-news/research/articles/why-we-wait-ff050612.pdf>

Bentes, M. (1998). *O Financiamento dos Hospitais*. Lisboa.

Biscaia, A. M. (2005). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Grande Prémio Fundação Astrazeneca 2005*.

Bonilla, M., & Rubio, V. (2000). Sistemas de ajuste por riesgo. *Revista Medica Uruguay*. 16: 2; 123-132.

Braveman, P., & Guskin, S. (2003). *Defining equity in health*. *J Epidemiology Community Health*, 254-258.

Brown, M., & Mccool, B. (1986). *Vertical integration: exploration of a popular strategic concept*. *Health Care Management Review*, 11: 4; 7-19.

Busse, R., Blumel, M., Kreinsen, D. S. & Annette, Z. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe - strategies, interventions and challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Byrne, M., & Ashton, C. (1999). Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Health Care Management*. Vol. 44:1, pp. 34 - 46.

Callado, A., Callado, A., Mendes, E. & Ceolin, A. (2012). *Sistemas de informação e estratégia em organizações agroindustriais*. Recuperado de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087374442012000100002&script=sci_arttext

Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 23 – 33.

Campos, A. C. (2005). Indicadores de desempenho económico na saúde. *Revista Qualidade em Saúde*, n.º23 Dezembro. Recuperado de: www.iqs.pt.

Campos, F., E., Machado, M., H., & Girardi, S., N. (2009). *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades*. Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24. Recuperado de: http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf

Campos, A., C., & Simões, J. (2014). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina.

Campos, L. (2018). *Uma Perspetiva sobre o Relatório da OCDE "Health at a Glance 2017"*. *Acta Medica Portuguesa*. 31(1):9-11. Recuperado de: <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/10111-32205-3-PB.pdf>

Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: El Psicoasesor.

CESifo Group Munich. (2003). *Ifo institute for economic research - Waiting for surgical operations*. *Journal for Institutional Comparisons*. 2: 1; 70-71. Recuperado de:

<https://www.cesifogroup.de/ifoHome/facts/DICE/Social-Policy/Health/Waiting-Lists/dice-rep-waitsurgical/fileBinary/dice-rep-wait-surgical.pdf>.

Clark, J.P., & Bierman, A.S. (2007). *Performance Measurement and Equity*. BMJ. 334: p.1333-4.

Coddington, D., Ackerman, F., & Moore, K. (2001). *Setting the record straight: physician networking is an effective strategy*. *Healthcare Financing Management*. 55: 7 (2001) 34-37.

Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg. (1947). *Julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg*. In: *Control Council Law*. Vol.10, nº2 (1949), p181-182. Recuperado de:

<http://www.gtp.org.br/new/documentos/nuremberg.pdf>.

Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Eilersten, T. B., Thiare, J. N., & Kramer, A. M. (2002). *Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions*. *International Journal of Integrated Care*, 2.

Conill, E. M. (2008). *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16.

Conrad, D., & Dowling, W. (1990). *Vertical integration in health services: theory and managerial implications*. *Health Care Management Review*. Vol. 15:4, pp. 9-22.

Conrad, D., & Shortell, S. (1996). *Integrated health systems: promise and performance*. *Frontiers of Health Services Management*. 13:1, 3-40.

Ferrera, J.M. C., Cebada, E. C., & Zamorano, L.R.M. (2014). *The effect of quality and socio-demographic variables on efficiency measures in primary health care*. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 15 (3), pp.289 – 302.

Costa, et al. (2009). *Definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009*. Lisboa.

Costa, B. J. G. (2014). *Indicadores de eficiência no sistema de saúde dos EUA*. (Doctoral dissertation).

Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica: Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Porto: Ousadias.

Decreto-lei nº 11/93. D.R. Série I-A. 12 (1993-01-15) 129-134 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-lei nº 156/99. Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.

Decreto-lei nº 207/99. D.R. I Série – A. 133 (9 – 6 – 1999) 3258-3264. – Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Decreto-lei nº 101/2006. D.R. Série I-A 109 (2006-06-06) 3856-3865 — Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Decreto-lei nº 318/2009. D.R. Iª Série. 212 (2-11-2009). Recuperado de:

<https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/106970981/details/maximized>

Delnou, D., Klazingal, N., & Velden, K. (2003). *Building integrated health system in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health system in transition*. *European Journal of Public Health*. 13: 3; 240-245.

Devers, K. et al. (1994). *Implementing organized delivery systems: an integration scorecard*. *Health Care Management Review*. 19: 3; 7-20.

Dias, A. da Costa (2015). *Integração de cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal: uma avaliação comparativa do modelo de unidade local de saúde*. (Dissertação

de mestrado, Universidade de Aveiro). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10773/15131>

Dias, F. M. B. da S. M. (2018). *O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: desafios e oportunidades* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências). Recuperado de: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36866>

DGS - Direção Geral da Saúde. (2011). *Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM-Cidadão Relatório, 2010*. Lisboa.

DGS - Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde*, Porto: ERS.

DGS - Direção Geral da Saúde. (2012). *Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM-Cidadão Relatório, 2011*. Lisboa. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-do-sistema-sim-cidadao-2011-gif.aspx>.

DGS - Direção Geral de Saúde. (2013). *Orientação 002/2013 - Processos Assistenciais Integrados*.

DGS - Direção Geral de Saúde. (2020). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados>

Donaldson, C., & Gerard, K. (2005). *Economics of Health Care Financing*. The Visible Hand, Palgrave Macmillan.

Duffy, J. (1996). *Information technology needs for integrated delivery systems*. Healthcare Financial Management., Vol. 50:7, pp. 30-31.

Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório*. Porto.

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Relatório da Atividade Regulatória de 2008*; Porto.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde*. Porto: ERS.

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Regulamento que estabelece as regras aplicáveis ao procedimento de tratamento de reclamações sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*. Recuperado de:

<https://dre.pt/pesquisa//search/66479036/details/normal?l=1>

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. Porto: ERS.

Escoval, A. (1999). *Sistemas de Financiamento da Saúde – Análise e Tendências*. (Dissertação Para a Obtenção do Grau de Mestre em Ciências Empresariais, apresentada ao Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa, Edição de Associação Portuguesa de Economia da Saúde). Lisboa.

Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização: fatores críticos do contexto português*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Escoval, A., Matos, T., Ferreira, A., S., & Lourenço, A. (2010). Contratualização interna vs. Contratualização externa. Volume temático Contratualização na saúde. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 9: 161-179.

Escoval, A., Ribeiro, R., Matos, T., & Lívio, A. (2012). *Contratualização em Cuidados Continuados Integrados*. Revisão das práticas internacionais. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

European Observatory on health Systems and Policies. (2013). *Health systems in transition (hit) profile of Portugal update on user charges updates by Pedro Pita Barros*. Recuperado de:

<http://hspm.org/countries/portugal25062012/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure&Type=Section>

Evans, J., Baker, G., Berta, W., & Barnsley, J. (2013). *The Evolution of Integrated Healthcare Strategies*. Academy of Management Proceedings, 2013 (1), 13931 – 13931.

Ferreira, F. A. G. (1989). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento – Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo: o Caso Particular de Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Ferreira, A. S., & Teixeira, M. (2011). *Evolução recente da situação económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde- enquadramento do atual contexto*. Recuperado de:

http://www.apes.pt/user_files/Evolu%C3%A7%C3%A3o_recente_da_SEF_do_SNS_Nov_2011.pdf

Ferreira, A.M. (2012). *O efeito do tempo de espera na procura de cuidados de saúde. Evidência em pírica para Portugal*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra).

Fleury, M. (2006). *Integrated service networks: the Quebec case*. Health Service Management Resource. 19: 3; 153-165.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Franco, M. J. (2006). *O Conhecimento em Rede como um Novo Paradigma dentro das Organizações: Definição, Tipologia e Modelo de Análise*. 4º Congresso Nacional da Administração Pública – Novos Modelos de Administração Pública. Lisboa: Instituto Nacional de Administração (INA).

Galvin, L. (1995). *Achieving successful integration*. Healthcare Executive. Vol. 10:1, pp. 38-39.

Gillies, R., et al. (1993). *Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital and Health Services Administration*. Vol. 38:4, pp. 467-489.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito, teoria e prática*. Oeiras. Celta Editora.

Globerman, S. (2013). *Reducing wait times for health care: what Canada can learn from theory and international experience*. Vancouver, CA: Fraser Institute.

Golin, C. E., Dimatteo, M. R., & Gelbert, L. (1996). *The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care*. *Diabetes care*, v. 9, n. 10, p. 1153 – 1154.

Goodson, J.D., Bierman, A.S., Fein, O., Rask, K., Rich, E.C., & Selker, H.P. (2001). The Future of Capitation: The Physician Role in Managing Change in Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), pp. 250-256.

Gröne, O., & Barbero-Garcia, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. Temático: 1, 1-10.

Giuffrida, A., & Gravelle, H. (2001). *Measuring performance in primary care: econometric analysis and DEA*. *Applied Economics*, (33), pp.163–175. Recuperado de: <http://eprints.whiterose.ac.uk/51754/>.

Guerra, I. C. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo- Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.

Gomes, J.P.M. (2017). *Medição da eficiência na Saúde*. (Dissertação de Doutoramento, Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas). Recuperado de: [file:///C:/Users/Manuel/Downloads/UBI_17022017_Final%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Manuel/Downloads/UBI_17022017_Final%20(3).pdf)

Goodson, J.D., Bierman, A.S., Fein, O., Rask, K., Rich, E.C., & Selker, H.P. (2001). The Future of Capitation: The Physician Role in Managing Change in Practice. *Journal of General Internal Medicine*. 16(4), pp. 250-256.

Gurbaxani, V., & Whang, S. (1991). *The impact of information systems on organizations and markets*. In: Communications of ACM. Vol.34

Harfouche, A. (2010). *Opções políticas em saúde: Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.

Harvey, N., & DePue, D. (1997). *Disease management: a continuum*. *Healthcare Financial Management*. Vol. 51:6, pp. 35-37.

Helfert, E. A. (2000). *Técnicas de análise financeira: um guia prático para medir desempenho dos negócios*. Artmed Editora, SA. Brasil.

Henriques, T. G. P. (2012). *Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconómico*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1 – 60.

Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. OECD - Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee.

Hollingsworth, B., & Street, A. (2006). *The market for efficiency analysis of health care organisations*. *Health Economics*, 15, pp.1055 – 1059.

Jacobs, R. (2001). *Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: Data Envelopment Analysis and Stochastic Frontier Analysis*. *Health Care Management Science*, 4 (2), 103 – 115.

Johar, M. et al. (2010). *The demand for private health insurance: do waiting lists or waiting times matter?*. Centre for Health Economics Research and Evaluation (CHERE).

Justo, C. (2004). *Acesso aos cuidados de saúde: porque esperamos? Contribuição para o estudo do acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Campo da Comunicação.

Kodner, D. (1999). *Integrated long care systems in the new millennium: fact or fiction? In: Summer Series on Aging, Philadelphia*. Philadelphia, PA: American Society on Aging.

Kodner, D., & Kyriacou, C. (2000). *Fully integrated care for frail elderly: two American models. International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, pp. 1-19.

Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2004). *Sistemas de Informação Gerenciais*. São Paulo: PrenticeHall.

Lawrence, P., & Lorsch, J. (1967). *Differentiation and integration in complex organizations*. *Administrative Science Quarterly*, 12: 1 (1967) 1-47.

Leatt, P., Pink, G., & Guerriere, M. (2000). *Towards a Canadian model of integrated healthcare. Healthcare Papers*. 1: 2; 13.

Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro. Diário da República. *Regime Jurídico da Gestão Hospitalar*.

Lobo, P. A. A. P. B. (2007). *Cuidados de Saúde Diferenciados: aplicação da gestão por processos*.

Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). *Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Lucena, D., Gouveia, M., & Barros, P. (1996). O que é diferente no sector da saúde? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 14: 3 (1996) 21-23.

Matos, I. (2013). *Análise comparativa do impacto das ULS [Unidades Locais de Saúde] e dos Aces [Agrupamentos de Centros de Saúde] no processo de articulação entre os Cuidados de*

Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de:

<https://run.unl.pt/handle/10362/11515>

Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008) *Relatório de monitorização do desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados em 2007*. Recuperado de:

<http://apfio.pt/GrupoTrabalho/RelMonitorizacao.pdf>

Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). *Unidades Locais de Saúde: modalidade de pagamento: unidade operacional de financiamento e contratualização*. [internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério Saúde. Recuperado de:

<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf>

Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Departamento de Planeamento em Saúde. *Manual do processo de contratualização – hospitais e uls*. Lisboa: Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Serviços de Saúde.

Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. (2010). *Modalidade de Pagamento da Unidades Locais de Saúde Contrato-Programa 2010-2012*. Recuperado de:

http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Modalidade%20de%20Pagamento%20ULS%202010_12n.pdf.

Mckee, M., & Nolte, E. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Brussels: The European Observatory on Health Systems and Policies. Recuperado de:

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.

Mendes, E. V. (2009). *Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde*. In: conselho nacional de secretários de saúde. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS. (Anexo II).

Minayo, M. C. S. (2012). *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621 – 626. Doi:10.1590/S1413-81232012000300007

Moschandreas, M. (1994). *Business economics*. New York: Thomson

Neto, M. J., & Corte-Real, J. (s.d). *A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*.

NHS European Office. (2011). *The search for low-cost integrated healthcare The Alzira model – from the region of Valencia*. The NHS Confederation.

Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., & Ramos, V. (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Cidadania e Saúde*; Recuperado de: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2003_OPSS.pdf

Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa. (1986). *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Genebra: OMS. Recuperado de: <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/carta%20de%20ottawa.htm>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS, 1978, p.3.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). *Estabelecendo e monitorando referenciais de desempenho em recursos humanos em saúde: abordagem sobre a densidade da força de trabalho*. OMS, p.1. Recuperado de:

https://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_PO.pdf?ua=1

Ovretveit, J. (1998). *Integrated care: models and issues: briefing paper. Gothenburg: The Nordic School of Public Health.*

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pedersen, C.A., Rich, E.C., Kralewski, J., Feldman, R., Dowd, B., & Bernhardt, T.S. (2000). *Primary care physician incentives in medical group practices*. *Archives of Family Medicine*, 9 (5), pp. 458-62.

Peikes, D. et al. (2009). *Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries*. *Journal of the American Medical Association*. 301: 6, 603-618.

Pisco, L.; Biscaia, J. L. (2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume Temático: 2, 43-51.

Plano Nacional de Saúde 2011-2016. (2010). *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. Évora.

Portaria 45/2008. D.R. Iª Série. 10 (2008-01-15) 526-536 - Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro.

Portaria n.º 153/2017 – Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04.

Portugal. Ministério da Saúde. ACSS (2014). *Circular Normativa nº13/2014/DPS/ACSS. (06/02/2014) 1 – 92 – Estabelece as regras de faturação do Contrato-Programa 2014, pelas*

instituições hospitalares, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).
Administração Central do Sistema de Saúde. Recuperado de:

http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN13_2014.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. (2011). *Entidade Reguladora da Saúde - Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde: relatório preliminar I*. Porto. Recuperado de: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf.

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. 5ªed ed. Loures: Lusociência.

Projeto Lei N.º 397/IX (Cria o Provedor da Saúde). Recuperado de: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=61485230634446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7653566776644756346447397a4c33427162444d354e79314a5743356b62324d3d&fich=pjl397-IX.doc&Inline=true>

Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Paulus, A. (2003). *Integrated Care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.

Raleigh, V., Bardsley, M., Smith, P., Wistow, G., Wittenberg, R., Erens, B. & Mays, N. (2014). *Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care-Final Report*. Recuperado de:

<http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC%20and%20support%20Pioneers-Indicators.pdf>

Reader, T., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). *Systematic review Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy*. *BMJ Quality & Safety*. 23, 678-689. doi:10.1136/bmjqs-2013-002437.

Reis, V. (2005). *Vamos reconstruir o arquipélago?* *Revista Prémio*, 45.

Reis, V., (2010). Cuidados de Saúde: da Universalidade da Cobertura à Integração da Prestação. *Cidade Solidária: Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. 23, 115-121.

Rego, A., Cunha, M. P., & Meyer, V. (2018). *Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação*. *RGPLP*, vol.17, n.2, pp.43-57. ISSN 1645-4464.

Rice, K. et al. (2010). *Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial*. *Am J Respir Crit Care Med*. Vol. 182:7, pp. 890-6.

Rosen, R., & Ham, C. (2008). *Integrated Care: Lessons from Evidence and Experience*. The Nuffield Trust. 1-15. Recuperado de:

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/integrated-carelessons-from-evidence-and-experience-nov2008.pdf>

Rosen, A. et al. (2011). *Identifying future high-healthcare users*. *Disease Management and Health Outcomes*. Vol. 13:2, pp. 117-127.

Sandelowski, M., & Barroso J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing.

Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 7, 29-56.

Santana, R. (2008). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde*. (Tese de candidatura ao grau de Doutor em saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública).

Santana, R., Costa, C., Marques, A. P., & Lopes, S. (2009). *Projeto de definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde*. Relatório I - Revisão de Literatura. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública e Administração Central do Sistema de Saúde.

Santana, P., & Vaz, A. (2009). *Planeamento e Gestão de Recursos Humanos*. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal (Eds.), *Governança dos Hospitais* (pp.127-148). Lisboa: Casa das Letras.

Santana, R., Marques, A. P., Lopes, S., & Barreto, X. (2010). *Projeto de definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde*. Relatório III - Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública e Administração Central do Sistema de Saúde.

Santana, P. (2010). *Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde*. In J. Simões (Ed.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 21-81). Coimbra: Almedina.

Santana, R. (2011). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*. Lisboa.

Santana, P. (2014). *A saúde dos portugueses*. In A.C. Campos & J. Simões (Eds.), *40 Anos de Abril na Saúde* (pp.69-92). Coimbra: Almedina.

Santos, V. S. Alves (2015). *Integração vertical de cuidados: o impacto nos custos do internamento hospitalar* (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/16308>

Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 4ª ed. New York: John Wiley & Sons.

Simões, J. et al. (2014). *40 Anos de abril na Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.

Shortell, S. (1988). *Management partnerships: improving patient care in healthcare organizations of the future*. *Healthcare Management Forum*. 1 : 2 Supp; 17-20.

Shortell, S. et al. (1993). *Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators*. *Hospital and Health Services Administration*. 38: 4; 447-466.

Shortell, S. et al. (2000). *Integrating health care delivery. Healthcare Forum Journal*. 43: 6; 35-39.

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho – Prefácio de António Correia de Campos*. Edições Almedina.

Sobczak, A. (2002). Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2: 1; 1-10.

Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press.

Stille, C. J., Jerant, A., Bell, D., Meltzer, D., & Elmore, J. G. (2005). *Coordinating Care across Diseases, Settings, and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice. Annals of Internal Medicine*, 142(8), 700–708.

Suter, E., Hyman, M., & Oelke, N. (2007). *Measuring key integration outcomes: a case study of a large urban health center. Health Care Management Review*. 32: 3; 226-235.

Thaldorf, C., & Liberman, A. (2007). *Integration of health care organizations: using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health systems. The health care manager*, 26(2), 116–27.

Wan, T., Lin, B., & Ma, A. (2002). *Integration mechanism and hospital efficiency in integrated Health care delivery systems. Journal of Medical Systems*. 26: 2 (2002) 127-143.

World Health Organization (WHO). (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions- building blocks for action: global report*.

World Health Organization (WHO). (2008). *European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, health and wealth*. Tallin, Estonia.

World Health Organization (WHO). (2012). *Social Determinants of Health*.

World Health Organization (WHO). (2019). Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de:<https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

Williams, J. (1992). *Guidelines for managing integration*. *Healthcare Forum Journal*. Vol. 35:2, pp. 39-47.

Wheller, J. et al. (1999). *Financial and organizational determinants of hospital diversification into sub-acute care*. *Health Services Research*. 34 : 1; 61-81.

8. Anexos

ANEXO A

GUIÃO DA ENTREVISTA

Escola de Doutorado – Universidade Leon

Unidades Locais de Saúde – A Perceção e a Realidade de um Modelo Organizacional

(João Cruz, Helena Pimentel, Susana Rodríguez, Anabelén Casares, 7 Novembro 2019)

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

1. Antes da Entrevista ¹

Analisar e resumir, numa página, a informação recolhida, de modo a ter um conhecimento aprofundado acerca da pessoa que vai ser entrevistada, o seu currículo académico, experiência e percurso profissional, participação em conferências e congressos, emanações públicas e artigos de opinião.

2. Durante a Entrevista ²

Expor à pessoa qual a finalidade/objetivo da entrevista. O entrevistador deve fazer-se acompanhar da página resumo que preparou previamente, para ter sempre presente durante a entrevista os aspetos mais relevantes de cada entrevistado tendo em vista os objetivos/temas a aprofundar. As questões a formular estão descritas mais adiante (ver guião da entrevista).

3. Após a Entrevista ³

O entrevistador deve escrever um texto curto sobre a sua apreciação global da entrevista, nomeadamente o modo como a entrevista decorreu, o comportamento do entrevistado e a qualidade da conversação face ao objetivo estabelecido.

1. Preparar o terreno

2. Espaço e tempo: local e hora a definir com a pessoa. Assegurar um local que reúna as condições necessárias para a realização da entrevista, nomeadamente privacidade, isolamento de ruído, entre outros.

3. Colocar em destaque o contexto (espaço e tempo, lugar e hora) em que a entrevista decorreu, bem como os aspetos mais positivos e negativos.

Parte 1 – Modelo organizacional ULS e impactos da sua dinâmica de gestão

Orientações para o entrevistador: compreender quais foram as repercussões com a criação da ULS, quais os ganhos e as insuficiências de gestão, organização e resultados deste modelo na ótica de quem o lidera.

- Fale-me, por favor, quais são as maiores vantagens deste modelo de gestão?
- Fale-me agora de quais são, na sua ótica de gestor, as maiores valias/ganhos que a integração dos vários níveis de cuidados gera?
- Quais são as dinâmicas de gestão resultantes deste modelo que geram resultados nos vários domínios: eficiência produtiva, qualidade dos serviços e desempenho económico-financeiro
- Quais são as maiores dificuldades, na sua opinião, que este modelo produz?

Parte 2 – Modelo de financiamento

Orientações para o entrevistador: compreender de que modo o modelo de financiamento se repercute em toda a gestão e organização da ULS, se é ajustado e beneficia o seu desempenho.

- Fale-me, por favor, do modelo de financiamento das ULS.

- Considera que este modelo de financiamento, perante a realidade e as especificidades que lhe estão subjacentes à ULS é adequado?
- Face à sua experiência, qual seria o modelo que melhor se adequaria?

Parte 3 – Sistemas de informação

Orientações para o entrevistador: compreender de que modo os sistemas de informação e comunicação se interligam pelos vários níveis de cuidados e as repercussões que geram a nível da gestão dos cuidados e o acesso à informação por parte dos utentes/doentes, no intuito de saber se está a gerar uma “confiança informada” vs uma “confiança cega” visando um modelo informativo na relação entre utente/doente e profissionais de saúde.

- Olhando para o percurso, tendo em conta a data de criação desta ULS, como perspetiva neste modelo de organização a partilha de informação pelos vários níveis de integração da prestação de cuidados?
- Visando dar maior empoderamento ao utente/doente informando-o no que respeita à gestão da sua saúde/doença como este modelo contribui para este desiderato/desafio?

Parte 4 – Gestão dos recursos humanos e materiais. Satisfação dos profissionais de saúde.

Orientações para o entrevistador: compreender de que modo é feita a gestão dos recursos ao nível técnico, humano e materiais numa entidade de âmbito tão lato de prestadores e tão necessitada de vários recursos materiais indispensáveis à prática. Quais são as sinergias que proporcionam mais e melhor gestão de ambos os recursos e como é percecionada a satisfação dos vários colaboradores neste modelo de governança.

- Fale-me, por favor, como é feita e as estratégias utilizadas a nível da gestão dos recursos humanos numa entidade tão vasta e heterogénea?

- E a gestão respeitante aos recursos materiais?
- Como percebe a satisfação dos vários colaboradores neste modelo de governança?

Parte 5 – Dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados

Orientações para o entrevistador: perceber e compreender como numa entidade tão heterogênea os vários níveis de cuidados, as autonomias e identidades são preservadas e articuladas.

- Fale-me, por favor, como dentro de uma estrutura que integra vários níveis de cuidados como as autonomias e identidades dos vários níveis de cuidados se posicionam e preservam, visando encontrar-se um equilíbrio, sem hegemonias e articulando-se.

Parte 6 – Responsabilização do CA/integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais do concelho)

Orientações para o entrevistador: compreender se neste modelo a responsabilização do CA é maior. Compreender se a ligação/interligação aos intervenientes locais representa uma efetiva qualidade no planeamento dos cuidados.

- Fale-me, por favor, se o modelo de responsabilização do conselho de administração é maior neste modelo de governação em comparação com outros?
- Fale-me, por favor, se a integração dos municípios no modelo de gestão representa uma maior qualidade, competência e ganhos no planeamento dos cuidados e na sua adequação?

Parte 7 – Criação/Transferência de conhecimentos

Orientações para o entrevistador: perceber se este modelo facilita ou agiliza o estreitar de parcerias e sinergias com os sistemas de ensino e de investigação visando a produção de conhecimento e a captação de projetos.

- Fale-me, por favor, se este modelo facilita ou é gerador de aproximação aos sistemas de investigação e outras entidades e se representa uma mais-valia para a criação de agendas de investigação e inovação ligadas à saúde?

Finalização da entrevista

Orientações para o entrevistador: esta parte da entrevista está orientada para a perspectiva de futuro da ULS e se o seu modelo organizacional deve ser mantido ou reestruturado ou ampliado a outras realidades do país.

Antes de finalizar a entrevista e depois de todas as opiniões e perspectivas que emanou, gostaria de o ouvir numa perspectiva de futuro.

- Com base em toda a sua experiência, todo o seu know-how em gestão, considera que as ULS serão um modelo de futuro?
- Quais as estratégias e as políticas necessárias para otimizar e rentabilizar ao máximo este modelo de gestão em saúde?
- Há algum aspeto que não tenha sido falado e gostasse de incluir antes de terminarmos a nossa conversa?

Muito grato pela sua colaboração!

ANEXO B**SOLICITAÇÃO DE DADOS À ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**

Exa Sr^a. Diretora da Entidade Reguladora da Saúde

Assunto: Autorização para obter dados relativos às Unidades Locais de Saúde para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do segundo ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a que providencie autorização para aceder a informação referente às Unidades Locais de Saúde, conforme documento em anexo.

Esta informação tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento da minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo” e pretende analisar o desempenho das Unidades Locais de Saúde ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Anabelén Casares, Professora Doutora Susana Rodriguez e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

João da Cruz

Dados relativos às seguintes Unidades Locais de Saúde com **periodicidade anual**:

- **ULS Matosinhos** - desde **1999 até 2018**
- **ULS Alto Minho** – desde **2008 até 2018**
- **ULS Guarda** – desde **2008 até 2018**
- **ULS Castelo Branco** – desde **2009 até 2018**
- **ULS Nordeste** – desde **2011 até 2018**

Relativamente:

A) Qualidade dos serviços:

- Número de reclamações em cada ULS nos períodos acima referidos;
- Assuntos mais visados nessas reclamações, respeitantes a cada ULS, nos períodos referidos.

ANEXO C**SOLICITAÇÃO DE DADOS À AUTORIDADE CENTRAL SISTEMA SAÚDE**

Ex.º Sr.º Diretor da Administração Central do Sistema de Saúde

Assunto: Autorização para obter dados relativos às Unidades Locais de Saúde para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do segundo ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª que providencie autorização para aceder a informação referente às Unidades Locais de Saúde, conforme documento em anexo.

Esta informação tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento da minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo” e pretende analisar o desempenho das Unidades Locais de Saúde ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Anabelén Casares, Professora Doutora Susana Rodriguez e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

João da Cruz

Dados relativos às seguintes Unidades Locais de Saúde com **periodicidade anual**:

- **ULS Matosinhos** - desde **1999 até 2018**
- **ULS Alto Minho** – desde **2008 até 2018**
- **ULS Guarda** – desde **2008 até 2018**
- **ULS Castelo Branco** – desde **2009 até 2018**
- **ULS Nordeste** – desde **2011 até 2018**

Relativamente:

A) Acesso dos cidadãos aos cuidados de Saúde:

- Número de médicos e número de enfermeiros em tempo completo por 1000 habitantes;
- Tempo medio de espera para marcação e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Tempo medio de espera para marcação e realização de uma consulta externa de especialidade;
- Tempo medio de espera para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do sistema integrado gestão inscritos em cirurgia (SIGIC).

B) Eficiência Produtiva:

- Rácio de enfermeiros por médicos;
- Número total de cirurgias em ambulatório;
- Número total de cirurgias em internamento;
- Tempo médio de estadia em internamento;
- Número total de doentes internados;
- Número total de internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis;
- Número total de primeiras consultas (agregado por especialidade);
- Número total de consultas subsequentes (agregado por especialidade).

C) Desempenho económico-financeiro

- Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento;
- Custos operacionais com meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Custos operacionais com recursos humanos;
- Prazo medio de pagamento aos fornecedores.

ANEXO D**SOLICITAÇÃO DO AGENDAMENTO DE ENTREVISTA AOS ELEMENTOS DO CA
DAS ULS EM ESTUDO**

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Matosinhos

Assunto: Solicitação de agendamento de entrevista para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, sou aluno do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança onde estou a desenvolver a minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo”

O objetivo do estudo direciona-se no sentido da perceção de eventuais ganhos efetivos resultantes da integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares tendo como objetivos primordiais analisar o desempenho das ULS ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Venho por este meio solicitar a melhor compreensão de V. Ex.^a. no sentido de solicitar o agendamento de uma entrevista, cujo principal objetivo será o aprofundamento de algumas questões em relação à ULS da Guarda.

Pelo conhecimento e experiência que tem acerca da realidade da ULS, o contributo de V. Ex.^a. será crítico para a prossecução deste trabalho pelo que, desde já agradeço a sua colaboração.

Sem mais de momento,

Apresento os meus melhores cumprimentos e aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Alto Minho

Assunto: Solicitação de agendamento de entrevista para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, sou aluno do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança onde estou a desenvolver a minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo”

O objetivo do estudo direciona-se no sentido da perceção de eventuais ganhos efetivos resultantes da integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares tendo como objetivos primordiais analisar o desempenho das ULS ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Venho por este meio solicitar a melhor compreensão de V. Ex.ª. no sentido de solicitar o agendamento de uma entrevista, cujo principal objetivo será o aprofundamento de algumas questões em relação à ULS do Alto Minho.

Pelo conhecimento e experiência que tem acerca da realidade da ULS, o contributo de V. Ex^ª. será crítico para a prossecução deste trabalho pelo que, desde já agradeço a sua colaboração.

Sem mais de momento,

Apresento os meus melhores cumprimentos e aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Castelo Branco

Assunto: Solicitação de agendamento de entrevista para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, sou aluno do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança onde estou a desenvolver a minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo”

O objetivo do estudo direciona-se no sentido da perceção de eventuais ganhos efetivos resultantes da integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares tendo como objetivos primordiais analisar o desempenho das ULS ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Venho por este meio solicitar a melhor compreensão de V. Ex.ª. no sentido de solicitar o agendamento de uma entrevista, cujo principal objetivo será o aprofundamento de algumas questões em relação à ULS de Castelo Branco.

Pelo conhecimento e experiência que tem acerca da realidade da ULS, o contributo de V. Ex^ª. será crítico para a prossecução deste trabalho pelo que, desde já agradeço a sua colaboração.

Sem mais de momento,

Apresento os meus melhores cumprimentos e aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.ª Presidente do Conselho de Administração da ULS Guarda

Assunto: Solicitação de agendamento de entrevista para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, sou aluno do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança onde estou a desenvolver a minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo”

O objetivo do estudo direciona-se no sentido da perceção de eventuais ganhos efetivos resultantes da integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares tendo como objetivos primordiais analisar o desempenho das ULS ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Venho por este meio solicitar a melhor compreensão de V. Ex.ª. no sentido de solicitar o agendamento de uma entrevista, cujo principal objetivo será o aprofundamento de algumas questões em relação à ULS da Guarda.

Pelo conhecimento e experiência que tem acerca da realidade da ULS, o contributo de V. Ex^ª. será crítico para a prossecução deste trabalho pelo que, desde já agradeço a sua colaboração.

Sem mais de momento,

Apresento os meus melhores cumprimentos e aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Nordeste

Assunto: Solicitação de agendamento de entrevista para estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde”.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, sou aluno do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança onde estou a desenvolver a minha tese de doutoramento intitulada “A perceção e a realidade de um modelo organizativo”

O objetivo do estudo direciona-se no sentido da perceção de eventuais ganhos efetivos resultantes da integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares tendo como objetivos primordiais analisar o desempenho das ULS ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Venho por este meio solicitar a melhor compreensão de V. Ex.ª. no sentido de solicitar o agendamento de uma entrevista, cujo principal objetivo será o aprofundamento de algumas questões em relação à ULS do Nordeste.

Pelo conhecimento e experiência que tem acerca da realidade da ULS, o contributo de V. Ex^a. será crítico para a prossecução deste trabalho pelo que, desde já agradeço a sua colaboração.

Sem mais de momento,

Apresento os meus melhores cumprimentos e aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

ANEXO E**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DAS ULS, PARA EFEITOS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO, DOS DADOS FORNECIDOS PELA ACSS**

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Matosinhos

Assunto: solicitação de identificação da ULS Matosinhos no meu estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde” dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS Matosinhos, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019/2020 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com **a identificação da instituição em causa**, ULS Matosinhos, na minha tese de doutoramento carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.^a pela importância da informação e pelo enriquecimento que **induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos**, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Matosinhos ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Nordeste

Assunto: solicitação de identificação da ULS Nordeste no meu estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde” dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS Nordeste, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019/2020 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com **a identificação da instituição em causa**, ULS Nordeste, na minha tese doutoral carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.ª pela importância da informação e pelo enriquecimento que **induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos**, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Nordeste ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Alto Minho

Assunto: solicitação de identificação da ULS do Alto Minho no meu estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde” dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS do Alto Minho, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019 pela Administração Central do Sistemas de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com a identificação da instituição em causa, ULS Alto Minho, na minha tese doutoral carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.ª pela importância da informação e pelo aporte de enriquecimento que induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Alto Minho ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Anabelén Casares, Professora Doutora Susana Rodriguez e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Castelo Branco

Assunto: solicitação de identificação da ULS do Alto Minho no meu estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde” dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS de Castelo Branco, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019 pela Administração Central do Sistemas de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com a identificação da instituição em causa, ULS Castelo Branco, na minha tese doutoral carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.ª pela importância da informação e pelo aporte de enriquecimento que induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Castelo Branco ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Anabelén Casares, Professora Doutora Susana Rodriguez e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda

Assunto: solicitação de identificação da ULS do Alto Minho no meu estudo de Doutoramento com o título “A perceção e a realidade de um modelo organizativo – Unidades Locais de Saúde” dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS da Guarda, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019 pela Administração Central do Sistemas de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com a identificação da instituição em causa, ULS Guarda, na minha tese doutoral carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.ª pela importância da informação e pelo aporte de enriquecimento que induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Guarda ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Anabelén Casares, Professora Doutora Susana Rodriguez e Professora Doutora Helena Pimentel.

Desde já agradeço a atenção dispensada e a colaboração ao meu pedido.

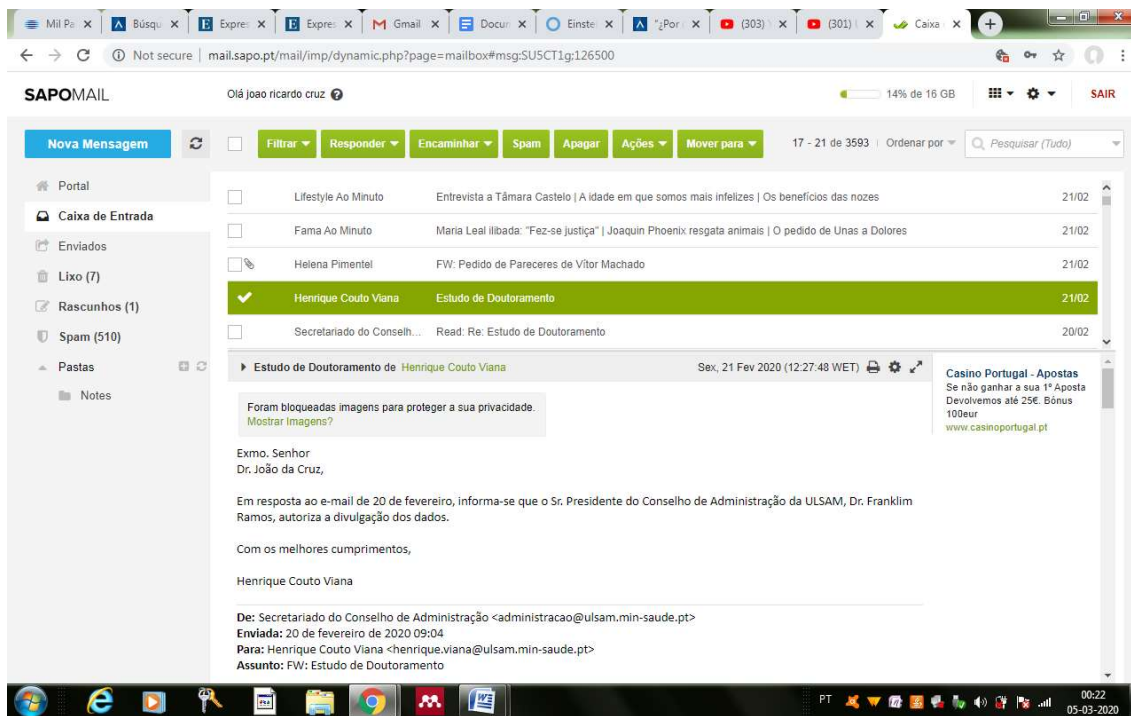
Deixo o meu contacto telefónico: 933953507 e mail: j_r_cruz@sapo.pt, para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

(João Ricardo Miranda da Cruz)

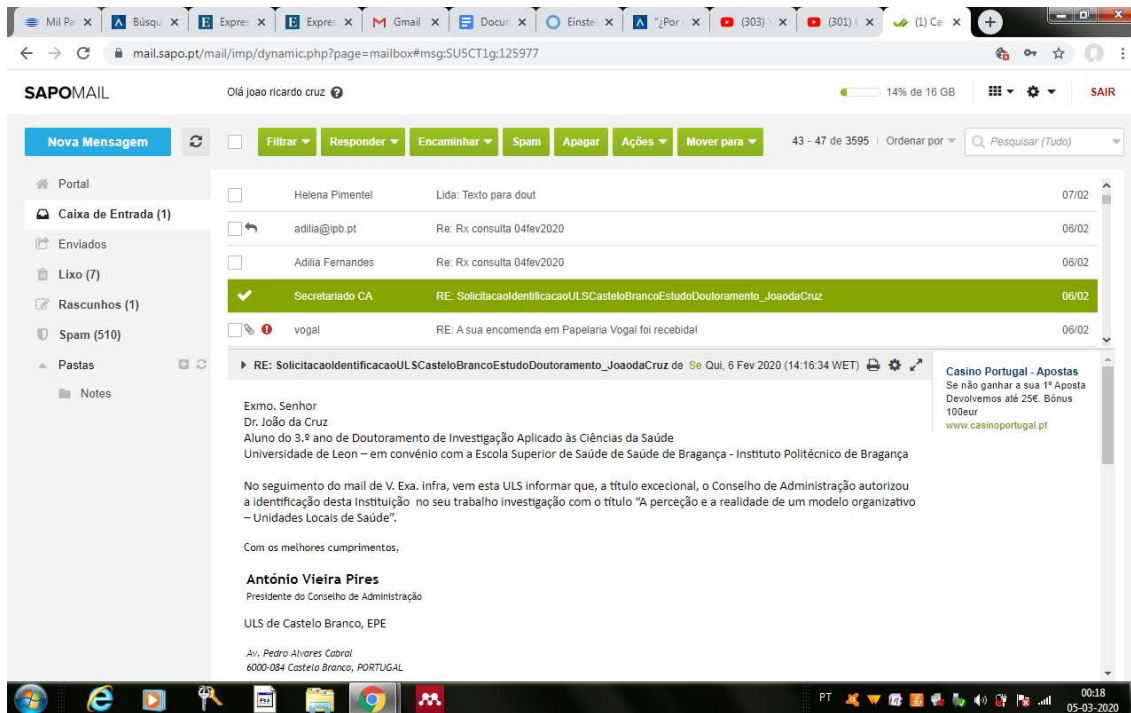
ANEXO F

AUTORIZAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DAS ULS, PARA EFEITOS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO, DOS DADOS FORNECIDOS PELA ACSS

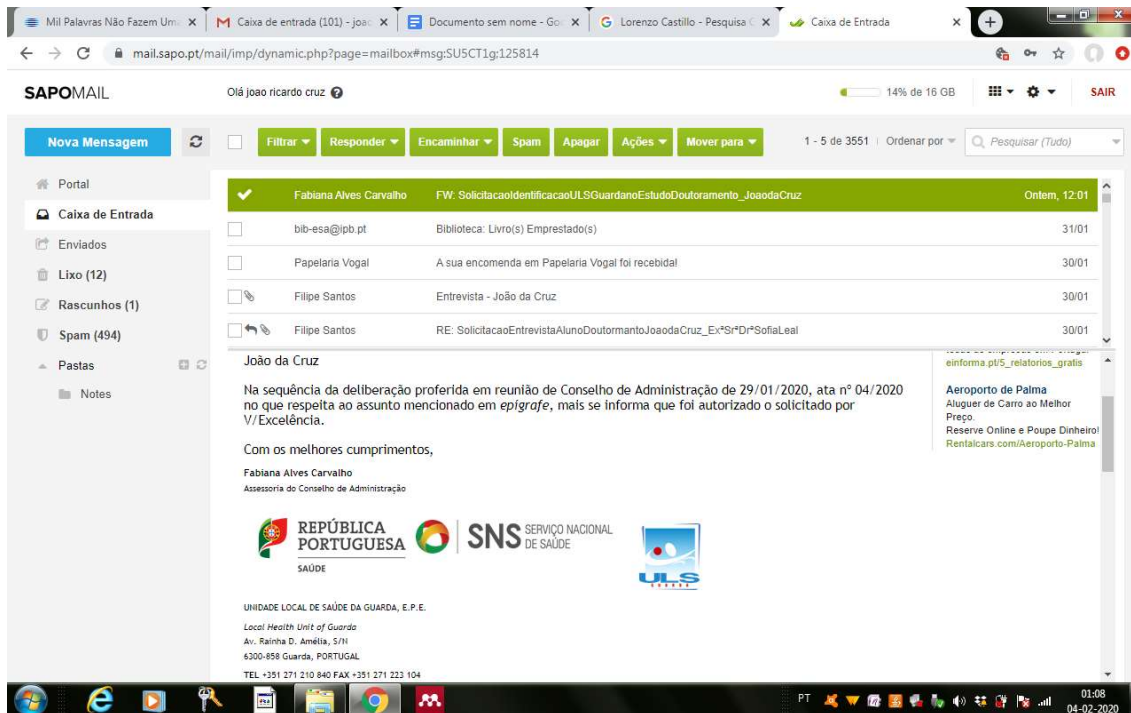
Autorização de identificação da ULS do Alto Minho, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS



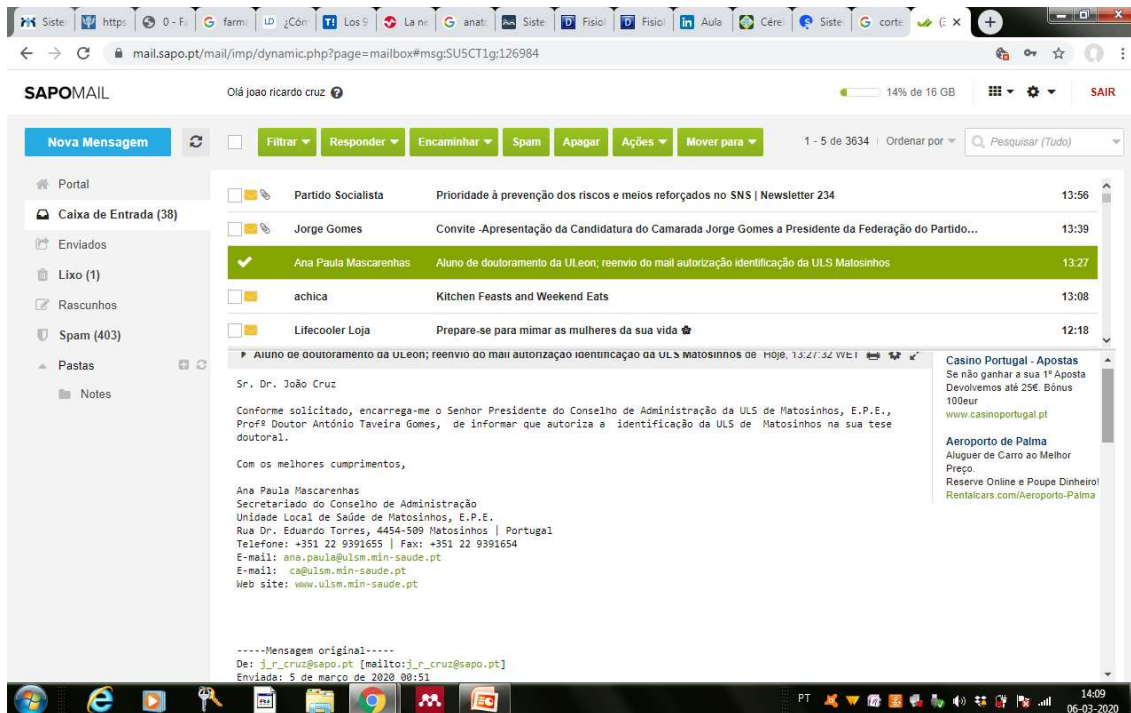
Autorização de identificação da ULS de Castelo Branco, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS



Autorização de identificação da ULS da Guarda, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS



Autorização de identificação da ULS Matosinhos, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS



Autorização de identificação da ULS do Nordeste, para efeitos de divulgação dos resultados do estudo, dos dados fornecidos pela ACSS

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração da ULS Nordeste

Assunto: **solicitação de identificação da ULS Nordeste no meu estudo de Doutoramento com o título "A percepção e a realidade de um modelo organizativo - Unidades Locais de Saúde" dos dados referentes à ULS supracitada facultados pela ACSS.**

Eu, João Ricardo Miranda da Cruz, no âmbito do terceiro ano do doutoramento de Investigação Aplicado às Ciências da Saúde, da Universidade de León em convénio com a Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para identificar a ULS Nordeste, no meu trabalho investigação, referente aos dados por mim solicitados e facultados no ano de 2019/2020 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Embora a informação dos dados por mim solicitados (em documento anexo) tenham sido facultados pela ACSS, a mesma entidade informou-me que a divulgação dos mesmos com a **identificação da instituição em causa, ULS Nordeste**, na minha tese doutoral carece de autorização do Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração.

Faço este pedido a V. Ex.ª pela importância da informação e pelo enriquecimento que **induz ao meu estudo de investigação a identificação da instituição concomitante com a apresentação dos dados obtidos**, pois este mesmo conjunto de informação pretende analisar o desempenho da ULS Nordeste ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços, eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Susana Rodriguez, Professora Doutora Anabelén Casares e Professora Doutora Helena Pimentel.

