

El debate sobre la sanidad en Portugal: entre lo público y lo privado, la solidaridad y la gestión empresarial¹

Maria Asensio*

Resumen

Durante los últimos treinta años han abundado en Portugal las iniciativas de regulación del sistema sanitario. El ímpetu inicial hacia el establecimiento de un Servicio Nacional de Salud, siguiendo el modelo clásico británico, fue debilitándose, al tiempo que iba fraguando un sistema de integración de los servicios sanitarios privados y los ofrecidos por las instituciones sociales sin ánimo de lucro. El actual Gobierno socialista ha hecho una apuesta por revitalizar algunos de los grandes principios que en su día inspiraron la creación del Servicio Nacional de Salud, diseñando un conjunto de estrategias orientadas hacia el reforzamiento de la universalidad, equidad y calidad del sistema sanitario. Sin embargo, la defensa del *statu quo* y del espacio ocupado por los proveedores privados de servicios sanitarios frena, y a la postre puede frustrar, el avance de las reformas en curso.

1. Introducción

La historia de las reformas sanitarias en Portugal durante los últimos veinte años pone de manifiesto un notable dinamismo y, como otras políticas sociales (por ejemplo, las pensiones), también la búsqueda permanente de un marco de funcionamiento institucional estable (Chuliá y Asensio, 2007). La evolución de las reformas sanitarias en Portugal durante el período democrático puede dividirse en tres períodos. El primero coincide con los primeros quince años de la democracia (1974-1989) y se caracteriza por el predominio de propuestas de reforma basadas en el modelo del *National Health Service* británico. En realidad, este primer período supone una continuación de los rasgos que marcaron la política sanitaria portuguesa desde 1971, año en que se esbozó legalmente lo que vendría a ser el Servicio Nacional de Salud (SNS), de impronta *beveridgeana* (esto es, universalista y público). El segundo período, que se abrió en 1990, se caracterizó principalmente por las tensiones entre las iniciativas políticas dirigidas a consolidar el modelo adoptado en el período previo y un conjunto de propuestas de reforma sanitaria favorables a la penetración de la gestión privada en la prestación de servicios sanitarios, e incluso a la privatización de los servicios públicos. Esta situación de debate y confrontación ideológica se mantuvo al menos hasta 2005, año que marca el intento de abrir una nueva fase marcada por las iniciativas sociales del Partido Socialista, que accedió al Gobierno tras las elecciones celebradas en febrero de ese año.

2. La creación del SNS portugués y la primera ola de reformas sanitarias (1974-1989)

Pese a la notable inestabilidad política de este período de la historia portuguesa reciente, cabe afirmar que los tres primeros lustros posteriores a la Revolución de 1974 suponen el desarrollo de un modelo de organización de salud que garantizara el

¹ Artículo publicado en *Revista Panorama Social*, 7, 2008.

* Investigadora funcionaria del Instituto Nacional de Administração (INA) de Portugal y asesora del Ministro de Salud entre marzo de 2005 y enero de 2008 (Maria.Asensio@ina.pt).

acceso a la sanidad como un derecho social. En esta fase de expansión democrática del Estado de Bienestar portugués, el principal objetivo de la política sanitaria consistió en disminuir las barreras en el acceso a los cuidados médicos, incrementando la oferta pública de prestaciones sanitarias.

La Constitución de la República, aprobada en 1976, establecía en su artículo 64 que “el derecho a la protección de la sanidad se realiza por la creación de un Servicio Nacional de Salud universal, general y gratuito...”. Con el reconocimiento constitucional de la sanidad como derecho social, la política sanitaria adquirió un perfil mucho más destacado y se aceleró un proceso que ya se perfilaba desde el inicio de la década de los años setenta, en el periodo final del salazarismo. El gasto público social saltó de 1,86 por cien en 1970 al 4,27 por cien en 1980. Con todo, comparando el gasto público sanitario de Portugal a principios de los años ochenta con el de otros países de la Unión Europea, llama la atención su reducido nivel (junto con Grecia y España, el más bajo de Europa). En cambio, el gasto privado sanitario de Portugal superó a partir de 1982 en más de un punto la media del gasto privado sanitario en la Unión Europea (Cuadro 1).

Cuadro 1. Evolución del gasto sanitario (público y privado) en porcentaje del PIB (1974-1989)

	Gasto público sanitarios (% PIB)		Gastos privado sanitario (% PIB)	
	Portugal	Media UE	Portugal	Media UE
1974	2,5	4,6	1,5	1,3
1975	3,2	5,0	2,2	1,3
1976	3,4	5,1	1,8	1,3
1977	3,3	5,2	1,4	1,3
1978	3,3	5,4	1,6	1,3
1979	3,3	5,4	1,5	1,2
1980	3,6	5,7	2,0	1,3
1981	3,8	5,9	2,1	1,4
1982	3,3	5,9	2,6	1,4
1983	2,9	5,8	2,6	1,5
1984	2,9	5,6	2,7	1,5
1985	3,3	5,6	2,7	1,5
1986	3,5	5,6	3,2	1,6
1987	3,3	5,6	3,1	1,7
1988	3,6	5,6	3,1	1,7
1989	3,3	5,5	2,9	1,7

Fuente: OECD Health Data 2002.

La organización del SNS en la década de los ochenta provocó inversiones públicas muy significativas en infraestructuras y recursos humanos. La construcción de decenas de nuevos hospitales y centenares de centros de salud, así como la firma de convenios y acuerdos con prestadores de cuidados y servicios privados indujeron un aumento creciente de los gastos del SNS, especialmente notable en los medicamentos. Con un retraso de aproximadamente tres décadas respecto a otros ciudadanos europeos, los portugueses pasaron a tener acceso a un servicio de salud estructurado y universal, así como a un sistema de copago de los medicamentos que cubría a toda la población (Correia de Campos, 2002; Correia de Campos y Ramos, 2005).

Esta primera fase de las políticas sanitarias portuguesas desembocó en la aprobación de la Ley de Bases de la Salud por la Asamblea de la República el 24 de Agosto de 1990². La Ley 48/90 articula el nuevo SNS en torno a cuatro rasgos institucionales clave: la universalización de la asistencia, la financiación con cargo a impuestos, la expansión e integración de las múltiples redes sanitarias públicas y la creación de las Administraciones Regionales de Salud (ARS). Los tres primeros rasgos institucionales del SNS portugués se derivan directamente del modelo británico pre-Thatcher. La adopción de este modelo, que pivota sobre un sistema nacional de salud financiado por el Estado y prestador de servicios sanitarios con carácter universal (a toda la población), general (incluyente de todas las enfermedades) y gratuito, respondió a la fuerte presión ejercida en este sentido por los partidos socialistas y comunistas, apoyada en una cultura de izquierdas, profundamente arraigada en Portugal.

Varios autores han apuntado, que la construcción del SNS esbozado en la Constitución nunca llegó a completarse debidamente en su componente legislativa³. Muchos de los compromisos formales de cambio institucional no se llevaron a la práctica posteriormente (Pita Barros, 1997). A pesar de las reformas legislativas aprobadas, la falta de compromiso de los Gobiernos de Portugal con los objetivos de reforma, unida a otros factores, tales como la débil capacidad de las instituciones del Estado, la inexistencia de una cultura universalista y el escaso crecimiento económico de Portugal durante esta primera fase democrática, contribuyen a explicar por qué el modelo de SNS formalmente adoptado en Portugal se aplicó de manera tan incompleta y defectuosa en la práctica.

3. La segunda ola de reformas sanitarias (1990-2004)

Mediada la década de los ochenta se comenzó a vislumbrar un cambio en el paradigma internacional de intervención en materia sanitaria, en respuesta a una transformación más general en la concepción predominante sobre el papel del Estado. Los efectos de la crisis económica que afectó a muchos países europeos y el aumento del déficit público reforzaron un nuevo paradigma emergente en materia de política económica, abiertamente desfavorable a la expansión del gasto público y al crecimiento del papel del Estado como proveedor de servicios públicos (Kanacos y McKee, 1998).

El impacto de este cambio de paradigma en Portugal fue notable. Los Gobiernos de Cavaco Silva (1985-1995) comenzaron a introducir medidas de política sanitaria favorables a la expansión de la financiación y la prestación privada. La rapidez con la que se implementaron estas reformas destaca sobre todo habida cuenta del atraso de varias décadas con el que se había verificado la ola de reformas previa, basada en el paradigma del SNS. Los compromisos internacionales y en concreto los derivados de la pertenencia a la Comunidad Europea, factor crucial del impulso económico en Portugal, ejercieron una presión política considerable sobre los Gobiernos portugueses (Abel-Smith et al., 1995). En un entorno económico internacional crecientemente competitivo,

² Sobre el proceso legislativo que concluyó con la aprobación de esta Ley de Bases, véase Pedroso de Lima et al. (2001).

³ Como refiere Correia de Campos (2002: 1080), “el SNS nunca alcanzó el atributo de gratuidad. La financiación pública de los cuidados de salud se ha complementado fuertemente por aportaciones soportadas por las familias, las empresas o los servicios (cerca del 40% de los gastos totales)”.

Portugal optó por moderar la expansión del gasto y permitir al sector privado ampliar su peso dentro del sistema sanitario, aun cuando el discurso político siguió subrayando la adhesión al modelo de SNS.

Si en la década de los años ochenta el objetivo esencial de la política de salud consistió en garantizar el acceso de todos los ciudadanos al sistema de salud, en la década de los noventa el propósito de la universalización abrió paso a los objetivos de mejora de la calidad de los servicios y eficiencia en la gestión de los recursos públicos destinados a financiar la sanidad (Lucena, Gouveia y Pita Varros, 1995). Estas preocupaciones por la calidad y la eficiencia se inscriben en el movimiento de iniciativas y estudios elaborados durante esa década en torno a las ideas de modernización administrativa y calidad total de los servicios públicos en el marco de los postulados generales de eficacia y eficiencia en la acción administrativa. El carácter universal y general del SNS nunca fue puesto en cuestión; sin embargo, la característica de la “gratuidad” adquirió un matiz importante, declarándose ahora la “tendencia hacia la gratuidad”. Las principales reformas que se introdujeron en la década de los noventa se centraron en el reconocimiento de un mayor protagonismo al sector privado en la prestación de los servicios sanitarios mayoritariamente de financiación pública (Antunes, 2002: 204-206). El gasto público creció a un ritmo más rápido que el gasto privado, alcanzando la media de la UE (Tabla 2).

En realidad, la Ley de Bases de la Salud de 1990 ya había alterado la filosofía del sistema, al atribuir a los ciudadanos la responsabilidad por la propia salud y el deber de promoverla y defenderla. Tanto las entidades privadas como los profesionales liberales se reconocieron entonces como parte integrante del sistema de sanidad y de la red nacional de prestación de cuidados sanitarios. A los profesionales del SNS se les reconocía la posibilidad de ejercer una actividad privada, excepto cuando se encontraran en régimen de dedicación exclusiva. La Ley consagraba asimismo el principio de gestión empresarial en las unidades de salud, al tiempo que ofrecía respaldo a experiencias innovadoras de administración de los servicios a través de contratos de gestión.

El Estatuto del SNS, aprobado por el Decreto de Ley nº 11/93, estableció la separación entre “servicio” y “sistema”. Conforme a esta norma, el Servicio (Nacional de Salud) es una pieza importante del Sistema de Salud, pero no exclusiva en la garantía del derecho a la salud, toda vez que del Sistema forman parte tanto agentes públicos como privados. Las administraciones regionales vieron reconocida en el Estatuto su importancia central en la organización administrativa de los servicios sanitarios dentro del territorio de su competencia, pero sin gestionar servicios ni prestar cuidados. El Estatuto contempló la posibilidad de delegar la gestión de las unidades de salud en empresas privadas o grupos de médicos, a través de un concurso público y estableciendo una remuneración conforme a unos valores predefinidos (Correia Campos 2002: 1081). Permitted al personal de las unidades públicas trabajar en el sector privado, sin pérdida de vínculo, a través de una licencia sin remuneración. Y también estableció las bases, e incluso previó incentivos, para el desarrollo de seguros alternativos (*opting-out*) al público⁴. Al mismo tiempo abrió la puerta a la

⁴ El Decreto- Ley 401/98, de 17 de Diciembre, vino a crear la posibilidad de subsistemas *opting-out*, es decir, de mecanismos de cobertura integral de la salud para segmentos de la población definidos por criterios ocupacionales, geográficos u otros. Organizaciones como el SAMS --sindicato de los bancarios del sur y de las islas--, las obras sociales de Correos --CTT-- y PT (Portugal Telecom) retiraron de forma

municipalización y a la devolución de responsabilidades en la prestación de los cuidados sanitarios a través de un contrato-programa con los municipios y con las instituciones privadas de solidaridad social.

Al inicio de la década de los noventa, los programas electorales de los partidos se basaban en una concepción no exclusiva del SNS, sin atender contra su naturaleza universal, su carácter predominantemente público y su utilidad social. Sin embargo, las ineficiencias que se iban acumulando, traducidas en descontrol de gastos y en desigualdades insospechadas, condujeron a los analistas a buscar medidas de corrección de las principales paradojas de la universalidad (Gouveia, 2000). Aprobado sólo con los votos de la derecha, el Estatuto del SNS, ratificado en 1993 en la Asamblea de la República, no suscitó el rechazo frontal del partido de la oposición al Gobierno, el Partido Socialista (PS). Y de este modo, sin apoyo explícito del Partido Socialista pero también sin oposición estimable, fueron aprobadas todas las medidas legislativas para la apertura del sistema al sector privado. El programa electoral del PS de 1995, con el que el socialista Guterres se convirtió en primer ministro, admitía la gestión sanitaria por el sector privado, la empresarialización de los hospitales públicos, la separación entre financiadores y prestadores, y la competencia entre los financiadores públicos, los mutualistas y los privados. El programa del Partido Social-Demócrata (PSD, liberal-conservador) era menos explícito, refiriéndose, en general, a la creación de alternativas al tradicional modelo público y a la transformación de la financiación exclusivamente pública en financiación mixta. El Partido Popular (a la derecha del PSD) defendía la separación entre financiación y prestación, la existencia de un seguro público de salud financiado por los Presupuestos del Estado y por los asegurados, la competencia entre los prestadores públicos y privados, y la gestión empresarial de los hospitales. Por su parte, el Partido Comunista Portugués (PCP) reivindicaba el mantenimiento del SNS en su concepción original, si bien con más autonomía para los hospitales. Abogaba igualmente por la continuidad y ampliación de la gratuidad, así como la supresión de los llamados “tickets moderadores”.

En 1996, bajo el primer Gobierno socialista de Guterres y por iniciativa de la Comisión Parlamentaria de la Salud, tuvo lugar una reunión sobre política sanitaria de donde salieron dos importantes conclusiones de consenso: (i) el SNS debía continuar y ser reforzado como pieza importante del esquema de protección social; y (ii) el SNS necesitaba introducir profundas reformas destinadas a conseguir una gestión más eficiente, un servicio más equitativo y un mayor control de los gastos. El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social para 2000-2006, al tiempo que reconoció que Portugal se hallaba entre los países de la UE con un menor peso relativo del componente público en la financiación de los gastos de salud, reafirmó la posición central del Estado en la producción y oferta de servicios de salud, si bien en estrecha colaboración con el sector privado (médicos, laboratorios farmacéuticos, servicios de diagnóstico y clínicas privadas) (Plano Nacional, 2000).

Cuadro 2. Evolución del gasto sanitario (público y privado) en porcentaje del PIB (1990-2000)

	Gasto público sanitario (% PIB)		Gasto privado sanitario (% PIB)	
	Portugal	Media UE	Portugal	Media UE

voluntaria a sus afiliados de la cobertura universal por el SNS a cambio de una subvención anual por individuo cubierto.

1990	4,1	5,8	2,1	1,7
1991	4,3	6,0	2,5	1,8
1992	4,2	6,1	2,8	1,9
1993	4,6	6,2	2,7	1,9
1994	4,6	6,0	2,7	2,0
1995	5,1	6,0	3,2	2,0
1996	5,5	6,1	3,4	2,2
1997	5,6	5,9	3,0	2,1
1998	5,6	5,9	3,0	2,1
1999	5,9	6,0	2,8	2,2
2000	6,2	6,0	2,8	2,2

Fuente: OECD Health Data (2002)

4. La tercera ola de reformas sanitarias (2005-2008)

Como se mencionó antes, desde los años noventa el sistema sanitario portugués ha mostrado un considerable dinamismo en cuanto a la rapidez con la que las propuestas internacionales de reforma se han incorporado a los debates políticos internos e incluso han encontrado reflejo formal en la legislación. Ello supone una ruptura con respecto a la pauta histórica predominante en el pasado, caracterizada por el considerable retraso con el que se introducían los cambios adoptados por los países europeos occidentales. Consolidada la universalización, las garantías de eficiencia, calidad y participación social, así como la reducción de las desigualdades se han erigido en los principios fundamentales sobre los que se articulan las estrategias del SNS en el arranque del siglo XXI, con el fin de mejorar el nivel de cuidados sanitarios, motivar a los profesionales, responder adecuadamente a las nuevas necesidades de la población (envejecimiento, nuevas formas de vivir y de enfermar), atender las preferencias de las personas, tanto individual como socialmente, facilitar la innovación y, en definitiva, concretar el objetivo estratégico primordial, que no es otro que el de conseguir mayores beneficios en salud para toda la población.

Recién llegado al Gobierno, el socialista José Sócrates creó en agosto el Alto Comisariado de la Salud, (ACS) para articular y ordenar las políticas públicas derivadas del Plan Nacional de Salud 2004-2010 (PNS), impulsado por su predecesor del PSD. Bajo el lema “Una política de salud para Portugal”, el nuevo ejecutivo socialista ha apostado por reforzar el Estado de bienestar y en concreto la sanidad a través de tres grandes objetivos estratégicos: mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, crear una sociedad solidaria en la que los recursos sanitarios se distribuyan según la necesidad de sus ciudadanos, y promover la cohesión del Sistema de Salud. Aparte de coordinar la ejecución del PNS en su conjunto, el ACS ha venido dedicando una especial atención a cuatro áreas que el actual Gobierno eligió como prioritarias: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades oncológicas, la infección HIV/SIDA y la salud de las personas mayores y de los ciudadanos en situación de dependencia.⁵ Estas prioridades resultan de las investigaciones en salud pública realizadas recientemente y que han revelado la gran importancia que el contexto social y económico adquiere en la explicación de las desigualdades en salud.

⁵ El Plan establece metas para el 2010 relativas a la incidencia de enfermedades neoplásicas, infecciosas y cardiovasculares, así como también relacionadas con el objetivo de envejecimiento activo. Puede consultarse en: www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf

Por otro lado, la estructura de líneas estratégicas y prioridades en la política sanitaria del Gobierno de Sócrates remarca una perspectiva orientada hacia los resultados, permitiendo mayor transparencia y favoreciendo el rendimiento de cuentas por parte de los actores públicos. La eficiente gestión de los programas de sanidad, la mejor coordinación vertical de las instituciones involucradas y una eficaz horizontalización de las acciones de promoción de la salud se conciben como instrumentos fundamentales para mejorar las condiciones sanitarias de la sociedad portuguesa.

La primera línea estratégica: Mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los portugueses

La apuesta por un SNS más solidario, capaz de diseñar políticas de salud más progresistas y comprometidas con el desarrollo de los servicios públicos de bienestar y, en particular, con una perspectiva integral en los cuidados de salud primarios vertebró esta primera línea estratégica de la política sanitaria desde 2005. Invertir en salud, no sólo en el tratamiento de la enfermedad: así quedó definido uno de los puntos fundamentales del programa del XVII Gobierno constitucional, que inició su andadura en marzo de ese año⁶. Promover la salud se considera una inversión social estratégica porque de ella depende el futuro del país y su capacidad de desarrollo social y económico.

Así pues, mientras los Gobiernos de Durao Barroso y Santana Lopes (PSD) prestaron más atención a las reformas de gestión, y, entre los servicios públicos de salud, a los de gestión hospitalaria, identificando como objetivo prioritario la mejora de la eficiencia y el correspondiente control del crecimiento del gasto, el Gobierno de Sócrates se ha centrado en la promoción de la salud pública. Sin pretender en modo alguno minimizar la importancia de las reformas de gestión —cuyos objetivos intermedios son muchas veces una garantía de la sostenibilidad del propio sistema de salud— el Gobierno socialista las ha situado en un contexto más amplio y surcado no tanto por premisas instrumentales como por preocupaciones sociales (Correia Campos, 2004).⁷ En este sentido, el Gobierno ha hecho suya la preocupación expresada por Maynard (2005)⁸ al indicar que los sistemas de salud europeos que se caracterizan por décadas de sucesivas reformas, dejan un manantial de asuntos por resolver, habiendo poca evidencia sobre el impacto que las reformas tienen en la mejora efectiva de salud de las poblaciones, en las desigualdades en salud o en los problemas de acceso e incluso en la eficiencia global de los sistemas.

La segunda línea estratégica: Garantizar los derechos y deberes sanitarios de los ciudadanos

⁶ Véase el *Programa do XVII Governo Constitucional*, 2005-2009 (2005: 75-81) (www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf).

⁷ Correia de Campos, A. e Francisco Ramos, 2004, "A má saúde do défice da Saúde", *O Economista*.

⁸ Maynard, A. 2005, "European Health Policy Challenges", *Health Economics*, 14, pp. 255-263.

La segunda línea estratégica de la nueva política de salud del actual Gobierno ha consistido en promover las garantías de los derechos y deberes ciudadanos en relación con la salud, unos y otros basados en un conjunto de valores fundamentales como la dignidad humana, la equidad, la ética y la solidaridad. El reconocimiento de que, a pesar de haber alcanzado un elevado nivel de equidad, el SNS presenta todavía desigualdades visibles, se ha convertido en un desafío para el ejecutivo de Sócrates, que adoptó el compromiso de fomentar un sistema más solidario y más equitativo, con una oferta de servicios de mayor calidad técnica y más humanizados.

La tercera línea estratégica: Fomentar la cohesión y calidad del Sistema de Salud

En el centro del discurso sobre cómo potenciar la cohesión y la calidad del Sistema de Salud se sitúa el concepto de “gobernanza en salud”, bajo el cual se entiende la conducción ética del Sistema, con el objetivo de garantizar beneficios en salud medibles y evaluables, más equidad en los resultados, más transparencia para todos los actores, más eficiencia y flexibilidad a la hora de responder a las necesidades de pacientes y de usuarios y más excelencia clínica. Concretamente, una buena “gobernanza en salud” de calidad pasa por:

- 1) garantizar la centralidad del ciudadano en el sistema, tomando como punto de partida los valores democráticos (servicio público, participación, equidad), y promoviendo la inclusión social. Esta preocupación se evidencia en el impulso dado al desarrollo de una red de cuidados continuados, inter-sectorial y con apoyo de las entidades de la sociedad civil, dedicada primordialmente a las necesidades de los ancianos y los ciudadanos en situación de dependencia;
- 2) planificar la organización y la re-organización del Sistema de Salud de modo estratégico e integrado, en función de las necesidades de salud de la población y de la mejor evidencia disponible sobre “lo que funciona”. El PNS es el instrumento estratégico de esta planificación encomendada al Alto Comisariado para la Salud, en colaboración con el SNS y otros prestadores y actores públicos, sociales y privados;
- 3) promover la descentralización en la gestión del sistema, de acuerdo con los principios de autonomía y responsabilidad, así como también impulsar reformas organizacionales que permitan la mejora de la gestión en la prestación de cuidados sanitarios. La reforma de la gestión regional del SNS, con la redefinición del papel de las ARS y la extinción de las 18 sub-regiones de sanidad, forma parte de este proyecto. También la reforma, en curso, del nivel de sanidad primaria, o la generalización de la empresarialización en el sector hospitalario (según un modelo que no cree incentivos perversos) representan ejemplos de cómo se pretende avanzar en este ámbito;
- 4) invertir estratégicamente en los sistemas de información de la salud, facilitando la modernización de la gestión de los servicios prestadores y, en definitiva, la vida de los ciudadanos que los utilizan. Se pretende desarrollar competencias y contenidos, promover la diseminación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y combatir la denominada “info-exclusión”;

5) ejercer una influencia intersectorial (con otros ministerios y entidades públicas) junto a los diversos actores sociales (ONG, Institutos Portugueses de Solidaridad Social⁹, sector privado, medios de comunicación, asociaciones de pacientes, usuarios y profesionales), que permita actuar sobre los determinantes de la salud que escapan del alcance exclusivo del Ministerio de Salud, puesto que están relacionados con la adopción de estilos de vida saludables. Este objetivo se articula sobre el supuesto de que, entre los determinantes globales de la salud, el peso del factor “organización del sistema” es muy reducido, por lo que una gobernación de calidad no puede circunscribirse a las reformas de la gestión sanitaria.

En definitiva, en la línea de lo que propone Braithwaite (2005: 1032), el Gobierno ha perseguido desde el inicio de la legislatura la aproximación del SNS a los ciudadanos; el desarrollo de una planificación estratégica determinada por las necesidades de salud de los portugueses; la prestación de un mejor servicio en un contexto de humanización de la relación con los usuarios de la sanidad; la mejora de la equidad en el acceso y en la salud, lo que implica la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, así como el incremento de la eficiencia del sistema con el recurso creciente a las nuevas tecnologías de información. Todas estas estrategias integran una apuesta decidida por la consecución de mayores niveles de legitimidad y de sostenibilidad social del SNS, tanto entre los demandantes como entre los oferentes de servicios sanitarios.

5. ¿Punto final?

La reforma del SNS, tal y como ha sido concebida y desarrollada desde 2005, ha suscitado no poca resistencia ideológica y política. El avance de esta reforma en el marco de la reconfiguración del Estado del Bienestar portugués puede convertirse en un test decisivo para mostrar la efectiva capacidad reformadora del Gobierno de Sócrates; no sólo por el empeño y la voluntad política que la reforma exige, sino sobre todo porque, más que cualquier otro sector, la política sanitaria puede revelar hasta qué punto es posible “rescatar” en Portugal, a principios del siglo XXI, un proyecto de Estado social basado en la universalidad, la equidad y la calidad de los servicios públicos política y financieramente viables. La reforma se percibe por algunos analistas como la última oportunidad de salvación del SNS; y en consecuencia, el abandono o el posible fracaso de la reforma que se ha venido desplegando en estos tres últimos años tiende a entenderse como un triunfo de la derecha liberal y, en general, de quienes apuestan por el debilitamiento del Estado social.

BIBLIOGRAFÍA

Abel-Smith, B., J. Figueras, W. Holland, M. McKee y E. Mossialos (1995), *Choices for Health Policy: An Agenda for the European Union*, Dartmouth, Aldershot.

Braithwaite, Jeffrey, 2005, “Axioms for governing health systems”, *British Medical Journal*, n.º 330, pp.1032.

⁹ IPSS - Institutos Portugueses de Solidaridad Social.

Chuliá, E. y M. Asensio (2007), "Portugal: in search of a stable framework", en: E. M. Immergut, K. M. Anderson e I. Schulze (Eds.), *The Handbook of West European Pension Politics*, Oxford, Oxford University Press, 2007: 605-659.

Correia de Campos, A. (2002), "Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública", *Análise Social*, XXXVI (161), 2002.

Correia de Campos A. y F. Ramos (2005), "Contas e Ganhos na Saúde em Portugal. Dez Anos de Percurso", *Desafios para Portugal*, Lisboa, Casa das Letras.

Kanacos, P. y M. McKee (1998), "Macroeconomic Constraints and Health Challenges facing European Health Systems", en R. Saltman, J. Figueras y C. Sakellarides (Eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Londres, Open University Press: 21-52.

Ministério do Equipamento, do Plano e da Administração do Território (2000), *Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social para 2000-2006*, Lisboa.

Pedroso de Lima, P., A. Almeida Machado, R. Martins Cardoso y J. Caldas Ribeiro (2001), *Direito da Saúde. Regime, Organização e Funcionamento do Sistema de Saúde. Colectânea de legislação*, Lisboa, ARS Norte/Ministério da Saúde.

Pita Barros, P. (1997), *As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década de 1987-1996* (manuscrito).