

La contribución de la enfermería portuguesa para el acceso y cobertura universal en salud

Ananda Maria Fernandes¹
Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes¹
Maria Neto da Cruz Leitão¹
Sérgio David Lourenço Gomes²
António Fernando Salgueiro Amaral¹
Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento³

Objetivo: analizar la contribución de la enfermería portuguesa para la mejora del acceso y cobertura universal en salud, mediante la identificación de la distribución de los enfermeros en el sistema de salud, evolución de los indicadores de salud y sistemas de promoción del acceso en los que los enfermeros tienen un papel importante. Método: investigación documental de las publicaciones de organizaciones nacionales e internacionales sobre planificación y resultados en salud, basadas en datos estadísticos y la legislación sobre las reformas de salud. Resultados: en el servicio nacional de salud, los enfermeros representan 30.18% de los recursos humanos; en los sistemas de promoción de acceso realizados por enfermeros, se verifican buenos niveles de eficacia (95.5%) y satisfacción de los usuarios (99% totalmente satisfechos), y los cuidados de proximidad registran la creación de Unidades de Cuidados en la Comunidad (185) y 85.80% de las consultas domiciliarias realizadas por enfermeros. Conclusiones: las estrategias políticas, servicio nacional de salud y refuerzo de los recursos humanos en salud son los principales determinantes. La enfermería es el grupo profesional más numeroso en el servicio nacional de salud, pero es aún deficiente en cuanto a los cuidados primarios de salud. El aumento de la calificación académica y autorregulación de este grupo profesional ha permitido mejores respuestas ante el desafío de mejora de la salud para los portugueses.

Descriptores: Enfermería; Acceso a los Servicios de Salud; Equidade en Salud; Sistemas de Salud.

¹ PhD, Profesor, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

² MSc, Enfermera, Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.

³ Especialista, Presidente, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Introducción

Durante los últimos 40 años, la sociedad portuguesa ha experimentado enormes transformaciones políticas, económicas y sociales. El establecimiento de la democracia en abril de 1974 abrió camino para el desarrollo de un país que se encontraba, después de 48 años de dictadura, en la retaguardia de Europa. Para analizar el acceso, las universalidades de los cuidados de salud y las contribuciones de los enfermeros se tienen como referencias específicas las principales alteraciones ocurridas en los últimos años en los recursos de salud, la evolución demográfica, la formación y la organización profesional de los enfermeros.

Los recursos de salud: de la asistencia social al servicio nacional de salud

Hasta 1974 los portugueses tenían un sistema de salud asistencial, apoyado en el seguro social, que financiaba el acceso a los cuidados a aquellos ante los cuales el Estado se consideraba deudor. Solamente los indigentes, atestiguados por las juntas de parroquia, tienen derecho a la asistencia gratuita. La mayoría de la población pagaba por asistencia de mala calidad en hospitales públicos concentrados en las tres grandes ciudades, Lisboa, Porto y Coímbra, o en las pocas clínicas privadas que existían por todo el país pero con mayor incidencia en estas tres grandes ciudades. Por otra parte, la necesidad de ofrecer puertos libres de epidemias, fortaleciendo el peso económico que estos tenían para el comercio y abastecimiento de bienes para una Europa que se industrializaba, hizo que el Estado asumiese la autoridad de la salud como plan de control de las grandes epidemias. Aún con la creación, pionera en Europa, de una red de centros de salud pública iniciada en 1971 pero no completamente implantada sino hasta 1974, la escasez de oferta de cuidados de salud era marcada por una visión reduccionista de los determinantes de salud y enfermedades; se vio muy centrada en una dimensión biológica o biomédica que acompañó un incremento de las especialidades médicas. El número de profesionales de salud era, de igual modo, reducido. La oferta de cuidados era "un conjunto fragmentado de servicios de salud de naturaleza variada – grandes hospitales del Pueblo, una extensa red de hospitales de las Misericordias, centros médicos de Servicios Médicos Sociales de Previdencia; Servicios de Salud Pública (centros de salud a partir de 1971); médicos municipales; servicios especializados a la salud materno-infantil, tuberculosis y las enfermedades psiquiátricas; sector privado especialmente desarrollado en el área del ambulatorio"⁽¹⁾. La contribución financiera

del Estado para la salud no llegaba a representar 3% de la riqueza producida en 1970⁽¹⁾.

Con la democracia, se consagró en la Constitución de la República Portuguesa de 1976 (artículo 64) el derecho al acceso a un sistema de salud universal, general y gratuito (tendencialmente gratuito a partir de la 2ª revisión constitucional de 1989), asegurado esencialmente por un Servicio Nacional de Salud (SNS) público creado en 1979. Actualmente, la organización del sistema mantiene un componente público (Servicio Nacional de Salud, SNS) y uno privado, haciendo del Estado el principal financista de los cuidados de la salud en Portugal. En este sistema, la oferta de cuidados es garantizada por una red de Cuidados de Salud Primarios (CSP), pública (pilar central del sistema de salud), por una red de Cuidados Hospitalarios (CH) pública y privada, y por una Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) creada en 2006, esencialmente convenida. Estas tres redes garantizan la cobertura en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades, tratamiento de situaciones agudas y gestión de situaciones crónicas agudas.

La población

Portugal, a mediados de la década de 1970, era un país pobre con bajo acceso por carretera a los grandes centros, con una población ocupada principalmente en los sectores primario (34.94%) y secundario (33.73%), y poco alfabetizada (25.7% de analfabetismo). La mortalidad infantil llegaba a 37.9 mil, los partos eran sobretodo realizados en el hogar, con asistencia precaria y por curiosas (62.51% sin asistencia hospitalaria). La expectativa de vida era baja (68.2 años)⁽²⁾. En resumen, todos los indicadores socioeconómicos y de salud eran muy desfavorables.

Actualmente, con una población con 10,457.3 habitantes, la sociedad portuguesa envejece más. Si en 1970 el índice de envejecimiento era de 34%, en 2013 presenta un valor de 133.5% y la proporción de la población en edad activa por anciano ha reducido de 6.4 a 3.3. Los nacimientos en 2013 representaron 39% de los niños nacidos en 1960, pasando el índice sintético de fecundidad de 3.2 a 1.21, uno de los más bajos de Europa. Se verifica la disminución de los jóvenes menores de 15 años, de 25.3% en 1981 a 14.7% en 2013. En el mismo período, se verifica el aumento de los ancianos (mayores de 65 años) de 11.5% a 19.6%⁽²⁾.

Estas alteraciones demográficas representan nuevos desafíos para el sistema de salud y sus profesionales al intentar responder mejor ante las necesidades emergentes.

La enfermería

Con respecto a la enfermería, en 1974 en Portugal existían cerca de 3 mil enfermeros y 15 mil auxiliares de enfermería. Al año siguiente, las instituciones de enseñanza dejaron de administrar cursos para auxiliares de enfermería; se creó el curso de promoción de auxiliares de enfermería para enfermeros; creando un único nivel de formación para acceso a la profesión, el curso de enfermería⁽³⁾.

En 1988, la enseñanza de la enfermería fue integrada al sistema educativo nacional (subsistema politécnico), concediendo la bachillería en tres años. Una década más tarde (1998), con la adhesión de Portugal al proceso de Bolonha, el curso pasa a ser de cuatro años, atribuyendo así una licenciatura en enfermería. Los primeros grados de maestrías en ciencias de enfermería tuvieron inicio en 1991, y a principio de este milenio se iniciaron diversos cursos de postgrado en diferentes áreas de especialización en enfermería. En esta fecha dio también inicio el primer curso de doctorado en enfermería (2001), con un total de tres programas regulares de doctorado en enfermería y uno en salud con una rama en enfermería en las ciudades de Lisboa, Porto y Coímbra.

Basado en esta evolución, en 1996 fue publicado el Reglamento del Ejercicio Profesional de los Enfermeros (REPE) que aclara conceptos junto con la caracterización de los cuidados de enfermería y especifica la competencia de los profesionales legalmente habilitados a prestarlo. La creación de la Orden de los Enfermeros (OE) en 1998, impulsa el desarrollo de la profesión, promoviendo la defensa de la calidad de los cuidados y concediendo a los enfermeros la autonomía para su desempeño, reglamentación y control del ejercicio de la profesión; asegurando así la observancia de las reglas de ética y deontología profesional. El Código Deontológico, (1998; 2009) que es parte integrante de los Estatutos de la Orden, los Patrones de Calidad de los Cuidados de Enfermería (2001), la definición de las Competencias del Enfermero de Cuidados Generales (2003; 2011) y de los Enfermeros Especialistas (2010; 2011) constituye herramientas estructurantes de la profesión⁽⁴⁾.

Con base a lo referido, se puede verificar que la evolución de la enfermería portuguesa ha acompañado los cambios operados en el sistema de salud y sociedad en general, recuperando un retraso en la formación y ejercicio profesional.

Las alteraciones de salud resultan de múltiples determinantes y, de estos, los macrocontextuales y estratégicos son muy relevantes; principalmente cuando ocurre un cambio de contexto como aquel que diferencia el país antes y después de 1974. Sin embargo, en

Portugal a pesar del significativo aumento del nivel de vida y mejoría de la salud, las asimetrías regionales y entre clases sociales se mantienen evidentes. Estas desigualdades han sido profundizadas hace poco con la crisis económica que el país vive y se reflejan particularmente en el acceso a los cuidados y utilización de los recursos de salud⁽⁵⁾. Durante todo este período, la mejora global de las condiciones de vida interactúan fuertemente con el desempeño del sistema nacional de salud y sus recursos humanos, lo que dificulta el individualizar cual es la contribución de las diferentes variables para mejorar los cuidados. Sin embargo, se puede considerar que los enfermeros tienen particular relevancia en áreas como la promoción de la salud, especialmente de salud materna e infantil, al facilitar el acceso a los cuidados y los cuidados de proximidad.

El objetivo de este trabajo fue analizar la contribución que la enfermería portuguesa ha tenido para mejorar el acceso y la cobertura universal en salud. En específico, identificar la distribución de los enfermeros en el sistema de salud, la evolución de un conjunto de indicadores de salud después de la creación de un sistema de acceso universal y los sistemas de promoción del acceso en que los enfermeros tienen un papel relevante.

Método

Se utilizó la metodología cualitativa, por análisis de contenido de un *corpus* documental constituido por documentos de organizaciones nacionales e internacionales sobre planificación y resultados en salud; nombradamente de la Dirección General de la Salud (DGS), Administración Central del Sistema de Salud (ACSS) y Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Se consultaron bases de datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE), PORDATA y Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la legislación sobre las reformas de la salud. Para analizar la contribución de la enfermería portuguesa en la mejora del acceso y cobertura universal en salud, se utilizaron cinco diferentes tipos de indicadores: 1) recursos humanos: número de enfermeros y su distribución geográfica por área de trabajo; 2) el desempeño de los enfermeros en áreas particularmente sensibles para mejorar el acceso a los cuidados de salud: línea 24 y consultas en domicilio; 3) resultado de vigilancia y prevención epidemiológica: tasa de cobertura de vacuna; 4) la mejora del estado de salud de los portugueses: tasa de mortalidad infantil y materna; y 5) organización y gestión de unidades de cuidados: número de Unidades de Cuidados en la Comunidad.

Resultados

Los enfermeros en el sistema de salud

La oferta de cuidados de enfermería en Portugal creció según fue aumentando la oferta global de cuidados. Al comparar los números de enfermeros en el sistema de salud, se puede verificar que este número casi se duplicó entre las décadas de los 70 y 80, acompañando el crecimiento del número de camas hospitalarias. En 2012, trabajaban en el sistema alrededor de 39,797 enfermeros; pero en 2013 este número sufrió una caída de 2%, hasta llegar a 38,937⁽⁶⁾.

A pesar de la creciente orientación de las políticas de salud para los cuidados primarios de salud, en 2015, de los 66,452 inscritos en la Orden de los Enfermeros, sólo el 11.51% trabajaban en esta área, mientras que 51.46% trabajaban en hospitales. Cabe señalar que el menor porcentaje (0.61%) de aquellos que trabajaban, era en régimen liberal⁽⁷⁾.

Estos números representan una proporción de 3.54 enfermeros por cada 1,000 habitantes, relacionando un enfermero para cada 1.57 médicos⁽⁸⁾. En los Cuidados Primarios de Salud, esta proporción es aún más baja que la media nacional (1.05), siendo menor en una de dos regiones del país donde es más elevada la concentración de servicios hospitalarios (regiones central y de Lisboa y Vale do Tejo)⁽⁸⁾.

La contribución de los enfermeros en los sistemas de promoción del acceso

El Plano Nacional de Salud, de 2012 a 2016, en su eje estratégico "Equidad y acceso a los cuidados de

salud" enumera cuatro sistemas dedicados a la facilitar y definir las prioridades de acceso: línea de salud 24, sistema de selección de prioridades de Manchester en el servicio de urgencia, vía verde de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y, por último, vía verde de la sepsis⁽⁹⁾. La participación de los enfermeros es relevante en dos de estos cuatro sistemas - línea de salud 24 y sistema de selección de prioridades de Manchester en el servicio de urgencias - ya que su ejecución depende exclusivamente de la acción de los enfermeros.

El Centro de Atención del Servicio Nacional de Salud, denominado línea salud 24, es un servicio multicanal (teléfono, web, correo electrónico y fax) con cobertura nacional que funciona 24 horas al día, en donde se efectúa detección, asesoramiento y difiriendo a los ciudadanos enfermos, incluyendo problemas urgentes; facilitando así el acceso a los servicios de salud de forma más racional y respondiendo a las necesidades que los ciudadanos manifiestan con respecto a la salud⁽⁶⁾. Esta atención se efectúa exclusivamente por enfermeros que aconsejan, difieren o ayudan a cada ciudadano que busca este servicio para poder resolver la situación por sí mismo, reduciendo así la necesidad de recurrir a los servicios de urgencia hospitalaria. Fue creado en 2007 y actualmente incorpora los servicios de atención de salud 24 de pediatría y la línea de salud pública, que es un servicio centrado en el usuario, agregado a la cadena de prestación de cuidados de salud y situado en el punto de entrada del sistema.

De 2007 a 2013 hubo una evolución positiva en la búsqueda de este servicio⁽¹⁰⁾, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de los contactos y tasa de eficacia de la línea salud 24. Portugal, 2015

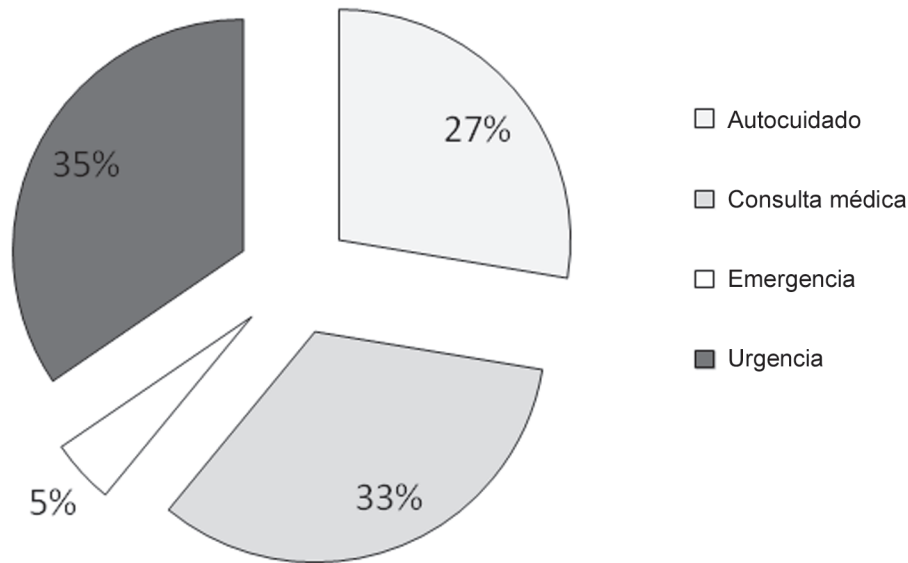
Año	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total de llamadas recibidas	298190	499342	1604477	650731	680533	798384	720897
Total de llamadas atendidas	295247	471510	1297685	621212	648435	763491	691367
Eficacia	99,0%	94,4%	80,9%	95,5%	95,3%	95,6%	95,9%
Media de contactos por día	1167	1292	3555	1702	1777	2086	1894

*De 25 de abril a 31 de diciembre

En 2013 se han recibido 718,572 llamadas telefónicas, de las cuales más del 95% (689,042) fueron atendidas, lo que representa un promedio de 2,057 llamadas atendidas por día. De las llamadas recibidas, 75% se clasificaron como detección, asesoramiento y diferimiento; esto hizo que el servicio de atención de calidad clínica estuviera disponible, evaluando el nivel de riesgo sobre los síntomas descritos por el usuario

con asesoramiento, incluyendo el auto tratamiento y, si necesario, el encaminamiento del enfermo a una institución de la red de prestación de cuidados de salud más apropiada para su condición. La evaluación realizada por los enfermeros resultó menor que la mitad de casos de los servicios de cuidados de urgencia/emergencia (40%); alrededor de 1/3 de las llamadas fueron encaminadas hacia consulta médica y para

Tipo de encaminhamento



más del 27% de los casos, la consejería fue suficiente, dispensado cualquier otro contacto con los servicios de salud⁽⁶⁾, como se representa en la Figura 1.

Figura 1 - Distribución del tipo de encaminhamento, realizado por la línea salud 24, Portugal, 2013

En el grupo de población con más de 65 años, debido a su fragilidad, en 2013 más de 36% de los usuarios fueron encaminados hacia un servicio de urgencia hospitalaria.

Este servicio, prestado por los enfermeros, mejora no sólo el acceso si no también la eficiencia de la utilización de los servicios. En el análisis de los encaminhamientos efectuados a los usuarios en 2013, se verificó que más del 50% de los usuarios que telefonearon planteaban

ir a un servicio de urgencia; sin embargo, fueron encaminados hacia los cuidados primarios de salud (30.2%) o hacia autocuidados (24.7%). Por otra parte, casi 30% de los usuarios que llamaron con la intención de dar seguimiento a su estado de salud en casa, fueron direccionados a un servicio de urgencia/emergencia⁽⁶⁾.

En un estudio realizado entre los días 1º de mayo y el 31 de julio de 2014⁽¹¹⁾, se mostró que del 51% de los usuarios que tenían la intención de recurrir a un servicio de urgencia, 50.5% no lo hicieron, resolviendo su situación con autocuidado o cuidados primarios de salud.

Por lo tanto, la satisfacción con este servicio, evaluada por un organismo independiente (Nielsen, Portugal), es siempre superior a 95% como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2 - Grado de satisfacción de los clientes con el servicio línea salud 24 (2009-2013). Portugal, 2014

Satisfacción/año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totalmente satisfechos	s/datos	s/datos	97%	98%	98%	99%	99%

Visitas domiciliarias de enfermería

Las visitas domiciliarias son una importante estrategia de cuidados de proximidad y de mejora al acceso y la universalidad de los cuidados. La visita en domicilio es una consulta prestada por un profesional de salud en el domicilio, en hogares o instituciones similares correspondiendo a episodios programados o no programados dirigidos a un usuario⁽¹²⁾.

Los datos muestran que la mayoría de estas consultas las realizan enfermeros (Tabla 3) y su número aumenta⁽¹³⁾.

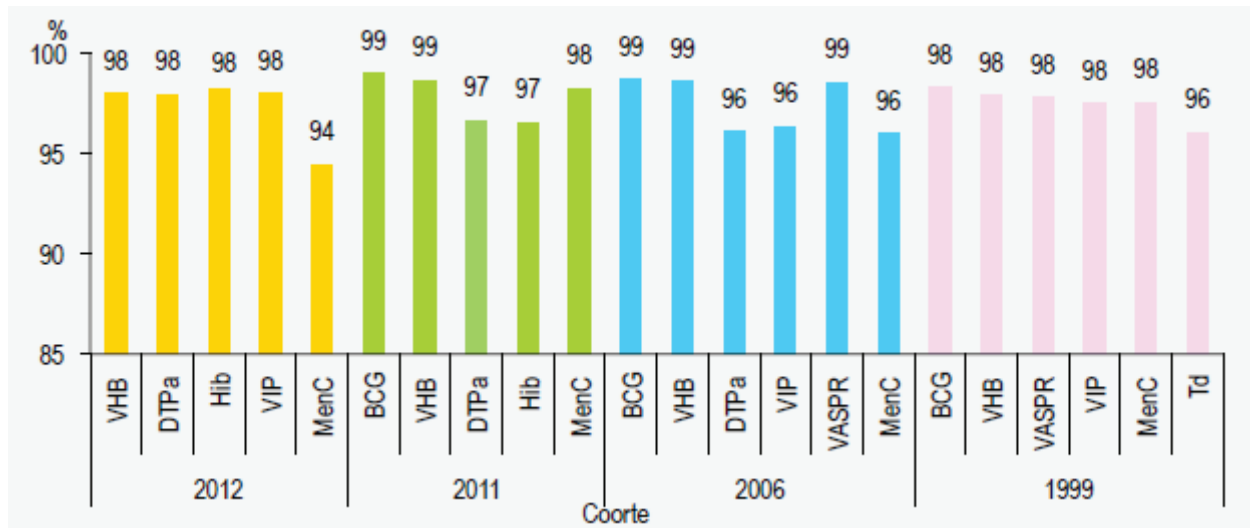
Tabla 3 - Registro de visitas domiciliarias por profesional de salud. Portugal, DGS, 2014

Visitas domiciliarias	Número absoluto (2011)
Médicos	196769
Enfermería	2115312
Servicio social	32562
Otro	120846
Total	2465489

Vacunación – resultados obtenidos con el programa nacional

El Programa Nacional de Vacunación (PNV) tuvo inicio en octubre de 1965⁽¹⁴⁾. Se caracteriza por ser universal, gratuito para el usuario, descentralizado, gestionado nacionalmente, asumido como una receta universal aunque no obligatoria y esencialmente implementado por

los enfermeros de la red pública de Cuidados Primarios de Salud. La evaluación del cumplimiento del Programa Nacional de Vacunación (PNV), que se realiza con periodicidad anual, ha permitido determinar las tasas de cobertura de vacunación en edades clave; se verifica que en su totalidad, llega a niveles adecuados para conferir inmunidad a los diferentes grupos, cumpliéndose así los requisitos y compromisos internacionales⁽¹⁴⁾, como se puede observar en la Figura 2.



Leyenda: VHB -Hepatitis B; DTP - Difteria, Tétano y Tos Ferina; Hib - *Haemophilus influenzae* b; VIP - Poliomieltis; MenC - Meningococo C; BCG - Tuberculosis; VASPR - Sarampión, Paperas Epidémica, Rubéola; Td - Difteria y Tétano

Figura 2 - Evaluación de la cobertura del PNV por cohorte y vacuna. Portugal, 2104

La evolución de los indicadores de salud

La inversión en equipos multidisciplinarios vastos y que trabajan en colaboración con los servicios de nivel primario y hospitalario, se considera relevante en salud materna e infantil, constituyendo un factor determinante para el progreso de los indicadores en esta área. La inclusión de enfermeros de cuidados generales y, particularmente, de los enfermeros especialistas en salud materna, obstétrica y en salud infantil pediátrica fue considerada obligatoria en las diferentes instituciones de la red de referencia y unidades coordinadoras funcionales.

Las tasas de mortalidad infantil y materna han disminuido considerablemente, acompañando las alteraciones políticas y sociales del país. En relación a la tasa de mortalidad infantil, se ha verificado un progreso significativo pasando de 55.5 casos por cada 1,000 habitantes (1970) a 2.8‰ (2014). La tasa de mortalidad materna también presentó considerable disminución. En 1970, fue de 73.4 por 1,000, 000, y disminuyó hasta 19.0 en 1980. A partir de 1992

presentó valores siempre inferiores a 10 por 1,000,000 y en 2013 disminuyó a seis⁽²⁾.

La organización y gestión de unidades de cuidados: Unidades de Cuidados en la Comunidad

Las Unidades de Cuidados en la Comunidad (UCC) fueron creadas en 2008 para la reforma de los cuidados primarios de salud, y tienen como misión contribuir a la mejora del estado de salud de la población del área geográfica de intervención. Ofrecen cuidados de salud, apoyo psicológico y social tanto domiciliario como comunitario, especialmente a personas, familias y grupos más vulnerables en situaciones de mayor riesgo, dependencia física y funcional o enfermedad que requiera una vigilancia directa. Actúan, también, en la educación para la salud, integración en redes de apoyo a la familia y la implementación de unidades móviles de intervención. Estas unidades son formadas por equipos multiprofesionales autónomos, designados por Equipos de Intervención Comunitaria (EIC) para abordar grupos o comunidades en diferentes contextos y de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, por Equipos

de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) y por Equipos Comunitarios de Soporte en Cuidados Paliativos (ECSCP), para intervenir a la población anciana y/o dependiente. El coordinador de las UCC es designado entre los enfermeros, con requisitos mínimos de una formación de enfermería especialista y experiencia en la respectiva área funcional. Según los últimos datos, actualmente hay 185 UCC en funcionamiento⁽¹⁵⁾.

Discusión

Es posible constatar que los enfermeros trabajan en las tres redes de cuidados que componen la oferta pública y privada, es decir: red de cuidados primarios de salud, con los Agrupamientos de Centros de Salud, Unidades de Salud Familiar y otras unidades funcionales, donde se destacan las Unidades de Cuidados en la Comunidad (UCC) gestionadas por enfermeros; red de cuidados diferenciados, con los hospitales; y la red de cuidados continuados integrados, con las unidades de cuidados para convalecencia, cuidados de mediana y de larga duración y cuidados paliativos. Aparte de estas redes, es posible encontrar enfermeros que trabajan en otros contextos asistenciales como lo son los hogares para ancianos, aunque en número reducido.

La distribución de enfermeros por todas estas unidades ha garantizado el acceso a los cuidados, facilitando el acceso de las poblaciones a los cuidados esenciales. Sin embargo, la proporción de enfermeros por habitantes (3.54/‰) es bastante inferior a la media de los países de la OCDE. Por su parte, la proporción enfermero/médico (1.5) se encuentra igualmente por debajo de la media de los países de esta organización (2.8)⁽¹⁶⁾. Esta proporción enfermero/médico puede encausar una gestión ineficiente de los recursos y potencial de competencias de los enfermeros en el sistema de prestación de cuidados⁽¹⁷⁾. La situación es todavía más grave en los cuidados primarios de salud, resultado de un bajo reclutamiento, lo que evidencia una clara desvalorización del rol de los enfermeros en los cuidados más próximos a los ciudadanos. Además de eso, el número de consultas/visitas a los hogares y, particularmente, su proporcionalidad con el desempeño de otros profesionales de salud es muy relevante. De hecho, la mayoría de los cuidados que las personas necesitan cuando están enfermas en sus hogares son cuidados de enfermería. Pero todavía se observa un número pequeño de UCC en actividad. Estas son una opción organizativa que permite a los enfermeros desenvolver estrategias de cuidados centradas en las necesidades de las poblaciones y en el ejercicio de sus autonomías y en equipos multiprofesionales colaborativos.

Por otra parte, se observa que los enfermeros portugueses han hecho una importante contribución a la accesibilidad y el uso más racional del sistema. Un ejemplo de este tipo de intervención es la implementación del servicio línea salud 24, que ha permitido con un grado elevado de satisfacción, la mejoría del acceso adecuado a los diferentes cuidados de salud.

El PNV, con una tasa de cobertura de vacunación con media de 98% para cada tipo de vacuna del plan, es un programa reconocido nacional e internacionalmente eficiente y efectivo que permitió erradicar, eliminar y controlar las enfermedades objeto, contribuyendo de forma determinante a la reducción de la mortalidad infantil y morbimortalidad por enfermedades cubiertas por las vacunas, como la tuberculosis. El éxito alcanzado es una unión de varios factores, destacando la dedicación y la aceptación de los profesionales de salud, de los cuales se destacan los enfermeros como profesionales de primera línea. Su proximidad y accesibilidad a toda la población en los Centros de Salud y sus extensiones, permiten administrar los archivos, notificar, informar y motivar a los ciudadanos a mantener actualizados los calendarios de vacunación de toda la población. Las campañas de los programas de salud escolar sobre sensibilización y vacunación en masa de niños y adolescentes en las escuelas contribuyeron mucho a estos resultados⁽⁶⁾.

En 1970, todos los indicadores de salud y, en particular los materno-infantiles, asumían valores de los países subdesarrollados. La creación del servicio nacional de salud universal ha sido importante para mejorar los indicadores de salud, ya que es general y tendenciosamente gratuito con mayor oferta de cuidados de proximidad asociado a varias políticas sociales y medidas, como la obligatoriedad de inclusión de enfermeros de cuidados generales y, específicamente enfermeros especialistas en salud materna, obstétrica y en salud infantil y pediátrico en las diferentes instituciones de la red de referencia y unidades coordinadas funcionales.

En el tema de salud materna e infantil, se considera relevante la inversión en equipos multidisciplinarios variados y que trabajan en colaboración con los servicios de nivel primario y hospitalario, constituyéndose un factor determinante para el progreso de los indicadores en este dominio.

Conclusiones

La creación de un sistema de salud universal ha permitido una mayor aproximación de los servicios de salud a las personas, mostrando progresivamente un aumento de la centralidad en los cuidados de salud primarios y ha mejorado la densificación y articulación entre los varios

niveles y unidades de cuidados. Las campañas de salud escolar y materna, con incentivo al parto asistido en maternidad, han hecho que los indicadores de mortalidad materna e infantil cayesen a niveles mejores que en algunos países de Europa Occidental. La enfermería ha visto aumentada y calificada su fuerza de trabajo, asumiendo nuevos protagonistas y respuestas eficaces a las necesidades de salud de las poblaciones. Sin embargo, aún son necesarios refuerzos significativos en los cuidados primarios de salud, especialmente enfermeros con formación especializada de postgrado y más unidades orgánicas coordinadas por enfermeros.

Referencias

1. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. O estado da Saúde e a saúde do Estado. Lisboa (Portugal): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
2. Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA) [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [2010] . [Acesso 25 maio 2015]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-5812>
3. Ordem dos Enfermeiros. 10 anos Enfermagem em Portugal. Brochura da Ordem dos Enfermeiros. 2008. [Acesso 26 maio 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf
4. Ordem dos Enfermeiros [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012 [acesso 25 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/default.aspx>
5. Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa P, Azevedo H. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. 2014. [acesso 25 maio 2015]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/266388/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Portugal.pdf?ua=1
6. Ministério da Saúde (PT). Portal da Saúde - Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS - 2013. 2014. [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+anual+sns+2013.htm>
7. Ordem dos Enfermeiros. Dados Estatísticos 31/12/2014. 2015. [acesso em: 26 maio 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf
8. Administração Central do Sistema de Saúde. Inventário do Pessoal da Saúde - 2013. 2014. [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Invent%C3%A1rio%20dos%20profissionais%20do%20Setor%20da%20Sa%C3%BAde%20_Final.pdf
9. Ministério da Saúde (PT). Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. 2012. [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
10. Gomes S. Saúde 24: números da atividade. In Universidade Católica Portuguesa, organizador. 9º Seminário de Investigação Internacional em Enfermagem; 14-15 maio 2015; Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2015.
11. Gomes S. Saúde 24: avaliação do impacte da telenfermagem na redução do recurso às urgências hospitalares. 9º Seminário de Investigação Internacional em Enfermagem; 14-15 maio 2015; Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2015.
12. Administração Central do Sistema de Saúde. Cálculo de Indicadores de Desempenho: critérios a observar na sua implementação. 2010. [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculoIndicadoresDesempenho.pdf>
13. Direção Geral da Saúde. Centro de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
14. Freitas MG. O programa nacional de vacinação: nota histórica. Portugal Saúde em Números Rev Científica da Direção Geral Saúde. 2013;2(1):50-3.
15. Administração Central do Sistema de Saúde [Internet]. Unidade de Cuidados na Comunidade. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>
16. OECD. Health at a Glance: Europe 2010 [Internet]. 2010. [acesso 28 maio 2015]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en
17. Temido M, Dussault G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. Rev Port Saúde Pública. 2014;32(1):45-4.

Recebido: 18.6.2015

Aceito: 28.7.2015

Correspondência:

Ananda Maria Fernandes
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Av. Bissaia Barreto
3046-851, Coimbra, Portugal
E-mail: amfernandes@esenfc.pt

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.