

## LA MEDICINA EN OTROS SISTEMAS SANITARIOS

Comenzamos, en el primer número de nuestra nueva etapa informativa, una serie de artículos relativos a la configuración de diferentes sistemas sanitarios de nuestro entorno y a las peculiaridades del ejercicio de la Medicina y profesiones asociadas en cada uno de ellos. No pretendemos decirlo todo, sino tan sólo presentar una visión general que nos sirva para conocer sistemas sanitarios a los que tantas veces se alude como si constituyeran un modelo único (“en Europa, la sanidad no es como aquí”), pero que tantas diferencias reúnen en su seno. Quien quiera profundizar más en alguno de los sistemas, con interés académico o profesional, podrá utilizar las referencias para ir más allá de lo expuesto en estos artículos.

Vamos a comenzar por dos países con modelos “opuestos”: Holanda, a lo largo de este mes, con un sistema basado en el aseguramiento privado obligatorio y en la provisión también privada de los servicios cubiertos, y Suecia, durante el mes de mayo, con un sistema de aseguramiento y de prestación básicamente públicos, aunque, a diferencia del sistema español, con gran parte de la responsabilidad en manos de las entidades locales. A ellos seguirán otros muchos de los sistemas de nuestro entorno occidental.

La estructura de análisis será la misma en todos los casos: una primera entrega que enmarca el funcionamiento general del sistema sanitario público, incidiendo en las condiciones de aseguramiento y de provisión de servicios; una segunda entrega referida al ejercicio de la Medicina y otras profesiones asociadas en Atención Primaria, y una tercera referida al ámbito de la Atención Especializada/Hospitalaria; y, finalmente, una cuarta entrega con las condiciones de acceso a esas profesiones, su regulación y las organizaciones representativas de las mismas.

Estamos abiertos a cualquier tipo de aportaciones y comentarios (en la dirección de correo [revista@amyts.es](mailto:revista@amyts.es)) que puedan contribuir a clarificar lo expuesto en estos artículos, y que a buen seguro servirán para un mejor conocimiento de la realidad sanitaria y del ejercicio profesional de la Medicina en nuestro entorno.

### Holanda

#### Aseguramiento y provisión de servicios sanitarios

Desde la reforma realizada en el año 2006, el sistema sanitario holandés es privado y de aseguramiento obligatorio, con una cobertura básica para todos los ciudadanos (aunque se admiten excepciones individuales justificadas) y una optativa para incrementar la cobertura a servicios adicionales. La provisión de servicios es privada, a través de profesionales y entidades contratadas por las aseguradoras, que, siendo también de régimen privado, deben funcionar dentro del marco regulado por el Gobierno.

Con más de 16,7 millones de habitantes, una elevada densidad de población (cerca a los 400 hab/km<sup>2</sup>) y un PIB per capita de más de 43 mil dólares anuales, Holanda ocupaba en el año 2011 el 3er puesto mundial en el Índice de Desarrollo Humano de la ONU. Su población sufre la misma tendencia al envejecimiento que es característica en Europa occidental, y se concentra principalmente (81%) en el ámbito urbano.

Su economía se basa en las finanzas y el comercio, siendo el 10º país por volumen de exportación, contando con una buena red de transporte y manteniendo igualmente un sector agrícola muy

dinámico. Las reformas introducidas para superar el leve retroceso económico que sufrió a principios de siglo parecen estar protegiendo al país de verse excesivamente perjudicado por el actual contexto de crisis económica, en el que su tasa de paro está en torno al 5% de la población activa. Holanda gasta el 8,9% de su elevado PIB en atención sanitaria (2007), por debajo de la media europea en cuanto a porcentaje pero no así en cuanto a gasto per capita.



Contando con una monarquía que ejerce formalmente la jefatura del Estado, el

régimen de gobierno es de una democracia parlamentaria con separación de poderes que cuenta con un parlamento bicameral, formado por el Senado (Primera Cámara, con miembros elegidos por los 12 Consejos Provinciales) y la Cámara de Representantes (Segunda Cámara, la de mayor peso legislativo, con diputados electos por sufragio universal de los ciudadanos holandeses con periodicidad cuatrienal). Las doce provincias tienen competencias en planificación del terreno, medio ambiente y juventud, así como tareas de promoción económica, y los municipios tienen responsabilidades en educación, atención sanitaria y social, cultura y deportes, vivienda y tráfico rodado.

A pesar de que las tasas de mortalidad están en descenso, el país ha perdido su posición privilegiada en cuanto a esperanza de vida, que se encuentra en la media de la OCDE, con una mortalidad perinatal por encima de las de su entorno. Y también a diferencia de su entorno, la mortalidad por cáncer supera a la debida a enfermedades cardiovasculares. La responsabilidad sobre la salud pública recae fundamentalmente sobre los municipios, agrupados en municipalidades más amplias, que también se hacen cargo de los servicios sociales; por el contrario, la atención sanitaria en todas sus dimensiones (médica y farmacéutica, en salud mental, etc) se realiza bajo control de la autoridad estatal.

### Aseguramiento privado obligatorio

El sistema de aseguramiento sanitario holandés, que comenzó su andadura durante la ocupación nazi, sufrió una profunda reforma, aún en marcha, en el año 2006. Hasta ese momento, el régimen de aseguramiento incluía dos modalidades obligatorias pero alternativas, dependiendo del nivel de ingresos de cada individuo: por debajo de un determinado umbral (60% población), el aseguramiento se realizaba a través de una entidad pública mediante una cuota dependiente del nivel de ingresos; por encima de ese umbral, la población estaba obligada a buscar un aseguramiento privado y costeárselo por completo.

Desde los años 80 se venía produciendo un intenso debate en torno a ese doble aseguramiento, en el que emergían propuestas de reforma basadas en el libre mercado y la introducción de la libre competencia y, finalmente, en el año 2006 se procedió a la reforma del sistema, por el que todos los ciudadanos quedan obligados a contratar un aseguramiento básico a cualquiera de las aseguradoras privadas existentes; sólo en casos excepcionales se puede eludir dicha obligación: por motivos ideológicos o de conciencia (quedando el individuo obligado a “ahorrar” una cantidad equivalente a la cotización empresarial en una cuenta específica controlada por el Estado, desde la que poder hacer frente a sus posibles necesidades sanitarias), o por pertenecer las Fuerzas Armadas, ya que disponen de un sistema propio de atención sanitaria. Los ciudadanos que residan en otro país pero trabajen en Holanda también están obligados a asegurarse.

Con todo, un 1% de la población se encuentra sin cobertura de seguro, y un porcentaje algo mayor no paga a la aseguradora contratada (que percibe una compensación estatal por ello). Los inmigrantes ilegales no pueden acceder a la cobertura obligatoria, aunque la atención curativa que se considere necesaria y que no puedan cubrir por ellos mismos puede ser pagada por el Estado a la entidad responsable de su asistencia o al profesional que se la haya facilitado.

### Contenido del aseguramiento

El paquete básico de aseguramiento obligatorio, que define el Gobierno, incluye atención primaria y especializada convencional, atención a la salud mental (incluyendo institucionalizaciones de hasta un año), asistencia odontológica básica hasta los 21 años, especializada y prótesis, medicamentos y productos sanitarios, y apoyo a la mujer y a su



*Hospital Universitario de Groningen.*

recién nacido durante los primeros siete días tras el parto. Los ciudadanos pagan directamente a la entidad aseguradora de su elección la cuota establecida para este paquete básico, aunque pueden recibir una ayuda del Estado para ello si sus ingresos están por debajo de un umbral mínimo -29.000€ para personas solas, y 47.520€ en el caso de parejas en 2010, lo que ocurre con un tercio de los asegurados-; las aseguradoras reciben del Estado una aportación adicional para ajustar el perfil de riesgo de sus asegurados, recogida a través de cotizaciones empresariales proporcionales al salario de cada trabajador (en torno a un 6% del mismo). Los importes correspondientes a los menores de 18 años son cubiertos totalmente por el Estado a la entidad aseguradora elegida por los padres.

La cuota anual media del paquete obligatorio individual fue de 1.100€ en 2008 (rango entre 993 y 1.150€). Además, los ciudadanos mayores de 18 años están obligados a pagar hasta un determinado nivel (155€ en 2009) el uso de servicios sanitarios distintos de medicina general, matrona y dentista; dicho importe es desgravable, y compensado en parte para los enfermos crónicos mediante una devolución parcial anual (47€ en 2008). En algunos casos, la aseguradora puede ofrecer una reducción de la cuota anual a cambio de un incremento en esta cuota obligatoria. Existen copagos para los tratamientos psicológicos en salud mental. El aseguramiento puede darse en dos modalidades diferentes, bien mediante el reembolso de los importes acordados por servicios prestados en cualquier proveedor, o bien en la atención sin costes adicionales para el usuario en los proveedores definidos por la entidad

aseguradora. Los ciudadanos pueden, además, contratar pólizas adicionales de forma voluntaria para cubrir otro tipo de servicios no incluidos en el aseguramiento básico, como asistencia odontológica por encima de los 21 años, cirugía plástica electiva, etc, y pueden hacerlo con la misma aseguradora (que con frecuencia ofrece paquetes integrados) o con otra; 91% de los ciudadanos tiene pólizas de este tipo.

Las entidades aseguradoras se mueven en un régimen de libre competencia, en el que pueden jugar con la calidad y el precio del paquete básico, pero no con su contenido, ni introducir precios diferentes en función de características personales, ni rechazar, bajo ningún concepto, cualquier individuo que solicite su aseguramiento; pueden también proponer diferentes modalidades de aseguramiento adicional, y ofrecer descuentos de hasta el 10% en el aseguramiento básico obligatorio cuando éste se hace adhiriéndose a contratos colectivos (de empresas, asociaciones...). La tendencia al abaratamiento de las pólizas ha originado una reducción de beneficios de dichas entidades (incluso entrando en pérdidas), lo que hace temer por la viabilidad del sistema a medio plazo.

Los ciudadanos eligen libremente aseguradora, y deben permanecer al menos un año con ella antes de poder cambiar; sólo un 3-5% de la población hizo uso de este derecho de cambio en los últimos años. Para ello disponen de acceso a abundante información institucional sobre calidad, listas de espera, etc, tanto de las aseguradoras como de los proveedores, información que había sido consultada, en el año 2008, por un 17% de la población. El

nivel de participación en la gestión de las instituciones es muy elevado, con una significativa presencia de ciudadanos en consejos de participación. Existe, además, un sistema muy definido de gestión de reclamaciones, que pueden resultar en propuestas de mejora o en sanciones, tanto económicas como profesionales; junto a ello, también está definido un sistema de compensaciones por errores sanitarios. De cualquier modo, el nivel de satisfacción de los ciudadanos con su sistema sanitario es muy elevado.

### **Aseguramiento sociosanitario**

Además del aseguramiento sanitario, existe un sistema de aseguramiento sociosanitario especial para los cuidados de larga duración, financiado mediante un régimen alternativo de aportaciones personales en función de los ingresos del individuo (12,15% del salario), del que saldrá un abono a las instituciones asistenciales en función de índices de intensidad de cuidados (55-300€ por paciente y día); además, el beneficiario de los servicios debe pagar parte de los mismos, mediante un copago relacionado con su nivel de ingresos. Cubre las necesidades especiales derivadas de procesos crónicos o invalidantes, así como la atención a la dependencia y los ingresos en instituciones de salud mental que superen el año de duración o en residencias asistidas.

Para tener acceso a estas prestaciones, el solicitante tiene que superar una valoración realizada por una agencia independiente única para todo el país, que determina el tipo de atención necesaria, y que a veces delega su valoración en MG o enfermeras de consulta o comunitarias para casos sencillos; en base a ello, existen dos modalidades de prestación: los centros de atención sociosanitaria regionales prestan los servicios que hayan sido determinados, o bien el interesado recibe una prestación económica con la que contratará por su cuenta la atención que necesite, incluso a sus propios familiares o cuidadores informales.

Existe, además, un sistema de apoyo social, dependiente del presupuesto para asuntos sociales que el Estado aporta a los municipios, para prestaciones adicionales como la adquisición de sillas de ruedas o la adaptación de la vivienda.

### **Provisión de servicios**

Tradicionalmente, la atención sanitaria en Holanda venía siendo prestada por instituciones privadas, propiedad de entidades religiosas o caritativas. Hoy, la provisión de servicios asistenciales continúa realizándose por profesionales que trabajan autónomamente o en

entidades de régimen privado, sin ánimo de lucro, y que son responsables de disponer de las estructuras y medios necesarios para prestar la atención que se precise.

Para poder prestar dicha atención deben haber contratado previamente sus servicios con las entidades aseguradoras, en un régimen de libre competencia que se va introduciendo progresivamente y en el que los criterios de calidad no se han consolidado suficientemente. La retribución que los profesionales y las instituciones sanitarias reciben de las aseguradoras incluye la correspondiente al mantenimiento de la instalación necesaria (edificio, material, etc), de la que, por tanto, son totalmente responsables.

El ciudadano goza de derecho a elegir libremente el profesional de atención primaria por el que quiere ser atendido, en cuya lista debe registrarse, y a elegir la institución y el profesional del nivel secundario una vez que ha sido derivado al mismo. A través de sus asociaciones, está teniendo cada vez más presencia en los ámbitos de negociación y decisión del sistema sanitario.

Según la modalidad concertada con la aseguradora, los ciudadanos pueden contar con un acceso gratuito a los profesionales concertados por ella, o bien con un sistema de reembolso por el cual los usuarios pueden consultar con cualquier profesional y la entidad aseguradora les restituirá el coste total o bien la tarifa que haya establecido para cada servicio. La financiación de medicamentos y productos sanitarios prescritos se realiza en función de un sistema de precios de referencia, que indica el importe a reembolsar al ciudadano.

El Gobierno no está involucrado en la prestación de los servicios, y su papel en todo el sistema es el de vigilar el funcionamiento y garantizar la calidad, la accesibilidad y la sostenibilidad del sistema, fijando las normas de funcionamiento y las condiciones generales de atención; se ha dotado, para ello, de la llamada Autoridad Sanitaria Holandesa, que además fija las tarifas por los servicios profesionales que no se han dejado aún a libre competencia del mercado, y de otras Agencias e Institutos, con diversas funciones, tanto de control como de asesoramiento, contando en este último caso con la participación de sociedades científicas, entidades aseguradoras, etc; como ejemplos, tenemos el Consejo de Sanidad, el Consejo de Salud Pública, el Comité de Evaluación de Medicamentos, el Comité de Instituciones Sanitarias y la Unidad de Información sobre Profesiones Sanitarias.

## **Atención Primaria: Medicina General / De Familia y Odontología**

### **Atención Primaria. El Médico General**

El sistema sanitario holandés se encuentra dividido en dos niveles: primario y especializado. El nivel primario de atención está atendido por **médicos generales, odontólogos, matronas, fisioterapeutas, farmacéuticos y psicólogos**. Esta elevada dispersión de cualificaciones profesionales tiene el riesgo de fragmentación de la atención a dicho nivel, y pone en primer plano la necesidad de potenciar la coordinación. Sólo los servicios de los cuatro primeros son de acceso directo para la población, mientras que para el resto deben contar con una derivación o prescripción del médico general. **Al segundo nivel sólo se puede acceder mediante derivación** procedente del nivel primario, fundamentalmente del médico general, aunque también pueden derivar fisioterapeutas y odontólogos dentro de su campo de actuación.

El médico general tiene un papel fundamental en el sistema sanitario holandés, debido su papel como gatekeeper y a la **obligatoriedad de los ciudadanos de estar registrados** con él (aunque pueden cambiar de uno a otro con libertad). La incapacidad laboral no está incluida entre las posibilidades de actuación del MG, sino que depende de los médicos de empresa.

Los casi 9.000 MG holandeses (1 por cada 1.970 ciudadanos) suelen trabajar sólo, o, de manera creciente, en pequeñas consultas atendidas por dos o tres profesionales, o incluso **en grupos (51% de los MG en 2008, generalmente de 3 a 7 o más médicos**, con el apoyo de personal auxiliar y de gestión, y con la participación cada vez más frecuente de otros profesionales, incluso integrados en modernos equipos multiprofesionales denominados "centros de salud"), tendencia que parece estar favorecida por la feminización de la profesión (entre las mujeres es más frecuente el trabajo a tiempo parcial) y un mayor deseo de conciliación de la vida laboral y familiar-personal. En la mayoría de los casos (90% del total de MG) son **responsables del funcionamiento de la propia consulta**, bien como empresarios individuales o en régimen de propiedad compartida, y contratan personal auxiliar que realiza las funciones administrativas y de recepción, y al que a veces asignan funciones clínicas

básicas (extracciones de sangre o taponés de conducto auditivo, toma de constantes...). En los últimos diez años, e incentivado por el gobierno, se está procediendo a la incorporación de enfermeras de consulta (en una proporción de una por cada tres médicos), cuya actividad se centra en la atención a crónicos.

**El estilo de práctica del médico general holandés suele ser menos intervencionista y más participativo y abierto a la dimensión psicosocial** que en otros países; sólo dos tercios de las consultas incluyen una prescripción de fármacos (en un país con un gasto farmacéutico per cápita inferior al de sus vecinos, y con un nivel de prescripción de antibióticos muy por debajo del de otros países); de hecho, un tercio de las consultas a un MG se deben a problemas psicológicos. Sin embargo, y tras superar una cierta [resistencia a la incorporación de actividades preventivas](#) en el pasado, en la actualidad se consiguen coberturas elevadas, con altos niveles de, por ejemplo, vacunación antigripal o screening o cervical.

de edad. [El desarrollo de guías de actuación](#) por parte de organismos públicos y del Colegio Holandés de Médicos Generales parece estar mejorando la calidad de la atención y produciendo una reducción en los porcentajes de derivación.

[Las consultas de medicina general](#) son responsables de atender a la población **de 8 de la mañana a cinco de la tarde de lunes a viernes**, con una tendencia general a concentrar las visitas en el horario de mañana. Debe solicitarse cita previa para ser atendido, cosa que se consigue, **en más del 95% de los casos, en el mismo día o al día siguiente**, aunque muchos MG ofrecen la posibilidad de ser atendidos acudiendo directamente a la consulta. Cada MG suele atender, en una jornada laboral, **una media de 30 pacientes en consulta** con una duración media de 10' por consulta (que tiende a ser mayor en el caso de ancianos y pacientes con peor morbilidad percibida), 4 a domicilio y 12 consultas telefónicas. La frecuentación varía según características de la población, como la edad o el grado de urbanización, pero ronda en torno a

máximos son fruto de la negociación realizada, y que varía según las características de la misma (en consultorio según sea una consulta corta o larga, 9-18€ en el año 2009; a domicilio, 13,20-22,50€; por vía electrónica o telefónica, 4,5€; y 4,5€ también por la inclusión de determinadas actividades preventivas, como es el caso de la vacuna antigripal); la retribución es independiente del profesional que la realiza la actividad (sea el médico o la enfermera de consulta, por ejemplo). Los importes son negociados entre la aseguradora dominante en una región y comités de médicos generales o la propia Asociación de Medicina General, sobre unos importes máximos definidos en una negociación de ámbito nacional entre la autoridad sanitaria y la Asociación de Médicos Generales; no obstante, se pueden dar contratos con médicos individuales para actividades de modernización, como la incorporación de la historia electrónica o la contratación de enfermeras de consulta. La introducción del nuevo sistema trajo consigo un ligero [incremento en el número y duración de las consultas](#), que repercutió en un 14% de aumento general de la partida retributiva a los profesionales. Actualmente se está trabajando sobre la posibilidad de pagar por proceso de atención, lo que obligaría a una mejor integración del cuidado. Un 8% de los MG ejercen en medio rural sin adecuada cobertura farmacéutica, y están autorizados a dispensar medicamentos, por lo que reciben una remuneración similar a la de los propios farmacéuticos, con un componente fijo por dispensación y otro dependiente del coste del producto. Una vez excluidos los gastos calculados de mantenimiento de la consulta y de personal necesario, un médico medio que trabaja como independiente o en régimen de cooperativa puede tener unos ingresos anuales de en torno a 100.000€. Si trabaja como asalariado, sus ingresos mensuales irán aumentando con el tiempo [desde los 3.460 hasta los 6.000 €](#), por debajo del salario de un especialista.



Imagen de la revista "De Huisarts" (El Doctor) de la "Nationale Raad van de Orde van Geneesheren" (Orden Nacional de Médicos).

El médico general holandés es responsable de la **atención médica a toda la población**, incluyendo los niños; el cupo medio registrado con cada MG en 2008 era de 2.300 personas. **Resuelve el 95-96% de los motivos de consulta**, y es el responsable del 80% de las [derivaciones a otros profesionales](#), que pueden ser tanto del nivel primario como de atención especializada. [En el caso de los niños](#), deriva entre el 7 y el 8% de los niños a otros especialistas, entre los que se encuentran los pediatras (a quienes llegan uno de cada cinco niños derivados por el MG); el mayor porcentaje de derivaciones se produce en los cinco primeros años

las 4,5 visitas por persona y año, en un país en el que la población valora los autocuidados.

Hasta el año 2006, el médico general recibía sus retribuciones mediante capitación para los pacientes con aseguramiento público y cobro por consulta para los de aseguramiento privado. Desde la reforma del 2006 percibe una capitación por cada ciudadano inscrito en su lista (corregida por edad y nivel socioeconómico de la población adscrita, estando en 2009 entre los 52 y los 69€ anuales), así como un pago por consulta realizada, cuyos

Una gran mayoría de los MG utilizan el "sistema de información de Medicina General" para la gestión de la asistencia, que lleva incorporadas herramientas adicionales para el seguimiento de procesos crónicos y para optimizar la prescripción (el "sistema de prescripción electrónica", que utilizan el 87% de los MG y que parece haber mejorado la calidad y el coste de la misma). Desde 2009, el Gobierno está intentando generalizar la utilización de la Historia Clínica Electrónica única; sin embargo, medio millón de ciudadanos se han opuesto a que sus datos sean incluidos en este sistema, y un tercio de los MG no

quieren introducir sus registros en el mismo.

El MG participa del sistema de cuidados paliativos, y se encuentra involucrado (aunque no obligado a participar) en procesos de eutanasia y suicidio médicamente asistido, legalmente regulados y que requieren de la participación de un médico que conozca bien al solicitante. Goza de un elevado prestigio dentro de la sociedad, pero se detecta un cierto grado de insatisfacción profesional en relación a las presiones recibidas para la innovación, la extensión de la historia electrónica unificada y la colaboración con otros profesionales.

### Atención odontológica

Existen unas 5.600 [consultas de odontología](#) en Holanda, en las que prestan servicios unos 9.383 dentistas, de los que en torno a un 15% han recibido la titulación correspondiente fuera del país; no parece haber salida de dentistas holandeses hacia otros países. Un 45% supera los 50 años de edad.

**La mayoría trabajan sólo (61%),** pero cada vez es mayor la proporción de quienes lo hacen en pequeños grupos, sobre todo los dentistas más jóvenes. **Un 77% de los profesionales son propietarios de su consulta,** mientras que un 16% ejercen como profesionales autónomos contratados por otros compañeros, y un 6% lo hacen en régimen asalariado. Las consultas suelen instalarse en edificios específicos (72%), y no pueden ubicarse en áreas residenciales, salvo que el correspondiente municipio lo autorice explícitamente; su distribución no es homogénea, existiendo una menor disponibilidad de dentistas en las áreas urbanas deprimidas. Existe un pequeño dispositivo específico de atención odontológica escolar, centrado sobre todo en la educación y la prevención, con financiación pública.

Los dentistas cuentan con el apoyo, para actividades preventivas y de educación sanitaria, de higienistas y auxiliares odontológicos, y pueden **derivar a sus pacientes a los especialistas de Cirugía Dental y Ortodoncia,** de nivel secundario, también accesibles a través del MG.

**La jornada semanal media es de 34 h,** a la que se añaden otras 10 h de lectura de fuentes bibliográficas y de estudio y formación continuada. Disponen de una media de 33 días de vacaciones. Las tarifas por servicios cubiertos por el paquete básico son definidas por el Estado, aunque se están realizando pruebas de sistemas de pago basados en mecanismos de mercado.

**Los ingresos brutos de un dentista pueden oscilar entre los 35,000 y los 120,000€ anuales.** El gasto total en asistencia odontológica supone el 5% del total del gasto sanitario del país.

## Atención Especializada, Urgencias y otras

### Atención Especializada

La atención especializada se ha venido prestando tradicionalmente en los hospitales, propiedad en su mayoría de organizaciones **sin ánimo de lucro.** En relación a los cambios en el aseguramiento, se han producido algunas fusiones entre centros hospitalarios, para aumentar su capacidad competitiva en el mercado sanitario. El número total de hospitales, en el año 2009, era de 85 hospitales generales y 8 universitarios, que actúan como centros de referencia para la patología más compleja.

En los últimos años se ha propiciado la aparición, con una tendencia claramente creciente, de **numerosas instituciones de tratamiento alternativas** (los centros independientes de tratamiento, 129 en 2009), que se especializan en la atención de determinados procesos que no requieren ingreso hospitalario, reduciendo costes (hasta un 20%), pero sin quedar claro si por un sesgo de selección de la población atendida. Finalmente, también existen centros específicos para Salud Mental, Cuidados Paliativos y determinadas patologías.

Los centros sanitarios especializados reciben sus ingresos del Estado en función de un **sistema de combinaciones diagnóstico-terapéuticas,** que une a los grupos diagnósticos utilizados en otros países los diferentes itinerarios seguidos en el proceso asistencial, por lo que el sistema es complejo y se está trabajando en su simplificación. Su introducción, que se está realizando desde 2006 **de manera gradual** para garantizar la suficiente estabilidad y capacidad negociadora por todas las partes, supuso un incremento del gasto, que se ha ido compensando en años sucesivos. Pero las instituciones sanitarias encaran cada vez más riesgos, al estar desapareciendo el apoyo que percibían del Estado para facilitar la transición al nuevo modelo de aseguramiento y financiación.

Los médicos que trabajan en los hospitales suelen [organizarse en grupos profesionales que prestan su servicio en los departamentos hospitalarios](#) a través de un régimen de contratación de servicios, distribuyéndose dentro del grupo las diversas funciones (entre las que se encuentra tanto la atención ambulatoria como la institucionalizada) y encargándose también de dar respuesta a los requisitos de atención continuada. El funcionamiento interno de los grupos suele ser bastante igualitario, dada la aversión de

los especialistas holandeses hacia la jerarquización. En torno a un 50% tienen o han tenido responsabilidades de dirección de su correspondiente grupo, y otro 25% estarían dispuestos a tenerla. Los distintos grupos se integran en departamentos funcionales, que tienen al frente a un especialista director sólo o acompañado de un director de gestión y organización, según el centro hospitalario.

Los grupos profesionales facturan su actividad directamente a las entidades aseguradoras o al propio hospital, y se reparten los ingresos obtenidos entre ellos, una vez descontados los gastos. Dependen del hospital en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos y materiales, cuyo reparto es fruto de negociaciones entre las diferentes entidades de especialistas y la dirección del hospital. **Tan sólo son asalariados en torno a un 22%** de los especialistas, fundamentalmente en hospitales académicos (universitarios), altamente especializados. Las mujeres tienden más a este tipo de contrato, así como a trabajar en jornadas reducidas.

Agrupados como "staff médico", del que todos forman parte por obligación contractual, [los especialistas eligen un comité consultivo](#) (de 5 o 6 miembros, por un período de dos años) con gran poder de influencia en las decisiones del Comité Directivo del hospital; con frecuencia, los médicos en régimen de contratación de servicios en entidades profesionales crean un comité propio para defender sus intereses específicos. En muchos grupos es casi un honor y una tradición ser parte de dicho comité durante algún período, incluso de forma rotatoria; el resto de miembros del grupo apoyan ese papel asumiendo algunas de las tareas que el especialista en funciones de representación no va a poder asumir, de cara a no reducir la contabilidad de resultados y conscientes de la ventaja de tener a uno de sus miembros con información directa de la gestión del centro. Muchos especialistas participan en el staff a través de su participación en diferentes comisiones de trabajo.

El poder de decisión aparece equilibrado entre el comité de dirección y la representación del staff, debiendo ésta ser consultada en las decisiones que afecten a la asistencia directa al paciente, y teniendo aquélla la primacía en las decisiones relativas a la administración y gestión de la institución; el hecho de que las decisiones deban ser tomadas por consenso hace que se respete, por lo general, este reparto de responsabilidades.

Los especialistas realizan su actividad hospitalaria repartiendo su tiempo, según

la especialidad concreta, entre la atención de consultas externas, el control de enfermos ingresados, las intervenciones quirúrgicas o mediante instrumental específico y la cobertura de la atención continuada; en total, las actividades de atención directa a pacientes suponen en torno al 65% de su jornada, dedicando otro 14% a actividades indirectas de atención (cumplimentación de informes, discusión de casos, etc), un 9% a actividades organizativas (que aumenta a un 12% en el caso de jefes de equipo), y repartiéndose el 12% restante entre actividades de supervisión, de formación y de investigación. Un 73% de los profesionales trabajan a tiempo completo, lo que les supone una **dedicación media de 50 horas semanales**; la jornada parcial es más frecuente entre las mujeres (y, consiguientemente, entre las generaciones más jóvenes) y entre los médicos en régimen asalariado. El nivel de satisfacción es elevado (81%), al parecer en relación con una percepción positiva de la gestión de los servicios sanitarios.



El tipo de retribución de los especialistas depende del tipo de contrato: en el caso del régimen asalariado, su importe se encuentra en la **horquilla entre los 5.300€ y 9.850€ mensuales**, en función del convenio y de la duración de su jornada; en el caso de los especialistas en régimen de sociedad profesional, resulta de aplicar una tarifa horaria estándar (en la que están incluidos los costes de inversión y gestión del servicio, que pueden suponer hasta un 65% de los ingresos totales) determinada a nivel nacional, que debe girar en torno a los 132,50€, con una jornada anual completa de

en torno a las 1555 horas. Esto viene a suponer un ingreso medio por profesional de unos **129.500€, una vez descontados los más de 75.000€ estimados de media en gastos de gestión e inversión**.

### Salud pública

La atención preventiva se presta fundamentalmente por **servicios públicos bajo la responsabilidad de los municipios**, al margen del sistema de aseguramiento, y en base a los presupuestos sociales que el Estado les transfiere. Existe cierta variabilidad de los servicios entre unos municipios y otros, lo que abre la posibilidad de la generación de desigualdades. A pesar de ello, existen unos servicios comunes básicos, como son la salud infantil y juvenil, la salud ambiental, la inspección sanitaria, la epidemiología, las actividades de despistaje y diagnóstico precoz, las vacunaciones, la educación para la salud y la salud comunitaria, fijados por el Estado.

Destaca, junto a las vacunaciones y a las actividades de *screening* (que realizan en colaboración con los MG), la **atención preventiva en la infancia y la juventud**: hasta los cinco años, se realizan revisiones en los propios centros municipales, con la participación de pediatras y enfermeros, con una media de 15 visitas; a partir de esa edad se encargan los médicos de los colegios. Si el niño precisara algún tipo de atención sanitaria, sería derivado al sistema asistencial, preferentemente a su MG.

La obtención de datos epidemiológicos se realiza a través del sistema de historia electrónica utilizada por la mayoría de MG. Se trabaja también en la intercomunicación entre los diferentes sistemas electrónicos de soporte, con la intención de reducir los errores; el acceso a los datos sólo puede realizarse con autorización del paciente, y siempre que sean necesarios para su tratamiento; pero el proceso genera rechazo entre los profesionales. La declaración de enfermedades infecciosas sólo es obligatoria, a nivel estatal, para VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; el sistema de vigilancia de enfermedades infecciosas depende de los municipios, y no tiene cobertura nacional. Existe también un registro de datos de admisiones hospitalarias, así como de efectos adversos de medicamentos. Los datos de mortalidad se toman del registro

poblacional, que se nutre de los certificados de defunción.

### Salud mental

La atención a la salud mental se encuentra a caballo entre los niveles primario y secundario de atención. Su financiación se basa en un sistema similar al de las combinaciones diagnóstico-terapéuticas que se utiliza para la financiación hospitalaria, y se realiza a cargo del sistema de aseguramiento sanitarios; las estancias hospitalarias de más de un año de duración se costean con cargo al sistema de cuidados de larga duración.

### Atención urgente

Los pacientes pueden solicitar atención urgente a **través de los MG (así lo hacen en el 80% de los casos)**, solicitando directamente traslado en ambulancia (que debe acudir en un plazo inferior a 15', y completar el traslado en otros 45), o acudiendo a los departamentos de urgencia hospitalaria.

Fuera del horario normal de funcionamiento de las consultas de MG, desde el año 2000 se ha desarrollado un [sistema de cooperativas regionales de atención urgente](#) formadas por la agrupación de un número elevado de profesionales (entre 40 y 120 MG), responsables del triaje telefónico (que realizan preferentemente por auxiliares de consulta o personal de enfermería formados específicamente y asistidos por protocolos y guías clínicas) y la atención a los pacientes que así lo solicitan y precisan, tanto en la propia cooperativa como en el domicilio; para esto último disponen de vehículo con conductor dotado de oxígeno, sistemas de infusión y desfibrilador. En los últimos años están apareciendo iniciativas de [integración de los puestos de atención de urgencia de MG en el seno de las Urgencias hospitalarias](#).

El nuevo sistema ha supuesto una reducción importante del número de horas dedicadas a este tipo de atención, así como de la carga de trabajo, frente al modelo anterior, basado en el establecimiento de un turno rotatorio de atención a la urgencia entre los profesionales; asimismo, ha conseguido también reducir la tasa de pacientes que acceden al hospital por propia iniciativa. La retribución de estos profesionales se realiza en base a las horas dedicadas por cada uno. En algunos casos (menos del 5% de los MG), el servicio se presta al margen de estas cooperativas, existiendo un sistema específico de tarifas por acto. Existen 107 [dispositivos hospitalarios de urgencia](#), distribuidos de forma que puedan ser alcanzados en menos de media hora de traslado desde cualquier

parte del país. Además, existen 11 unidades de urgencia traumatológica, todas ellas dotadas de medios de acceso rápido al lugar del accidente (en cuatro casos, con disponibilidad de helicóptero). Están dotados de **médicos sin formación específica, o, cada vez más, de médicos con formación en Medicina de Urgencias**, programa reconocido por el Consejo de Especialidades Médicas que existe desde el año 2000, pero que no otorga título de especialidad propiamente dicha. De esta manera, la atención que prestan los "especialistas" en urgencias queda bajo la supervisión de otros especialistas, lo que les coloca en situación de debilidad frente al resto de especialidades, aunque se encuentran integrados dentro del staff hospitalario. Conscientes de ello, trabajan por el reconocimiento pleno de su especialidad.

### Atención farmacéutica

Sólo pueden dispensar medicamentos de prescripción los farmacéuticos y los MG que así lo tengan autorizado por encontrarse en zonas sin cobertura de oficinas de farmacia; los fármacos que no precisan prescripción pueden encontrarse en otros establecimientos específicos. Y sólo pueden prescribir médicos, odontólogos y matronas, aunque se están comenzando a realizar experiencias de prescripción enfermera.

Las aseguradoras definen la necesidad de que cada oficina de farmacia disponga de una base poblacional de unos 8.000 habitantes, y pueda proveer en torno a 40.000 prescripciones al año. La mayoría están regentadas por **empresarios independientes, aunque un tercio de las mismas pertenecen a las grandes cadenas farmacéuticas**, cuyo papel se ha incrementado por las medidas liberalizadoras introducidas en la última década. El farmacéutico comunitario, que ejerce su labor en las oficinas de farmacia, ha pasado de tan sólo dispensar fármacos a poder proveer información sobre su uso adecuado.

Trabaja en colaboración con los MG, existiendo numerosos **grupos de consulta farmacoterapéutica** entre ambos tipos de profesionales. Aunque existe una fuerte resistencia a la visita por representantes de la industria farmacéutica, hasta un 60% de farmacéuticos y un 40% de MG la realizan.

Existe un **sistema de precios de referencia** con la intención de contener el gasto farmacéutico. Los precios máximos se fijan en función de los existentes en cuatro países del entorno (Alemania, Bélgica, Francia y Reino Unido), y luego son sujeto de negociación entre aseguradoras, farmacéuticos y productores de genéricos. Existe una clase especial de fármacos de muy amplio uso, para los que el reembolso a los usuarios se basa en el precio más barato.

## El acceso a la profesión médica en Holanda y su regulación

### Formación de pregrado

La formación de los nuevos médicos se realiza en una de las ocho facultades de Medicina / hospitales académicos durante seis años, los dos últimos con prácticas clínicas. El número de plazas está limitado a nivel estatal, mediante un *numerus clausus* de acceso fijado por el Ministerio de Educación, en colaboración con el de Sanidad, en un proceso en el que confluyen el azar y el expediente académico de forma complementaria (mayor oportunidad de acceso a mejor expediente), con acceso directo para las mejores calificaciones.

La formación dura 6 años, los dos últimos con prácticas clínicas, y es obligatorio superar un examen final de carácter nacional.

### Formación especializada

Tras obtener el título de Medicina, el médico puede solicitar una plaza para iniciar su formación especializada, aunque con frecuencia debe esperar un tiempo durante el que puede ejercer como médico no especialista. La selección se realiza mediante la valoración de las capacidades y motivaciones del candidato, mediante entrevista con un comité específico de cada centro que ofrece la formación correspondiente; en algunos casos (como es el de la Cirugía General), el proceso de selección es nacional. El número de plazas de formación, que intenta responder a la demanda de especialistas, es fijado anualmente por el Parlamento al aprobar los Presupuestos del Ministerio de Sanidad; se celebran dos convocatorias anuales, que comienzan, respectivamente, en los meses de marzo y septiembre, y la oferta de plazas se difunde a través de medios profesionales.

La duración de la formación especializada varía según las diferentes especialidades: 3 años para MG, entre 4 y 6 años para el resto de especialidades clínicas, entre 2,5 y 4 años para especialistas en salud pública, y 2 años para médico de residencias asistidas. También hay aspectos que cambian de unas a otras especialidades: por ejemplo, en el caso de la MG basta con ser admitido por la institución formadora, pero en el caso de los especialistas clínicos deben comunicar su plan de formación al Comité de Registro de Especialistas de la Real Asociación Médica de Holanda (KNMG), y en el de las áreas de Salud Pública, el solicitante debe encontrar un puesto de trabajo relacionado con este

área, donde el citado Comité pueda supervisar la formación.

El contenido de la formación viene determinado por tres Comisiones integradas en la KNMG, una para MG, otra para las especialidades médicas y otra de medicina social. Cada especialidad, a su vez, cuenta con su comisión específica, integrado por representantes de las universidades, la profesión médica, las asociaciones científicas y la asociación correspondiente de instituciones de formación, así como por representantes de los departamentos de Salud y Seguridad Social del gobierno y de los médicos tutores. Todos los programas de las especialidades deben ser aprobados, tras su elaboración por la Comisión correspondiente, por la KNMG y por el Ministerio de Sanidad y Bienestar.

Para el control de su proceso de formación, cada médico en formación debe registrarse, además, con un Comité de Registro de Especialidades, antes mencionado, según el área de especialización elegido; éste se encarga de la supervisión de la formación y de las instituciones que la llevan adelante. Los residentes deben presentar, al final de su formación, un portfolio que recoge su recorrido formativo y la evaluación de la competencia por parte de sus tutores. Si durante el proceso hay algún problema, existen comités de apelación específicos para cada área de formación.

Una vez aceptado por el Comité el proceso formativo realizado, el médico recibe el título de especialista correspondiente y, junto a él, en muchos casos obtiene también el título académico de doctor. La incorporación laboral como especialista está prácticamente garantizada en el caso de los MG, a pesar de lo cual encontrar un puesto tiene sus dificultades, debido a que los médicos prefieren trabajar en grupo y en zonas urbanas, y las vacantes se producen sobre todo en consultas individuales y en zonas alejadas y/o deprivadas socialmente.

El Ministerio de Sanidad cubre el salario del médico en formación (entre 2.200 y 2.400€ mensuales en 2003 para el caso de los MG), así como el del médico supervisor (1.600€ mensuales en el caso de los MG) y los costes asociados de infraestructura, lo que supone un coste total de la formación de en torno a 150.000€ por especialista.

### Regulación profesional

Todos los médicos están obligados a registrarse en un registro público y, si quieren ejercer como especialistas con todos los derechos, en los registros específicos (uno de MG y otro de

especialistas) de la Real Asociación Médica de Holanda. Dicha entidad es la responsable de todo lo relacionado con la competencia profesional, y en su seno existen diferentes organismos dedicados a ese cometido, que ejercen su función con independencia e incluso mediante delegación del Ministerio de Sanidad. Asimismo, deben superar un proceso de recertificación periódica quinquenal en el que la formación continuada es una pieza esencial, así como la realización de un mínimo de labor asistencial y la realización de auditorías por parte de otros profesionales, con la realización de proyectos de mejora. Los médicos extranjeros deben solicitar el reconocimiento de sus cualificaciones y, si no proceden de países del Espacio Económico Europeo (Unión Europea más países asociados -Noruega y Suiza-), un permiso de trabajo para el ejercicio profesional.

Tradicionalmente, el control de la profesión se ha basado en la autorregulación, siendo las organizaciones profesionales responsables de la recertificación y agentes activos en la mejora de la calidad, mediante, por ejemplo, la elaboración de guías de práctica clínica. Se está promoviendo la creación de procesos de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) que mejoren la competencia no sólo científica, sino también relacional, organizativa, de coordinación... De hecho, se está comenzando a exigir, para la recertificación de los médicos, la participación en programas de visita médica y de revisión por pares<sup>9014</sup>.

No se conoce el porcentaje de médicos con titulación extranjera, que puede rondar el 10%, aunque en torno a la mitad serían médicos holandeses formados en la vecina Bélgica.

### Organizaciones profesionales

La [Real Asociación Médica Holandesa \(KNMG\)](#), fundada en el siglo XIX, es desde 1999 una federación de organizaciones profesionales, representativa y de promoción y defensa del ejercicio profesional y de su calidad, con seis grandes áreas de trabajo desarrolladas por cada una de sus organizaciones-miembro (especialistas, médicos generales, médicos asalariados, médicos del trabajo, médicos de instituciones geriátricas y de larga estancia, y médicos de seguros). Tiene, además, la función de [control de la cualificación de los especialistas](#), tanto durante su formación como durante su ejercicio profesional, mediante la elaboración de perfiles competenciales específicos, basados en el [perfil canadiense CanMEDs](#), que deben contar con el respaldo del Ministerio de



Guía terapéutica para la prevención de la EPOC, editada por el Colegio Holandés de Médicos Generales (NGH).

Sanidad. En base a ellos, se establecen los requisitos para la recertificación cada cinco años, en un proceso que exige de cada profesional un mínimo de 16 horas semanales de ejercicio y al menos 200 h de formación continuada relevante dentro del ámbito de la correspondiente especialidad. La Asociación tiene también un importante papel en la salvaguarda ética y legal de la profesión médica, a través de un comité formado por abogados, médicos y expertos en ética, y desarrolla guías específicas en ámbitos tan relevantes como la eutanasia, la sedación terminal, los cuidados paliativos, el aborto o la circuncisión. En 2009, la Asociación lanzó una campaña de promoción del [profesionalismo médico](#), en respuesta a los posibles riesgos que la reforma sanitaria podría crear sobre la práctica profesional.

El [Colegio Holandés de Médicos Generales \(NHG\)](#) funciona como sociedad científica, vinculada a la asociación de médicos generales de la KNMG, y está muy comprometida con la mejora de la calidad, entre otras cosas con la publicación de guías clínicas y terapéuticas. Existen diferentes

organizaciones específicas de muchas de las especialidades médicas.

Existe una [Asociación Holandesa para la Educación Médica](#), que reúne a los profesores y tutores de los ámbitos de formación de pre y postgrado de Medicina, Odontología y otras profesiones sanitarias. Entre sus objetivos está promocionar la calidad de la educación médica, la investigación en este ámbito (con la promoción de tesis doctorales en su seno) y la publicación de la [Revista Holandesa de Educación Médica \(TMO\)](#).

### Otras profesiones

Los odontólogos tienen también el deber de registrarse en el registro de profesionales sanitarios, y cuentan con dos asociaciones representativas, la mayoritaria [Asociación Holandesa para el Avance de la Odontología \(NMT\)](#), y la minoritaria [Asociación Dental Holandesa \(ANT\)](#). Su papel representativo les lleva a defender el punto de vista de los profesionales en las negociaciones tanto con las aseguradoras como con la autoridad sanitaria.



Otras profesiones se encuentran representadas por la Real Asociación Holandesa por el Avance de la Farmacia (en la que se encuentran asociados los farmacéuticos -principalmente con ejercicio en Atención Primaria-), la Asociación Holandesa para la Prevención y la Promoción de la Salud, etc. Existen también asociaciones específicas de hospitales y de empleadores en el ámbito sanitario.

## Bibliografía

1. La redacción del capítulo está basada en la información contenida en la revisión sobre el sistema sanitario holandés del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias: Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van der Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands. Health system review. Health systems in transition n° 12, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. Disponible en [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf) [último acceso, 23 de febrero de 2013].
2. Grol R. Quality development in health care in the Netherlands. The Commonwealth Fund: 2006. Documento en Internet, disponible en [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund\\_Report/2006/Mar/Quality\\_Development\\_in\\_Health\\_Care\\_in\\_the\\_Netherlands/Grol\\_qualityNetherlands\\_910.pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund_Report/2006/Mar/Quality_Development_in_Health_Care_in_the_Netherlands/Grol_qualityNetherlands_910.pdf.pdf) [último acceso 05 de abril de 2013].
3. Van den Berg MJ, De Bakker DH, Van Roosmalen M, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. NIVEL; 2005. Disponible en <http://www.nivel.nl/pdf/De-staat-van-huisartsenzorg-2005.pdf> [acceso, 23 de abril de 2013].
4. Knottnerus JA, ten Velden GHM. Dutch doctors and their patients. Effects of health care reform in the Netherlands. *N Engl J Med* 2007;357(24):2424-6. Disponible en <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0707383> [último acceso, 05 de abril de 2013].
5. Pooter J. Primary health care in the Netherlands. The nature, structure, financing, regulation, supply of, and training and demand for primary health care in the Netherlands. La Haya: Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes; 2005. Disponible en [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_binary/o4499\\_Health%20care%20in%20the%20Netherlands.pdf](http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o4499_Health%20care%20in%20the%20Netherlands.pdf) [último acceso, 12 de abril de 2013].
6. Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *JGIM*. 2003;335-42. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494863/> [último acceso, 30 de abril de 2013].
7. Drenthen T. Challenges to prevention in Dutch general practice. *Am J Clin Nutr* 1997;65(supl):1943-5S. Disponible en <http://ajcn.nutrition.org/content/65/6/1943S.full.pdf+html> [último acceso, 29 de abril de 2013].
8. Otters H, van der Wouden JC, Schellevis FG, Koes BW, van Suijlekom-Smit LWA. Dutch general practitioners' referral of children to specialists: a comparison between 1987 and 2001. *B J Gen Pract*. 2004;54:848-52. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1324919/> [último acceso, 30 de abril de 2013].
9. van den Berg MJ, de Bakker DH, Westert GP, van der Zee J, Groenewegen PP. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? *BMC Health Services Research* 2009, 9:39. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/39> [último acceso, 30 de abril de 2013].
10. <http://www.youchooz.nl/> [acceso, 23 de septiembre de 2010]. Página web de información sobre profesiones sociosanitarias.
11. Okma K. The changing role of general practitioners: how typical is the Dutch case? *J Health Serv Res Policy* 2006;11:65-6. Abstract disponible en <http://jhsrps.rsmjournals.com/content/11/2/65.extract> [último acceso, 25 de abril de 2013].
12. EU manual of dental practice. Council of European Dentists; 2009. Disponible en [http://www.eudental.eu/library/104/filices/new\\_eu\\_manual\\_2009\\_version\\_41\\_aug010-20100827-1652.pdf](http://www.eudental.eu/library/104/filices/new_eu_manual_2009_version_41_aug010-20100827-1652.pdf) [acceso, 11 de abril de 2013].
13. Kruijthof CJ. Doctors' orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals [Tesis doctoral]. Universidad de Utrecht, 2005. Disponible en [http://repub.eur.nl/res/pub/6763/050610\\_Kruijthof.pdf](http://repub.eur.nl/res/pub/6763/050610_Kruijthof.pdf) [último acceso, 16 de abril de 2013].
14. Harten van, W.H. Differences within the groups of physicians and managers in Dutch hospitals providing leads for intergroup cooperation. 2010. Documento en Internet, disponible en la dirección <http://purl.utwente.nl/publications/76815> [acceso, 14 de marzo de 2013].
15. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*. 2003;168(3):271-5. Disponible en <http://www.cmaj.ca/content/168/3/271.full> [último acceso, 16 de abril de 2013].
16. Van Uden CJT, Giesen PHJ, Metsemakers JFM, Grol RPTM. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale cooperatives. *Fam Med* 2006;38(8):565-9. Disponible en <http://www.stfm.org/fmhub/fm2006/September/Caro565.pdf> [último acceso, 30 de abril de 2013].
17. Moll van Charante ER. Dutch general practitioners in a time of change. Studies on out-of-hours and GP hospital care [Tesis doctoral]. Universidad de Amsterdam; 2007. Disponible en <http://dare.uva.nl/document/47757> [acceso, 30 de abril de 2013].

18. Thijssen WAMH, Giesen PHJ, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands. *Emerg Med J*. 2012;26:6-9. Disponible en <http://emj.bmj.com/content/29/1/6.long> [último acceso, 16 de abril de 2013].
19. Kathan CD. Emergency physicians in the Netherlands. The development and organizational impact of new multidisciplinary professionals in hospitals [Tesis doctoral]. 2007. Disponible en <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/feb/2008/c.d.kathan/thesis.pdf> [último acceso, 18 de abril de 2013].
20. Mulligan T. EM Development in the Netherlands [Reportaje]. *Emergency Physicians Monthly*, 20 de julio de 2010. Disponible en <http://www.epmonthly.com/archives/features/em-development-in-the-netherlands/> [último acceso, 30 de abril de 2013].
21. Foundation for Advancement of International Medical Education and Research. Postgraduate Medical Education Project. Netherlands [Página web]. Disponible en [www.faimer.org/resources/pme/netherlands.html](http://www.faimer.org/resources/pme/netherlands.html) [último acceso, 24 de abril de 2013].
22. Van der Gaag R, Wigersma L. Royal responsibilities. [Reportaje]. *Science Omega Review Europe* 2013;1. Disponible en [1014/royal-responsibilities](http://www.scienceomega.com/article/1014/royal-responsibilities) [último acceso, 24 de abril de 2013].
23. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS framework. [Página web]. Disponible en <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> [último acceso, 24 de abril de 2013].
24. The Royal Dutch Medical Association. Medical professionalism. Utrecht: The Association, 2007. Disponible en <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-Medical-professionalism-KNMG-manifesto-2007.htm> [último acceso, 24 de abril de 2013].

## ASUNTOS LABORALES

### Incapacidad temporal y ausencia por enfermedad o accidente



Tras el baile normativo que se produjo, durante el año 2012, en torno a la regulación del pago de la incapacidad temporal (IT) al personal al servicio de las Administraciones Públicas, el inicio de este año 2013 ha venido marcado por la regulación de una figura diferente, la ausencia por enfermedad o accidente que no origina IT que, siendo adecuadamente justificada, no supondrá descuento en nómina cuando no supere los cuatro días al año o un máximo de tres de forma continuada. En el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid, todos estos cambios, recogidos en un informe jurídico de nuestra asesoría, se resumen a:

1. En caso de IT, reducción de un 50% de la retribución durante los 3 primeros días, y de un 25% del 4º al 20º día, manteniéndose el total de la retribución a partir del día 21. Se toma como referencia para el cálculo las retribuciones recibidas durante el mes anterior, a excepción de la parte variable ligada a incentivos.
2. No habrá ninguna reducción si la causa es una contingencia profesional (accidente laboral o enfermedad profesional), o en las denominadas circunstancias excepcionales, es decir, cuando la causa de la IT ha precisado tratamiento quirúrgico, ingreso hospitalario, quimio o radioterapia, o si se ha producido durante el período de gestación (aunque no dé lugar a una situación de las tipificadas como riesgo durante el embarazo).
3. Cuando la ausencia al trabajo por enfermedad o accidente, debidamente justificada, no dé lugar a una IT, se reducirán en un 50% las retribuciones de los días correspondientes a partir del 5º día en cada año natural (o del 4º si se trata de días consecutivos); esos primeros cuatro días al año (de los que un máximo de tres pueden ser consecutivos) no irán gravados con ninguna reducción retributiva.

#### Informe Jurídico de la Asesoría Jurídica de AMYTS

([descargar en PDF](#))