

LA MEDICINA EN OTROS SISTEMAS SANITARIOS

Suecia¹

Con una larga tradición de gobierno descentralizado, el sistema sanitario sueco es en gran parte de propiedad y gestión públicas, aunque en manos de los gobiernos regionales y municipales; el Estado sólo mantiene la competencia de planificación y supervisión general de dicho sistema. En los últimos años se está produciendo un incremento de la influencia del gobierno central, así como una tendencia a la liberalización de la asistencia sanitaria, con la introducción de principios como la libre elección de centro y profesional y la cobertura de la asistencia prestada por agentes privados debidamente acreditados.

ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

Aspectos generales

Suecia tiene una población de 9,4 millones de habitantes, muy envejecida y dispersa por el territorio (la densidad de población es baja, 20 hab/km²), concentrada sobre todo en el sur y en la costa, con una elevada concentración en las ciudades (más del 80% vive en entorno urbano, y la proporción continúa en aumento) y con una baja densidad de población en las regiones del norte, en las que se mantienen algunos grupos étnicos indígenas (Meankielie y Sami). Un 20% de los ciudadanos suecos son de origen extranjero.

Rica en recursos primarios (que proporcionan un 2% de su PIB), su economía está basada en la industria pesada, el comercio y los servicios, con una alta participación de las exportaciones (49%) en el PIB. Tras un crecimiento económico rápido en los años 50 y 60, la crisis de los años 70 golpeó con dureza a Suecia, y se mantuvo de alguna manera hasta los 90, en que una política de severa restricción presupuestaria y de privatizaciones impulsó de nuevo su economía. Aunque experimentó una nueva recaída en los comienzos del siglo XXI, parece estar resistiendo los embates de la crisis actual con una política fiscal muy agresiva (se incrementaron los impuestos sobre la renta salarial en el año 2008). En 2010 ocupaba el 9º lugar en la escala de desarrollo humano de Naciones Unidas. Su esperanza de vida al nacer se encuentra entre las más altas del mundo (83,2 años para mujeres y 79, para varones). Aunque es miembro de la Unión Europea desde 1995, no participa



en la unión monetaria tras la decisión negativa tomada en referéndum en 2003.

Con una monarquía parlamentaria como forma de gobierno y una elevada participación electoral, la tradición sueca de gobierno descentralizado y transparente se encuentra garantizada incluso en su Constitución. Existen tres niveles de gobierno claramente diferenciados entre sí: el gobierno central, el regional (21 regiones y “condados”, número reducido en los últimos años por la fusión de varios de estos en cuatro unidades más grandes llamadas propiamente “regiones”) y el municipal (290 municipios); éstos últimos son los responsables de la asistencia sanitaria, a la que dedican el 90% de su presupuesto, y también de otros asuntos, como la atención a las personas mayores y con discapacidad, la educación y la protección del medio ambiente. Municipalidades y gobiernos regionales son responsables de la recaudación de en torno al 30% de los impuestos (20 y 10% respectivamente), aunque reciben ingresos complementarios tanto por aportaciones estatales como por

recaudación de “copagos”. La aportación del Estado tiene como objetivo compensar las desigualdades de base impositiva que se pueden dar entre regiones y municipios, en base a criterios de “capitación compensada” con otros factores. La carga impositiva media del ciudadano sueco oscila entre el 29 y el 34% de los ingresos, según el municipio de residencia, y no hay una partida finalista concreta destinada a Sanidad; ésta vendrá configurada principalmente por las decisiones administrativas, sobre todo a nivel de condado y municipio.

Financiación y aseguramiento de la asistencia sanitaria

Suecia dedicó a Sanidad el 9,9% de su PIB en 2009, siendo el 80% aportado por las administraciones públicas (70% por los condados, 8% por los municipios y 2% por el Estado) y un 17 % por los usuarios directamente, mediante aportaciones individuales de tipo “copago” de los servicios de cobertura pública. Sólo el 3% se debe a asistencia privada, fundamentalmente financiada

por los empleadores y con el objetivo principal de evitar las listas de espera. El 17% del gasto sanitario público se dedicó a AP, mientras que el 62% fue para la atención especializada y en salud mental, un 3% para la atención odontológica y un 14% para gasto de farmacia y productos sanitarios; al menos un 40% del total se destinó a salarios de los profesionales.

El pago a los proveedores suele realizarse mediante mecanismos mixtos en AP (capitación más pago por servicios, con una parte variable que puede oscilar entre el 20 y el 60% del total), mientras que en atención hospitalaria puede utilizarse un mecanismo de presupuesto cerrado anual o bien una combinación de éste último con pago por resultados y pago por actividad, siempre fijando topes máximos anuales, bajo la forma de pago por grupos de diagnóstico, en lo que supone la introducción de criterios de mercado en la financiación de los hospitales. La ciudad de Estocolmo está [ensayando el pago cerrado por procesos](#)², en un intento de incentivar la calidad de la atención. Los profesionales son mayoritariamente asalariados de las instituciones proveedoras, con una jornada semanal de 40 h y unos salarios mensuales de en torno a 6.300€ en el caso de los médicos y 4.700 para los dentistas en este régimen de ejercicio (ya que la mitad ejercen en régimen privado).

El sistema sanitario sueco se entiende como un sistema socialmente responsable de la salud de todos sus ciudadanos, basado en tres principios básicos: el de la igual dignidad de todos los seres humanos (y la consiguiente prohibición de cualquier discriminación), el de necesidad y solidaridad (por el que tienen prioridad los que padecen más necesidad) y el de coste-efectividad. Dentro de estos principios, y de las políticas generales emanadas del gobierno central (Ministerio de Sanidad, el Comité Nacional de Salud y Bienestar y otras siete agencias estatales principalmente), regiones y municipalidades tienen un cierto grado de libertad organizativa, a la que se achaca la aparición de importantes desigualdades territoriales; de ahí que se esté intentando recuperar un mayor grado de centralización en las decisiones, y se encuentra en marcha un proceso de confluencia de los condados en un número reducido de regiones. No existe un paquete definido de prestaciones.

Existe un compromiso público por parte del gobierno estatal, con carácter legal y que deben cumplir los condados, en relación a las listas de espera (0-7-90-90), según el cual el acceso para información o consulta debe ser inmediato (disponiendo para ello de un [sistema de acceso público](#) para todo el país), la



Datos y consejos de todo lo relacionado con las enfermedades y la salud en la web:

<http://www.1177.se/>

consulta con un médico general debe realizarse con una demora inferior a 1 semana, y tanto la consulta con el especialista como la demora de una intervención no deben superar los 90 días. Si el condado es incapaz de cumplir este compromiso, el ciudadano puede elegir recursos fuera de su condado de procedencia, que éste se verá obligado a asumir, incluyendo gastos de desplazamiento. Actualmente se encuentra en trámite una legislación que regule los derechos de los pacientes, aunque se encuentran recogidos en los principios rectores del sistema sanitario ya citados, y la última revisión de la legislación sanitaria incluía entre las obligaciones de los condados la de ofertar información que potencie la posición electora del paciente, la posibilidad de que éste pueda requerir segundas opiniones en situaciones clínicas graves, y la obligación de contar, en todos los condados y municipios, con un Comité de Pacientes.

La información sanitaria se encuentra dispersa entre múltiples fuentes, aunque se ha integrado la información sobre listas de espera (que es públicamente accesible) y la de vigilancia epidemiológica. Una [iniciativa pública](#) y [otra privada](#) facilitan información de calidad sobre los diferentes proveedores, con objeto de facilitar la decisión por parte de los ciudadanos; sin embargo, el uso de esa información por parte de estos últimos no es muy frecuente. Está en marcha un proceso de definición de indicadores comunes para comparar criterios de calidad entre los diferentes proveedores.

Diversos organismos estatales se ocupan de proveer información basada en pruebas y de elaborar guías de práctica clínica, cuya cumplimentación práctica se

intenta promover. El Comité Nacional de Salud y Bienestar las emite en tres formatos: uno para gestores sanitarios, otro para profesionales de la salud, y otro para ciudadanos y familiares. También hay una agencia estatal encargada de la supervisión del mercado farmacéutico, la evaluación de los medicamentos y las decisiones de incorporación a la financiación pública.

En toda la asistencia sanitaria rige el principio de responsabilidad de los profesionales por las acciones que estos realizan. Se ha desarrollado enormemente el campo de la seguridad del paciente, con sistemas de comunicación de incidentes que pueden resultar, si es el caso, en procesos sancionadores hacia la institución o el profesional responsable, independientes del procedimiento destinado al abono de indemnizaciones. La [reducción de complicaciones](#)² está alcanzando buenos resultados en algunos centros sanitarios, por ejemplo en la reducción de úlceras por presión o en el control de infecciones nosocomiales.

Provisión de servicios

Los municipios son responsables de la atención primaria (con 1.100 centros de atención) desde los años 60 del pasado siglo, mientras que los condados son, desde mediados del siglo XIX, responsables de la atención hospitalaria, directamente (70 hospitales en la actualidad) o a través de su confluencia en seis grandes regiones sanitarias, responsables de los siete hospitales terciarios. Los condados son también responsables de la prestación odontológica, aunque la financiación pública de ésta corre a cargo del aseguramiento social estatal. Municipalidades y regiones son representados conjuntamente en un organismo, SKL - SALAR, que sirve de interlocutor común frente al gobierno central y a otras organizaciones, y ejerce también como patronal de los profesionales sanitarios, mayoritariamente asalariados a su cargo. Las inversiones realizadas por todos los niveles de administración pública deben seguir estrictos criterios de transparencia.

La última década del siglo XX y la primera del XXI han potenciado la libertad de elección por parte del paciente, incluyendo la posibilidad de elegir, bajo cobertura pública, proveedores privados debidamente acreditados por los condados; ésto ha llevado a la desaparición de la asignación geográfica de la población a los centros sanitarios públicos de atención primaria. Seis hospitales son de propiedad privada, y los prestadores privados de atención primaria se han concentrado sobre todo

en las áreas urbanas del sur y el oeste; aunque todo ello ha introducido el juego de mercado en la compra de servicios sanitarios por parte de los condados y municipios, su impacto es mínimo. También se ha vivido en los últimos años la liberalización de la atención farmacéutica, hasta 2009 prestada bajo monopolio del Estado, con el surgimiento de varias cadenas de venta farmacéutica y la posibilidad de adquirir algunos productos de especialidades "publicitarias" fuera del circuito farmacéutico.

Los usuarios pagan diferentes [tasas por los servicios que utilizan](#)², aunque la mayoría de ellos tienen un tope máximo anual que, una vez superado, permite quedar exento de nuevos pagos en ese año. En general, los menores de 20 años están exentos de pago. Las visitas al médico de atención primaria conllevan un copago de entre 11y 22 €, según el lugar de residencia, y de entre 25 y 35€ en las visitas al especialista, con un tope anual conjunto de 122€ en el año 2011; el paciente debía pagar completamente la adquisición de fármacos cubiertos por el sistema público hasta alcanzar los 122€, a partir del cual el porcentaje de copago se iba reduciendo hasta quedar eliminado por completo cuando se hubieran superado los 244€ de abono anual por parte del interesado; también hay un tope máximo para copago, de 220€ anuales, en el caso de otro material sanitario. El coste por día de ingreso hospitalario era de en torno a 9€, aunque con reducciones a partir del 10º día, y en caso de ancianos o personas con escasos recursos económicos. La atención dental a mayores de 20 años (por debajo es gratuita) cuenta con dos tipos de subsidio estatal: por un lado, un abono directo de entre 15 y 30€ anuales para actividades preventivas, y una cobertura parcial del importe (de entre el 50 y el 85%) a partir de un gasto anual de 333€, sin tope máximo. También hay tope para el copago de servicios sociosanitarios, situado en los 190€ en el mismo año.

ASISTENCIA SANITARIA

Atención Primaria. El Médico General

Como ya ha quedado apuntado, la organización y provisión de la atención sanitaria es responsabilidad de los Consejos de Condado. Estos proveen directamente los servicios de Atención Primaria a través de centros públicos (centros de salud) multiprofesionales, unos 1.100 a lo largo de toda la geografía sueca; en ellos, los médicos generales (entre 4 y 10 en la mayoría de centros, con un promedio de seis por cada centro, mayor que en el resto de países europeos) comparten actividad con enfermeras comunitarias y especializadas en

determinadas enfermedades, fisioterapeutas, psicólogos, ginecólogos, etc. Estos centros, responsables de la atención a los habitantes de un área geográfica determinada hasta la introducción de las reformas privatizadoras y de libertad de elección, ejercen tanto labor asistencial como preventiva y de promoción de la salud, y con una importante orientación comunitaria (colegios, residencias, etc). La atención infantil es compartida por los médicos generales y enfermeras comunitarias, contando con la colaboración puntual de pediatras que, esporádicamente, se desplazan desde el hospital, [una vez que han desaparecido los escasos pediatras](#)³ que, durante los años 70, se contrataron por algunos de los condados para sus centros de salud. Los centros cuentan con importante apoyo de laboratorio y radiología, así como aparato de ecografía y rectoscopio para uso por el mismo MG, que, por otro lado, puede acceder a todas las pruebas complementarias de que disponga el hospital de referencia. Los médicos generales son responsables de la incapacidad temporal.

Tradicionalmente, el peso de la atención hospitalaria ha sido muy elevado, y en los últimos años se están desarrollando planes para potenciar la Atención Primaria. Aún así, el porcentaje de presupuesto sanitario que se asigna a este nivel asistencial es del 17%. El paciente puede acudir directamente a los especialistas o precisar derivación del médico general, según el condado de que se trate, pero es habitual acudir previamente al médico general, con quien se puede concertar una cita habitualmente en un plazo inferior a los dos días (en más del 90% de los casos la cita se consigue en la semana que la garantía de tiempo de espera da para este nivel asistencial). Con motivo de la dispersión geográfica de la población y las adversas condiciones climáticas de

gran parte del país, es frecuente que el primer contacto del paciente con la AP sea telefónico; la llamada (que puede ser grabada para resolver posibles conflictos legales) puede ser atendida por un médico, o bien por una enfermera especializada en este tipo de tarea, que puede resolver la necesidad sanitaria del paciente o dirigirle hacia otro profesional o dispositivo de atención.

Las [enfermeras comunitarias o de distrito](#)⁴ juegan un papel importante en la atención comunitaria a la población. Se hacen responsables de actividades de educación y atención sanitaria en las escuelas, así como de la atención sanitaria de las residencias de ancianos y hogares asistidos, en este caso como empleadas municipales, y [en colaboración con los médicos generales](#)⁵. Además, hay enfermeras que se especializan en áreas clínicas concretas y realizan el seguimiento de pacientes crónicos (diabéticos, EPOC, etc), pudiendo realizar algunas prescripciones de medicación dentro de protocolos establecidos. Esto, junto al papel de filtro que puede ejercer la enfermera que recibe las consultas telefónicas, puede jugar un papel importante en el reducido número de visitas por habitante que reciben los médicos generales, en torno a 2 al año, mientras que al resto de profesionales de AP en conjunto, cada ciudadano acude una media de 4 veces al año.

En estos centros, [los profesionales trabajan en régimen asalariado](#)⁶. El coordinador del centro ejerce funciones de dirección de personal, y es el encargado de contratar a los médicos. Para ello, uno de los requisitos es concertar un entrevista personal, y, en caso de ser aceptado, habrá que negociar condiciones específicas de dedicación, así como salario. La jornada es de 40 h, con la posibilidad de tener que realizar



alguna hora extra por necesidades del servicio, en un horario que suele estar comprendido entre las 7:30 h y las 17:30 h. [A ello hay que añadir](#)⁷ un turno rotatorio para cubrir el horario vespertino, y la cobertura de guardias de fin de semana ocasionalmente.

En los años 90 se introdujeron localmente algunas [medidas pro-libre elección](#)⁸, posteriormente derogadas, pero reintroducidas a partir del año 2007, y reforzadas definitivamente mediante reforma de la ley sanitaria. En concreto, desde el año 2010 es obligatorio para todos los Condados la libertad de instalación de nuevos proveedores de atención primaria que reúnan los criterios de acreditación previamente definidos, y que los ciudadanos puedan elegir libremente entre los proveedores situados en su Condado de referencia, siguiéndoles en su recorrido el dinero asignado a su atención. La intención es que los mecanismos de mercado pudieran introducirse y contribuyeran a un incremento de la accesibilidad, la mejora de la calidad y la rendición de cuentas de los servicios sanitarios. La introducción de nuevos proveedores (muy rápida al inicio) supuso la ruptura del principio de responsabilidad del centro sobre los habitantes de un área geográfica, asignándose a los ciudadanos el proveedor elegido por ellos o el último que les hubiera prestado servicios asistenciales; en caso de no cumplirse ninguno de los dos criterios, en la mayoría de condados se hacía una asignación por defecto al proveedor más cercano. En un principio, se acompañó de una tasa significativa de cambio en la población (de hasta el 20%), que se ha reducido de forma importante en los últimos años. Los nuevos proveedores se han situado, principalmente, en las áreas urbanas.

Sin embargo, el modelo de introducción de proveedores privados a variado de unos condados a otros; mientras que en el de Estocolmo se ha fomentado la diversidad de proveedores, centrados en determinadas áreas de atención (fisioterapia, psicología, etc), en el resto de condados se ha optado por mantener la idea de centros integrales de salud con dotación multiprofesional; en el primer caso, el pago se realiza mediante una mezcla de capitación y pago por acto en el que este último cubre el 60% del total de ingresos, y en el segundo los proveedores son responsables de una partida de financiación (que puede incluir el gasto en farmacia o de derivaciones a especialistas) que depende, en un 80%, de una capitación ajustada por criterios socioeconómicos, y que puede verse reducida en caso de que no se alcancen los objetivos fijados en cuanto nivel de atención (cubrir el 80% de la atención

ambulatoria de la población asignada) o diversos objetivos de calidad asistencial. En algunos casos, la reforma ha supuesto la reaparición de pediatras dentro del campo de la Atención Primaria.

Del total de 5.000 médicos generales, [el 80% trabajan en centros públicos](#)⁹, mientras que el resto lo hacen en proveedores privados.

Atención odontológica

Los Consejos de Condado son responsables de que la población pueda acceder a servicios odontológicos de calidad, y de garantizar la atención gratuita hasta los 20 años de edad mediante servicios dentales públicos locales, aunque las familias pueden elegir recibir esos servicios de proveedores privados, lo que ocurre entre el 5 y el 25% de los casos. Se ofrecen revisiones anuales o bianuales y tratamiento si es preciso.

Por encima de los 20 años de edad, la atención odontológica depende mayoritariamente del sector privado (entre el 60 y el 80%), aunque está parcialmente subvencionada: por un lado, mediante un pequeño ingreso anual, variable según la edad, que puede utilizarse para actividades preventivas y de revisión, y por otro mediante un esquema de protección frente a gastos elevados que cubre un porcentaje



creciente de la factura odontológica una vez que ésta ha superado, en el plazo de un año, el límite de los 333€; una agencia estatal determina los servicios odontológicos que están cubiertos por este esquema, y las tarifas máximas para cada servicio que puede considerarse en el mismo. Los pacientes crónicos o con dificultades económicas pueden conseguir un mayor nivel de subvención.

Para la labor asistencial, los más de 14.000 dentistas cuentan con apoyo de enfermeras dentales y tres tipos diferentes de personal auxiliar: higienistas dentales, que pueden ofrecer atención directa, diagnosticar caries y enfermedad periodontal y, en algunos casos, utilizar oclusiones temporales; técnicos dentales, para la producción de prótesis y aparatos de ortodoncia; y técnicos dentales,

[En la práctica privada](#)¹⁰, de forma individual o en pequeño grupo, los ingresos proceden del cobro de tarifas a sus pacientes, con su correspondiente subvención pública cuando corresponda; tan sólo un 1% de dentistas trabajan totalmente al margen del sistema público de subvenciones. La práctica en grupo puede ser por asociación entre dentistas, relación asalariada (con algunos dentistas asalariados por el o los propietarios de la consulta) o alquiler de instalaciones.

En general, la percepción de la propia salud odontológica es buena entre los ciudadanos suecos, y [su nivel de satisfacción](#)¹¹ con la atención odontológica es elevado.

Atención Especializada

La atención especializada consume en Suecia el 53% del presupuesto sanitario de los condados, y tan sólo un 6% de la misma es prestada por proveedores privados. Su tendencia ha sido decreciente, con una clara tendencia a la derivación de la atención hacia atención primaria y hacia otros recursos.

Suecia partía de una elevada dotación hospitalaria, que sufrió un proceso de concentración y reducción a raíz de las sucesivas crisis económicas, sobre todo la de los años 90. El proceso sufrió numerosas críticas, y tampoco ha producido mejoras en la calidad de la atención, pero llevó a grandes fusiones como la de los dos hospitales que actualmente forman el actual Hospital Universitario de Karolinska, en Estocolmo (que, por cierto, no consiguió el objetivo esperado de ahorro). En el proceso de concentración se han formado centros especializados específicos, como es el caso de los centros regionales oncológicos. También tuvo como consecuencia la creación de las regiones mediante la confluencia de condados, para poder garantizar la existencia de centros de referencia altamente especializados; así, las seis regiones que surgieron de ese proceso, más el municipio "regionalizado" de Estocolmo, dan cabida a los 8 hospitales de alta especialización. El proceso de regionalización (es decir, de concentración de servicios) se ha pretendido extender, a partir de esta necesidad, a otros campos de la actividad política, con gran debate público por lo que representa de pérdida de poder y representatividad local.

El sistema de pago a los hospitales tiene [varias modalidades](#)²: puede ser por presupuestos globales fijados anualmente, aunque se está pasando cada vez más a pagos por acto con topes anuales (que producen la interrupción de algunas actividades una vez alcanzado dicho tope) o a pagos en función de grupos

relacionados con diagnóstico; este último caso es el aplicado, por ejemplo, por el condado de Estocolmo, que paga un precio cerrado por proceso (cirugía de cadera o rodilla, por ejemplo, algo más de 6.000€), incluyendo el proceso de valoración, tratamiento y manejo de complicaciones que puedan sobrevenir.

Los hospitales se dividen en dos tipos principales: hospitales regionales de alta especialización (8), y hospitales de condado y locales (en torno a 70). En general, los condados se dividen en áreas sanitarias, cada una de ellas con un hospital que presta atención sanitaria básica, incluyendo atención de urgencias, y un hospital de referencia para todo el condado que presta un espectro más amplio de atención; junto a ellos, puede haber dispositivos locales enfocados a procesos más concretos y específicos (centros de rehabilitación, por ejemplo) que, en muchos casos, proceden de antiguos hospitales locales cuyos servicios han sido derivados a otros centros, en un intento de reducir costes. Dentro de la negociación presupuestaria anual de cada hospital, y en el marco de la promoción de la elección por parte de los ciudadanos, el condado puede especificar partidas concretas para la atención de pacientes que provengan de áreas sanitarias del condado distintas a la de referencia de cada hospital.

Los hospitales regionales, propiedad del condado en que ese encuentran instalados, prestan atención de alta especialización a los pacientes de todos los condados integrados en la correspondiente región sanitaria, que deben establecer un acuerdo para la financiación de dicho hospital; suelen estar vinculados con universidades para la docencia de los futuros profesionales.

Aunque la organización puede variar de un Condado a otro, cada hospital cuenta con un comité de dirección nombrado por el Consejo de Gobierno del Condado, a excepción de los casos en que la atención se haya concertado con entidades privadas (aunque la propiedad de los edificios continúe siendo pública).

La atención sanitaria se organiza en Departamentos, en mayor o menor número según el tamaño del hospital, que incluyen, a su vez, diferentes unidades o áreas asistenciales, correspondientes con las diferentes especialidades; [la geriatría está presente](#)¹² en muchos de los hospitales, así como en centros específicos.

El hospital asigna a cada Departamento el presupuesto correspondiente anualmente, que incluye todos los gastos (salarios, pruebas complementarias, fármacos para enfermos ingresados...) y que éste puede repartir entre sus



Hospital Universitario de Karolinska, en Estocolmo.

diferentes unidades, aunque pueda gestionar de forma centralizada los salarios de los médicos (a partir de los 6.000€ mensuales brutos, con unos impuestos muy complejos que pueden alcanzar el 45%).

Cada Departamento se hace [responsable de la correspondiente atención](#)¹³ a pacientes ingresados y a pacientes ambulatorios, mediante los mismos profesionales, contratados en régimen asalariado, en zonas muy pobladas, como el condado de Estocolmo, pueden existir clínicas para atención especializada ambulatoria independientes de los hospitales.

En el caso de los pacientes ingresados, es habitual que, [dentro de la sala del Departamento](#)¹⁴, puedan ser atendidos por especialistas no directamente relacionados con su patología, aunque con posibilidad de consulta con éstos. En el caso de las visitas ambulatorias, el especialista puede acceder, ya en la primera visita, a las pruebas realizadas en Atención Primaria, e incluso a nuevas pruebas concertadas con anterioridad por el propio especialista, una vez que recibe el parte de interconsulta. Los pacientes también pueden acceder directamente, pero en este caso tienen que pagar un copago más elevado.

El proceso de privatización ha alcanzado también a los hospitales, aunque no sin resistencias, que eliminaron esa posibilidad entre los años 2000 y 2008, tiempo en que estuvo vigente la denominada Ley Stop a la Privatización. Ello hace que seis hospitales sean de propiedad privada, aunque financiados públicamente, como es el [caso del hospital St. Göran](#)¹⁵, en Estocolmo, gestionado por Capio, aunque el edificio mantiene titularidad pública; en otros

casos, los nuevos edificios se construyen bajo el modelo de [partenariado público-privado \(PPP\)](#): Además de ello, [9 hospitales privados operan al margen de la financiación pública](#)¹⁶, realizando sus cobros en base a un sistema de pago por acto, y [especializándose en algunas áreas concretas](#)¹⁷, como la cirugía electiva.

Atención de urgencias

La [unidad de Urgencia hospitalaria](#)¹⁸ suele constituir un Departamento independiente dentro de los hospitales que disponen de ella, que puede, a su vez, estar subdividido en varias unidades. La concentración de la atención hospitalaria de urgencia y la elevada dispersión geográfica de la población han hecho que Suecia se haya dotado de un [amplio dispositivo de atención y transporte prehospitalario de urgencias](#)¹⁹, que incluye helicópteros e incluso la posibilidad de equipar varios aviones para transporte colectivo, con la presencia de personal paramédico bien formado y de enfermeras especializadas, que comienza, in situ, el proceso de diagnóstico y tratamiento. Desde SOS Alarm 112, con 21 centros a lo largo del país, se gestionan los recursos necesarios en una emergencia.

Con la especialidad de Medicina de Emergencias aprobada en 2006, los departamentos de urgencia hospitalaria están mayoritariamente cubiertos por especialistas de otros ámbitos y por médicos en formación. Sin embargo, el acceso a la especialidad está mediado por la realización de otra previa, por lo que la obtención del doble título se demora 8 años.

Salud mental

Con una tasa de suicidios elevada, que llega a ser la primera causa de muerte en

la población joven, Suecia otorga gran importancia a la salud mental y consume el 9% del gasto sanitario (la mitad en paciente ingresados) para la atención de la patología mental y las dependencias, y un 7% de dicha asistencia es prestada por proveedores privados. Tras la [reforma des-institucionalizadora](#)²⁰ de los años 80, se trasladó el grueso de la atención a los servicios ambulatorios y comunitarios, pero el escaso desarrollo de estos últimos, en manos de los municipios, ha dejado parcialmente desatendidas las necesidades sociosanitarias de los pacientes.

[La patología psiquiátrica](#)²¹ menor es manejada en Atención Primaria por médicos generales y psicólogos. La patología más compleja se deriva a las unidades ambulatorias y hospitalarias de psiquiatría, en las que la primera valoración puede ser realizada por un psiquiatra (25% de los casos), un psicólogo o una enfermera especializada, y se orienta el tratamiento.

Existen tres especialidades médicas dentro del ámbito de la psiquiatría en Suecia: psiquiatría general, psiquiatría infantil y del adolescente, y psiquiatría forense, con un reparto aproximado de 100:24:4 respectivamente de los cerca de 2.000 especialistas existentes en 2011. A pesar del incremento en un 30% del número de psiquiatras desde los años 90, la dotación actual se considera insuficiente, no cubierta por los especialistas existentes. Además, un elevado porcentaje de los mismos (71%) supera los 50 años de edad. Su distribución es irregular, con una mayor concentración en las áreas urbanas.

Atención sociosanitaria

Se encuentra bajo la responsabilidad financiera de los municipios, por lo que se generan problemas de coordinación con el resto de niveles asistenciales, pertenecientes a los condados. Como ejemplo, decir que la atención médica de las residencias depende de estos últimos, ya que las propias residencias se encuentran bajo gestión municipal y están bajo la dirección de enfermeras especializadas o enfermeras de distrito. Muchos de los servicios son prestados por entidades privadas.

La ley otorga a los ancianos el derecho a recibir servicios públicos para cubrir sus necesidades. Suecia tiene una alta tasa de ancianos institucionalizados (6,2% de los mayores de 65 años), y el gasto en residencias supone el 60% del gasto total en atención a personas mayores, mientras que el otro 40% se dedica a apoyos en el hogar. En ambos ámbitos, [la satisfacción de los ciudadanos es elevada](#)¹¹. Sin embargo, la gran carga asistencial genera escasez de personal cualificado para este tipo de asistencia, y algunos municipios

retribuyen a los cuidadores informales (principalmente familiares) que atienden a las personas mayores en sus hogares.

Cuidados paliativos

Bajo responsabilidad de condados y municipios, se basa en unidades sitas en hospitales, aunque con atención domiciliaria [especialmente desarrollada en las áreas más rurales](#)²², en colaboración con los profesionales de AP. Así, es posible contactar, fuera del horario de las unidades específicas, con las enfermeras de distrito o con los servicios de urgencia hospitalaria locales.

EL ACCESO A LA FORMACIÓN MÉDICA Y SU REGULACIÓN

Formación de pregrado

[Los estudios universitarios de Medicina](#)²³ duran cinco años y medio (once semestres), están totalmente financiados por el Estado y su programa está determinado por cada Facultad universitaria (existen siete en Suecia), dando mucha importancia al trabajo personal y en grupo. El número de plazas está prefijado, se ha incrementado en los últimos años y actualmente está en torno a la cifra de 1.600 nuevos alumnos anuales, que se pueden incorporar en dos convocatorias semestrales al año, en función de sus calificaciones o del Examen de Aptitud, con un elevado nivel de competitividad debido a la elevada demanda de estos estudios.

Finalizados los estudios del grado de Medicina, para obtener la licencia de ejercicio (necesaria para el ejercicio independiente de la Medicina) es preciso un [período adicional de internado](#)⁷ de 21 meses de duración, que tiene el objetivo de que el profesional adquiera la experiencia práctica requerida para su ejercicio durante un rotatorio que incluirá rotaciones hospitalarias en áreas de Medicina Interna, Cirugía y Psiquiatría, y un rotatorio de seis meses en Medicina General; tras dicho período, hay que superar un examen final.

Formación especializada

La [formación especializada](#)²⁴ tiene una duración mínima de cinco años (que ha de incrementarse proporcionalmente si se

realiza en régimen de jornada reducida), existiendo un elevado número de especialidades médicas en Suecia (57). Para cada una de ellas existe un programa que recoge los conocimientos y habilidades necesarios para el ejercicio de la especialidad, definidos por la respectiva asociación de especialistas (integrada tanto en la Asociación Médica Sueca como en la Sociedad Médica Sueca, responsables también de la acreditación de centros de formación) y aprobados por la institución reguladora, el Comité Nacional de Salud y Bienestar), entidades de las que hablaremos más adelante.

La formación, que deberá realizarse en régimen de dedicación exclusiva, reúne práctica profesional supervisada y una serie de contenidos teóricos, bajo la supervisión de un tutor. El responsable último de la formación es el jefe de departamento / director clínico médico, que es quien, de acuerdo con el tutor, deberá emitir un certificado de idoneidad de la formación recibida, con la que el médico obtendrá su título de especialista. No existe un examen final de residencia, aunque algunas especialidades han propuesto un examen voluntario.

Durante la formación, el médico puede cobrar un [salario bruto que oscila entre los 2.500 y los 4.000 €](#)²⁵ de parte de la institución responsable de su formación.

Regulación y ejercicio profesional

El registro y acreditación de profesionales, así como la emisión de títulos oficiales (la licencia para el ejercicio médico y el título de especialista) y el reconocimiento de competencias de profesionales extranjeros, radica en el [Comité Nacional de Salud y Bienestar](#). Esta misma institución, dependiente del Ministerio de Sanidad, supervisa el ejercicio profesional y la asistencia prestada por las instituciones sanitarias, y traslada al Comité de Responsabilidad Médica los comportamientos que puedan ser tributarios de sanción, que puede alcanzar la suspensión temporal o definitiva de la autorización para ejercer. Aunque los profesionales se encuentran asegurados por el empleador, se recomienda disponer de una aseguramiento complementario privado.

En 2008 se registraron 2.000 nuevos títulos de Medicina, de los que la mitad



eran de ciudadanos comunitarios no suecos. Los médicos que proceden de países de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo (acuerdo de la UE con Suiza y Noruega para libre movilidad de trabajadores y ciudadanos) [habrán de presentar](#)²⁶ ante el citado Comité su titulación original y el certificado de buena praxis de su país de origen para obtener la certificación de validez de su titulación profesional (si coincide la titulación y la especialidad) y, si van a residir durante más de tres meses, inscribirse en la Oficina Sueca de Migraciones, siguiendo la normativa europea. [El punto único de contacto](#)²⁷ para resolver cualquier duda en torno al reconocimiento europeo de cualificaciones es, en el caso de Suecia, Universitets- och högskolerådet (The Swedish Council for Higher Education), Box 45093, SE-104 30 Stockholm (SVERIGE); tel: + 46 10 470 03 00; E-mail: kontaktpunkt@uhr.se; website: www.uhr.se; aunque, para el caso de las profesiones sanitarias, la autoridad en ese campo es ejercida por el Comité Nacional de Salud y Bienestar.

Los profesionales de origen extracomunitario deben seguir un [proceso más complejo y restrictivo](#)²⁸, que pasa por obtener un permiso de residencia y registrarse como tal en la Oficina de Migraciones, y la realización de un proceso de formación complementaria al recibido en su país de origen, que incluye formación específica en aspectos legales médicos y una parte de formación clínica que puede alcanzar una duración de 18 meses y la realización de un examen, una vez acreditada suficiente competencia en la lengua sueca.

No hay obligación de recertificación periódica, ni requisitos mínimos de actividades de formación continuada.

Las ofertas de empleo suelen canalizarse a través de las revistas médicas ([Lakartidningen](#) -Revista Médica Sueca- y [Moderna Lakäre](#) -la revista de la sección de médicos jóvenes de la Asociación Médica Sueca-) y también se hacen públicas en las oficinas de empleo. Aunque está prohibida cualquier discriminación contraria a los derechos humanos, los empleadores suecos (incluidos los Consejos de Condado) tienen bastante libertad a la hora de contratar a los profesionales, pero las condiciones deben quedar claramente expuestas (incluyendo el salario) en el contrato de trabajo que se firme con cada profesional. Los contratos son permanentes salvo que se especifique de otra forma.

La libertad de que gozan los empleadores, incluso los públicos, hace que las probabilidades de éxito a la hora



Svenska Läkaresällskapet

de conseguir empleo sean mayores en áreas deficitarias de profesionales. Además, se esperan déficits futuros por la masiva jubilación de profesionales, el retorno de profesionales de otros países nórdicos a su lugar de origen y la emigración de otros en busca de mejores condiciones de ejercicio, por lo que las oportunidades laborales parece que mejorarán con el tiempo. Y de hecho, Suecia realiza campañas de captación activa de profesionales en otros países, generalmente por iniciativa de los propios empleadores públicos (como [el caso de Örebro](#)⁷, por ejemplo).

Organizaciones profesionales

La [Asociación Médica Sueca](#) es la organización profesional y sindical a la que se encuentran afiliados el 90% de los médicos (una vez reconocida la validez de su titulación) y que acoge también a estudiantes (a través de la Asociación Sueca de Estudiantes de Medicina, MSF) y a internos y residentes en formación especializada (a través de la Asociación de Médicos Jóvenes de Hospital, SYLF). Su ámbito de competencia alcanza lo relativo a salarios, jornada laboral, entorno de trabajo, formación e investigación, firmando convenios “marco” en nombre de sus miembros en lo relativo a todos esos temas; también dispone de un código ético para los profesionales. Además, presta asesoramiento y apoyo en materias contractuales y laborales (que son negociadas de forma particular entre el médico y el empleador, dentro del marco general establecido, antes de la firma del contrato), proporcionando información sobre la situación de los salarios, y proporciona apoyo legal en materia disciplinaria.

Los médicos forman parte de la Asociación a través de la correspondiente sede local, y también pueden asimismo formar parte de asociaciones específicas según la posición profesional/especialidad en la que ejerza el interesado (como la [Asociación Sueca de Medicina General](#), de [Geriatría](#)...). [La cuota mensual oscila entre los 20 y los 45 €](#)

[mensuales, según el nivel profesional en que se ejerza](#)²³.

La Asociación Médica Sueca es miembro de la [Confederación Sueca de Asociaciones Profesionales](#). Otros profesionales sanitarios se encuentran representados por la [Asociación Sueca de Profesionales Sanitarios](#), mientras que la [Asociación Dental Sueca](#) representa a los dentistas, la [Asociación Farmacéutica Sueca](#) agrupa a los operadores farmacéuticos, y la Industria Farmacéutica basada en la Investigación en Suecia agrupa a la industria.

La [Sociedad Médica Sueca](#) es el equivalente a la Asociación en lo referido a los contenidos científicos y de investigación de la profesión médica, y tiene un papel importante en la promoción y financiación de la investigación de los profesionales. Las asociaciones específicas de especialidad, además de estar integradas en la Asociación, lo están también en esta institución. Junto con la Asociación Médica Sueca y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (que integra a las autoridades de municipios, condados y regiones), ofrece un [amplio programa de actividades de formación continuada](#).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition. 2012, 14(5):1–159. Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf [último acceso, 31 de mayo de 2013]. Es el texto base sobre el que está elaborado el artículo, que además recoge aportaciones del resto de documentos citados en esta bibliografía.
2. Esmail Z. Sweden, a star performer in the eyes of an emerging health leader. Lessons in Quality and Patient Safety. Canadian College of Health

- Leaders, 2012. Disponible en <http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/Sweden%20Study%20Tour%20Report%20FINAL%20ZE.pdf> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
3. Rabo E. Distriktsbarnläkarens uppgång - och fall? [Elevación y caída del pediatra de atención primaria en Suecia]. *Sven Med Tidskr.* 2001;5(1):199-207. Artículo en suco, abstract en inglés disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824412> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 4. Riksförningen för distriktsköterskor (Asociación Nacional de Enfermeras de Distrito de Suecia). The district nurse. A key provider of primary care. Documento web, disponible en www.distriktskoterska.se/download.php?f_id=34&id=1 [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 5. Modin S, Törnkvist L, Furhoff AK, Hylander I. Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Family Practice* 2010, **11**:82. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/82> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 6. Ripoll Perelló J. Atención primaria en Lidköping (Suecia). *Revista Valenciana de Medicina de Familia.* 2011; 16: 17-8. Disponible en <http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201104/05praclinica.pdf> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 7. Working in primary care [página web]. Örebro Läns Landsting (Consejo del Condado de Örebro); 2013. Disponible en <http://www.orebroll.se/en/Work-Education/Nederlands/Working-in-Primary-Care/> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 8. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Econ Policy Law.* 2011 Oct;6(4): 549-69. Abstract disponible en <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8368259> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 9. Nilsson A. Primary health care in Sweden. Unión Europea de Médicos Generales / de Familia. Documento web, disponible en <http://www.uemo.eu/national-sections/13-sweden.html> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 10. Kravitz AS, Treasure ET. Manual of dental practice. Consejo de Dentistas Europeos, 2009. Disponible en www.eudental.eu/library/104/filials/new_eu_manual_2009_version_41_aug010-20100827-1652.pdf [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 11. Swedish happy with local healthcare [página web]. Swedish Health Care. Disponible en <http://swedishhealthcare.se/news/swedes-happy-with-local-healthcare/> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 12. Geriatric Medicine in Sweden [Página web]. Svensk Geriatrisk Förening (Asociación Sueca de Geriátria), 2013. Disponible en <http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Specialitetsforening/Svensk-Geriatrisk-Forening/In-English/> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 13. Saltman RB, Berleen G. The Role of Outpatient Hospital Care in Sweden and Stockholm County. Boston University 2000. Documento web, disponible en <http://dcc2.bumc.bu.edu/russianlegalhealthreform/ProjectDocuments/n800.IIC3.Bkgd.pdf> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 14. Porter ME, Baron JB, Rejler M. Highland District County Hospital: gastroenterology care in Sweden. Harvard Business School, 2010. Documento web, disponible en www.vinnvard.se/index.php/download_file/view/70/107 [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 15. Ramesh R. Private healthcare: the lessons from Sweden [Noticia]. *The Guardian*, 18/12/2012. Disponible en <http://www.guardian.co.uk/society/2012/dec/18/private-healthcare-lessons-from-sweden> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 16. Mason C. Public-private health care delivery becoming the norm in Sweden [Noticia]. *CMAJ* 2008; 179: 129-31. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443216/pdf/20080715s00009p129.pdf> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 17. Van der Steeg HJ, Schrijvers AJP. Small hospitals outside the Netherlands and their orientation towards specific tasks and target groups. Utrecht: Universitair Medisch Centrum, 2005. Documento web, disponible en http://kennisplein.zorgenvbouw.nl/Pdf/CBZ%20Website/English/Full%20Reports/english_small_hospitals.pdf [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 18. Sadock J, Arnhjort T, Malmquist P, Aujalay N. Emergency Medicine in Sweden. Documento web, disponible en http://www.stefangeens.com/emergency_medicine_sweden.pdf [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 19. Björnstig U. Pre-hospital emergency care in Sweden - with special emphasis on care of traffic victims-. *IATSS Research.* 2004; 28: 24-31. Disponible en <http://www.iatss.or.jp/common/pdf/en/publication/iatss-research/28-2-03.pdf> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 20. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system: past, present and future. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000; 23: 293-307. Disponible, bajo suscripción, en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S01602527000039X> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 21. Hadlaczky G, Stefenson A, Wasserman D. The state of psychiatry in Sweden. *International Review of Psychiatry* 2012; 24: 356-62. Disponible, bajo suscripción, en <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540261.2012.690338> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 22. Axelsson B. Specialized palliative home care in Sweden with special respect to the development in sparsely populated areas. *Socialmedicinsk Tidskrift.* 2013; 90:193-199. Disponible en <http://socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/view/>

23. [961/784](#) [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 Doctor / Physician. Sveriges Akademikers Centralorganisation, 2012. Página web, disponible en <http://www.saco.se/en/omstart/Your-professioneducation-in-Sweden/DoctorPhysician/> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
24. Socialstyrelsen (Consejo Nacional de Salud y Bienestar de Suecia). Doctors' specialist medical training. El Consejo, 2008. Documento web, disponible en http://www.socialstyrelsen.se/english/Documents/Doctors_specialist_medical_trainin
25. [g National Board of Health and Welfare.pdf](#) [último acceso, 31 de mayo de 2013]
 Living and working in Sweden. EU Health Staff – Overseas Doctor Jobs. Página web, disponible en <http://www.overseasdoctorjobs.com/sv/living-working/> [último acceso, 31 de mayo de 2013]
26. The Swedish Medical Association. Information por doctor with non-Nordic qualifications. The Association, 2010. Documento web, disponible en https://www.slff.se/Pages/2033/lakarforbundet_utomnordisk_exameng.pdf [último acceso, 31 de mayo de 2013]
27. The EU single market. National Contact Points. Página web, disponible en http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/contact/national_contact_points_en.htm [último acceso, 31 de mayo de 2013]
28. Berleen Musoke S. Foreign doctors and the road to a Swedish medical license. Experienced barriers of doctors from non-EU countries. Södertörn University, 2012. Documento web, disponible en sh.diva-portal.org/smash/get/diva2:541360/FULLTEXT01

MUNDO PROFESIONAL

El porvenir de la profesión. Difícil futuro para los médicos que terminan su especialidad en España

Quienes analizamos la demografía médica y nos preocupamos, de verdad, por el futuro de cada uno de los profesionales, estamos ahora mismo muy pendientes de la realidad de los médicos jóvenes que terminan en estas fechas su especialidad. La situación de crisis que atraviesa España produce unas expectativas pobres de crecimiento económico y un parón en las perspectivas demográficas, que se han invertido con respecto al pasado reciente; son, precisamente, los dos indicadores más sólidos para anticipar posibles tendencias futuras en la necesidad de médicos. Y a ello hay que unir la situación de parón sanitario, que implica la no creación de nuevas plazas sanitarias en nuestro sistema asistencial, e incluso la amortización (desaparición) de las plazas dejadas vacantes por los profesionales que se jubilan. Con estos ingredientes, las posibilidades de esos jóvenes médicos de encontrar un lugar donde ejercer su profesión en España son mínimas y, aunque aún no son excesivos los datos de paro en nuestra profesión, mucho nos tememos que sí comiencen a serlo en las próximas semanas.

No hemos de deducir de todo ello que los esfuerzos de planificación sean inútiles. Las expectativas que existían hace tan sólo unos años, con unas previsiones de crecimiento poblacional totalmente distintas y el incremento de jubilaciones que se producirá en la próxima década, hacían necesario un incremento del número de profesionales a formar para mantener en

niveles similares a los existentes la ratio poblacional de médicos, evitando así grandes oscilaciones de la misma. La imprudencia de las autoridades políticas, que han permitido la multiplicación de facultades privadas como medio de hacer frente a esa necesidad (o de incrementar el volumen de negocio privado en nuestro país, no queda claro), hace ahora difícil actuar sobre el *numerus clausus* de Medicina en la dirección en que ahora es necesario, en la de reducción de las plazas, hasta un nivel próximo a las 5.500 plazas anuales.

Volviendo al tema que nos preocupa, no creo que las organizaciones profesionales podamos quedarnos de brazos cruzados ante la pobre perspectiva de nuestros compañeros más jóvenes. La profesión no es una cosa individual, y la conciencia de profesión se ha incrementado en los últimos años, aunque aún quede mucho por hacer. Es necesario que trabajemos para ofrecer algún tipo de ayuda útil a esos jóvenes, tanto a los que decidan emigrar a otros países en busca de posibilidades laborales, como a los que opten por quedarse en España a hacer la travesía de la crisis sin abandonar su lugar de origen. Y que sigamos atentamente los análisis que puedan ofrecer pistas de actuación, como el que se ofrecerá en la sede de la OMC el próximo día 11 de junio.

Miguel Ángel García