



Københavns Universitet



Ser medico en...

Bjerrum, Lars; Llor, Carlos

Published in:
Actualizacion en Medicina de Familia

Publication date:
2012

Document version
Tidlig version også kaldet pre-print

Citation for published version (APA):
Bjerrum, L., & Llor, C. (2012). Ser medico en... Dinamarca. *Actualizacion en Medicina de Familia*, 8(9), 519-21.

Ser médico de familia en...



Dinamarca



Lars Bjerrum

CS Svendborg, Profesor de Atención Primaria, Departamento de Atención Primaria y Salud Pública, Universidad de Copenhague, Dinamarca.

Carles Llor

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Jaume I, Tarragona.

El sistema de salud

Dinamarca tiene en la actualidad 5,4 millones de habitantes. La moneda es la corona danesa (1 €=7,5 coronas). Como en otros países escandinavos, Dinamarca disfruta de un estado de bienestar con acceso universal de todos sus ciudadanos a la asistencia sanitaria. Todos los daneses tienen acceso directo a los médicos de Atención Primaria (AP) aunque también a oftalmólogos, otorrinolaringólogos y servicios de urgencias hospitalarios. Para acceder a otros especialistas es necesaria una derivación realizada por el médico de familia. Así, como en España, este representa la puerta de entrada al sistema sanitario.

Históricamente, Dinamarca ha mantenido los costes sanitarios por debajo de la media de la OCDE. En 2007, estos representaron, aproximadamente, el 9,7% de su producto interior bruto. La AP representa, aproximadamente, el 8% de la factura sanitaria. La asistencia médica es financiada en su mayor parte por los impuestos que pagan los daneses.

Los pacientes pagan, aproximadamente, el 17% del presupuesto sanitario. Los dos servicios que más pagan son los fármacos y la atención dental en adultos. En el caso de los medicamentos, efectúan tres tipos de copago; en general, pagan menos por los medicamentos que son de primera línea (p. ej., no se paga por un diurético o por una penicilina, pero sí se paga por un antagonista del receptor de la angiotensina II [ARA-II] o una quinolona), pagan menos cuando se prescriben los fármacos a pacientes con patologías para las cuales estos están indicados y pagan menos proporcionalmente aquellos pacientes que toman más medicamentos. Así por ejemplo, hasta 120 € anuales no se reembolsa nada al paciente mientras que aquellos que superan en gasto los 420 € anuales se reembolsa el 85%. Pagan menos los menores de 18 años y aquellos con patologías crónicas (como máximo estos pagan 495 € al año).

En el caso de la atención dental, aunque el reembolso depende del tratamiento a que se someta el paciente, este paga aproximadamente un 40%. En cambio, son gratuitos los servicios sanitarios municipales tales como la atención domiciliaria, atención a las minusválidas, los servicios sanitarios

en la escuela, la rehabilitación y los servicios dentales en la edad infantil.

Existe una atención hospitalaria privada, pero la red pública cubre el 97% de todos los servicios hospitalarios. Una consulta típica de AP recibe el 95% de sus beneficios de fondos públicos. Tanto los médicos de AP como los especialistas que trabajan en consultas están contratados por las autoridades sanitarias. Los contratos cubren servicios reembolsables y una tarifa regulada que se renegocia cada 2 años. Estos contratos obligan a otros aspectos como accesibilidad, horarios de apertura al público y el derecho de los pacientes a tener una cita con su médico en menos de 5 días laborables.

El sistema de asistencia médica está descentralizado administrativamente en cinco regiones (*Danske Regioner*) y 98 municipalidades. Los gobiernos regionales dirigen los hospitales públicos (planificación, manejo y financiación) y los servicios sanitarios que se dan en las consultas, tanto de AP como de especialistas (planificación y financiación). Las municipalidades dirigen los servicios locales anteriormente descritos y son responsables de la prevención primaria. Los estudios efectuados entre la población muestran un alto nivel de satisfacción, de forma que el 90% de los encuestados están satisfechos o muy satisfechos.

La entrada del profesional en el sistema

Para ser médico de familia se necesita una formación de posgrado de 6 años después de la carrera: un año de educación básica y 5 años de educación de especialista, después del cual, el médico recibe el título de Especialista en Medicina de Familia. No hay ninguna exigencia para la recertificación, pero las regiones danesas asignan fondos destinados a cubrir la formación continuada de los médicos. Cada médico dispone de una cuenta de 35.000 coronas (un poco menos de 5.000 €) destinada a la formación cada 2 años. Esta cantidad incluye material formativo, libros, cursos, congresos y los costes derivados del transporte y alojamiento para estas actividades. Si un médico quiere realizar un curso, primero debe conocer si este ha sido aprobado por un comité de formación; si este lo aprueba, se le abona el coste del mismo al médico. No se aceptan cursos financiados por empresas pri-

vadas, como por ejemplo industrias farmacéuticas. Hasta un 25% de este presupuesto lo puede gastar en libros o programas formativos. El importe que el médico no gaste lo tiene que devolver.

Aproximadamente trabajan en Dinamarca 3.600 médicos de familia, un 20% del conjunto de médicos. Los médicos de familia se distribuyen en un total de 2.200 centros, lo que significa que la mayor parte de centros están compuestos por solo uno o dos médicos. En principio, cualquier médico con la especialidad de medicina de familia puede establecerse en una consulta, pero antes debe comprarla en propiedad y para recibir la financiación de la autoridad pública, debe conseguir un número de licencia para que los servicios que se hagan resulten gratuitos para los pacientes. En realidad, no hay ningún médico de familia que no disponga de este número de licencia ya que los pacientes no están dispuestos a correr con todos los gastos.

Un médico puede vender su número de licencia y su consulta. Los médicos son independientes de forma que esta transacción ocurre sin la interferencia de las autoridades públicas. Muchos médicos de familia en Dinamarca están a punto de jubilarse y existe una escasez, por tanto, de médicos de AP. Esto quiere decir que es cada vez más difícil atraer a los médicos a las áreas periféricas, en las que hay predominantemente centros con solo un médico. Como consecuencia, muchas consultas se cierran y se agrupan distintas consultas en un centro. Para atraer a profesionales en estas áreas más rurales se permite que se puedan abrir consultas gestionadas públicamente y cubrirlas con empleados públicos. El acuerdo alcanzado en 2011 entre la *praktiserende lægers organisation* (Organización de Médicos de familia) y las regiones danesas permite que coexista un modelo de empleados públicos en áreas periféricas junto con el grupo mayoritario de propietarios, principalmente en ciudades. Como muchas veces puede haber problemas de colaboración entre médicos propietarios y empleados, hospitales públicos y servicios sanitarios municipales, se ha creado recientemente la figura del médico de contacto con el objetivo de coordinar todos estos niveles.

La cartera de clientes

El sistema de cupo es muy parecido al de España. Aproximadamente el 98% de los daneses se adscriben a los cupos de los médicos de familia. Cada médico tiene un promedio de 1.561 pacientes en su cupo. Un porcentaje muy bajo de la población, que ahora solo representa como mucho un 2%, no están adscritos a ningún cupo y están obligados a un mínimo copago para ser atendidos y esto les permite también poder ser atendidos por especialistas sin necesidad de que sean derivados por los médicos de familia.

Cuando el cupo llega a los 1.600 pacientes, el médico de familia lo puede cerrar y no aceptar a nuevos pacientes. Como mucho, un médico puede tener 2.700 pacientes. En principio, los ciudadanos son libres de escoger a su propio médico de familia pero no es posible escoger un médico que tenga ya su cupo cerrado. Una vez que una persona escoge un médico

de familia, debe esperar al menos 3 meses antes de poder escoger a otro médico, excepto si el paciente o el médico se mudan. Si quiere cambiar por otras razones, debe pagar unos 25 €. Como en España, el sistema de cupos permite al médico tener un mejor conocimiento de los pacientes, asegura la continuidad de los cuidados y el conocimiento de la familia, ya que los cónyuges y los niños están habitualmente asignados al mismo médico.

La organización del trabajo

Las consultas de AP están abiertas durante 5 días laborables de las 8 a las 16 h. Durante un día laborable el centro permanece abierto hasta las 18 o 19 h. Como en España, todas las consultas de AP están completamente informatizadas, incluyendo la historia clínica del paciente, las prescripciones médicas y las derivaciones al hospital. Además, se reciben los resultados de análisis de laboratorio e informes de altas del hospital.

Los centros de AP son habitualmente pequeños, con aproximadamente dos médicos de familia más enfermeras, técnicos de laboratorio y en algunos centros, administrativos (todos ellos son contratados por los médicos). La duración media de las visitas es de 10 a 15 minutos. Habitualmente se atienden diariamente un total de 20 a 40 pacientes (promedio de 30 visitas diarias). Por regla general, los daneses tienen una media de 6,9 contactos por año con su médico de familia, incluyendo visitas en la consulta, consultas telefónicas, consultas domiciliarias y consultas por correo electrónico. Habitualmente las visitas telefónicas se hacen de 8 a 9 h, consultas a partir de las 9 h y domicilios al final. Las visitas domiciliarias han disminuido en los últimos años y en cambio, han aumentado las consultas por correo electrónico.

El contenido del trabajo

Los médicos de familia atienden a los pacientes desde el nacimiento hasta la muerte. Los niños son vistos por los médicos de familia, no por pediatras (solo hay pediatras en los hospitales). Los médicos de familia realizan habitualmente controles de embarazo, infiltraciones, cirugía menor (resección de lipomas, extracción de uñas), inserción de dispositivos intrauterinos o de implantes de anticonceptivos, etc. Se pueden pedir pruebas complementarias como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM) sin tener que derivar previamente a los especialistas; en Dinamarca se usa el principio LEON, que corresponde al acrónimo de *laveste effektive omkostnings niveau* (ir al nivel más coste efectivo).

Los médicos son propietarios de los centros, por tanto, responsables de la economía, contratación de personal, etc. Cuando se trabaja en grupo, se comparten las obligaciones administrativas. En algunos centros grandes se contratan también administrativos. En Dinamarca no se efectúan tantos trámites administrativos como en España; así, por ejemplo, habitualmente no se hacen bajas; solo algunas veces, en bajas que se prevé que serán largas se hace un papel infor-

mando de cuánto tiempo puede estar de baja el paciente y nada más. La prescripción electrónica, como en España, debe realizarse al menos una vez al año.

Los médicos de familia se organizan para dar cobertura de asistencia durante los fines de semana (desde las 16 h del viernes hasta las 8 h del lunes) y en horario fuera del habitual (de las 16 a las 8 h del día siguiente en los días laborables). Los médicos en un área geográfica rotan para poder dar esta atención fuera del horario habitual en centros que se localizan habitualmente, aunque de forma independiente, en los propios servicios de urgencias. Los pacientes pueden llamar a los centros de atención continuada para contactar con el médico de guardia, ser atendidos en el centro o programar una visita domiciliaria. Los ciudadanos pueden también ir directamente a los servicios de urgencias hospitalarios, aunque cada vez más se necesita una derivación por parte del médico de familia. La organización actual de estos servicios de atención continuada data del año 1992 y ha inspirado que otros países dispongan de servicios similares. Actualmente se discute si el cribado inicial puede ser realizado por personal de enfermería experimentado.

La coordinación/relación con la atención secundaria

Como promedio general, los médicos derivan a otros niveles asistenciales el 10% de todos los contactos. Esto incluye especialistas en consultas, hospital, fisioterapia y servicios sanitarios municipales. Los médicos de familia controlan el acceso a la mayoría de los especialistas que trabajan en consultas y hospitales a través de un sistema de derivaciones. Esto preserva el papel del médico de familia como primer punto de contacto. En general, la coordinación con la atención especializada es buena. Probablemente contribuye el hecho de que los especialistas tienen que estar al menos 6 meses trabajando en AP, en su formación de posgrado, realizando lo que se denomina *Klinisk Basis Uddannelse* (educación clínica básica). Sin embargo, en los últimos años, ante la escasez de especialistas se ha acortado en 1 año su programa de residencia y en un 20% de los casos no se realiza este *stage* en la comunidad. También ayuda el hecho de que las tres universidades del país (Copenhague, Aarhus y Odense) tengan todas ellas departamentos de AP, con catedráticos y profesores asociados. Todos los estudiantes de medicina deben cursar y examinarse de una asignatura obligatoria que se llama Atención Primaria. Los médicos de familia colaboran también de forma muy estrecha con los servicios municipales y pueden derivar a algunos servicios, como por ejemplo, enfermería domiciliaria.

Las retribuciones

El salario medio de un médico de familia es de 750.000 coronas danesas anuales (aproximadamente 100.000 €) pero

hay grandes diferencias entre los médicos; como la atención continuada está bien pagada, aquellos que hacen más horas de atención continuada ganan más. De forma característica, a los médicos de AP se les paga por una combinación de pago capitolativo y honorarios por servicios realizados. Aproximadamente un tercio de los ingresos de un médico de familia proviene del pago capitolativo (depende, por tanto, del número de pacientes que tiene el médico en su cupo) y las otras dos terceras partes provienen de los honorarios por los servicios llevados a cabo en la consulta. Los economistas de la salud recomiendan este sistema de pago mixto aunque no se ponen de acuerdo en el peso específico de cada uno de estos dos componentes. Este sistema trata de combinar dos tipos de incentivos, en primer lugar, se paga por la asistencia a los pacientes del cupo, independientemente de cuantas veces consulten a su médico y, por otro lado, se da un incentivo por trabajar de manera más eficiente. Este sistema puede ser chocante ya que cuantas más actividades se realizan en la consulta más cobra el médico, pero existe un control muy estricto. No todas las pruebas se cobran y por otro lado, cuando el número de actividades sobrepasa en un 25% la media de todas las consultas de la región, el médico está obligado a explicar los motivos de esto. Si el médico no lo justifica correctamente, se le pide que disminuya las actividades y en algunos casos se ha visto obligado a devolver el dinero cobrado. Un médico cobra de la región 17,8 € por consulta, 5,6 € por consulta realizada por correo electrónico, 3,4 € por consulta telefónica, de 27,3 a 45,5 € por consulta domiciliaria (depende de la distancia al domicilio), 6 € por análisis, 26 € por pasar un test psicométrico, 14,9 € por electrocardiograma, 6,6 € por StrepA, 8 € por una determinación de proteína C reactiva, por citar algunos ejemplos.

Si un médico deriva mucho al medio especializado, recibe menos pagos por servicios y cobra, por tanto, menos que otro que intenta no derivar e intenta solucionar el cuadro en la misma consulta de AP. Por este motivo, se intenta que el médico más resolutivo esté mejor pagado ya que de esta forma estará más satisfecho. Es obvio que este pago por servicios redundará en un incremento de la productividad de los médicos de familia, aunque el pago capitolativo intenta limitar que los médicos proporcionen un tratamiento innecesario. Los médicos deben pagar al resto de profesionales que tienen contratados en sus centros (enfermeras, técnicos, secretarías).

Es importante señalar que en Dinamarca el salario del médico de familia se sitúa por encima del salario de los especialistas hospitalarios. Aunque pueda pensarse que se trata de una política dirigida a atraer y conservar a los médicos de AP, el razonamiento es que aunque este no tiene tanto prestigio como un cirujano cardíaco, debe estar mejor recompensado porque se considera que la AP es el pilar del sistema sanitario y tanto el gobierno como la población danesa lo entiende de esta forma.