



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

La atención primaria en Suecia



T. Sánchez-Sagrado

Cabinet Medical Dr. T. Sánchez, Neussargues, Francia

Recibido el 7 de agosto de 2015; aceptado el 30 de septiembre de 2015
Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Sistemas Sanitarios;
Suecia

Resumen Suecia fue uno de los primeros países de la Unión Europea que vio una oportunidad en la libre circulación de profesionales. Las primeras ofertas se gestionaron en el año 2000. Desde entonces, muchos profesionales han aprovechado la oportunidad de obtener un trabajo digno y han cambiado España por Suecia.

El modelo sanitario sueco pertenece al grupo de los sistemas nacionales de salud. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado a la condición de ciudadano, la sanidad es financiada con impuestos regionales, pero existe un copago obligatorio independiente de la situación económica del paciente. La provisión de servicios está descentralizada a nivel regional y se realiza mediante un conjunto de centros públicos y privados. La medicina privada es muy escasa.

La atención primaria es parecida a la española. Los profesionales trabajan en equipo con división de tareas. La coordinación entre primaria y especializada y las listas de espera son, como en España, los grandes problemas del sistema de salud. El paciente elige libremente el centro de salud y el hospital en su región. El acceso a pruebas diagnósticas y especialistas depende del informe del especialista.

Los médicos son asalariados y su puesto de trabajo y salario dependen de la experiencia, la capacitación profesional y la necesidades de la zona. La función del médico es curativa. El médico de atención primaria es la entrada al sistema, pero no tiene una labor de filtro o *gatekeeper*.

Los hospitales ofrecen un número de plazas de formación y se accede mediante una entrevista. La formación médica continuada es incentivada y financiada por el gestor del centro de salud porque la formación genera recursos económicos.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: teresa.sagrado@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.019>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Care;
Health care systems;
Sweden

Primary care in Sweden

Abstract Sweden was one of the first European Union countries that saw the opportunity in the free movement of professionals. First offers for jobs were managed in 2000. Since then, a large number of professionals have taken the opportunity of a decent job and have moved from Spain to Sweden.

The Swedish health care model belongs to the group of national health systems. The right to health care is linked to legal citizenship. Health is financed through regional taxes, but there is a compulsory co-payment regardless of the financial situation of the patient. The provision of health care is decentralised at a regional level, and there is a mixture of private and public medical centres.

Primary care is similar to that in Spain. Health professionals work as a team with a division of tasks. Like in Spain, waiting lists and coordination between primary and specialised care are a great problem. Patients may register with any public or private primary care centre and hospital provider within their region. Access to diagnostic tests and specialists are restricted to those selected by specialists.

Doctors are salaried and their job and salary depend on their experience, professional abilities and regional needs. Medicine is curative. General practitioners are the gateway to the system, but they do not act as gatekeeper.

Hospitals offer a number of training post, and the access is through an interview. Continuing medical education is encouraged and financed by the health centre in order to increase its revenues.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

El sistema nacional de salud: un poco de historia

El sistema sanitario de Suecia pertenece al modelo de sistemas nacionales de salud. Este grupo de sistemas sanitarios se caracterizan porque el derecho a la atención sanitaria está ligado a la ciudadanía y no a la actividad laboral, la financiación se realiza mediante impuestos generales, locales y específicos y la provisión de servicios sanitarios se realiza en centros médicos y hospitales que suelen ser de propiedad pública.

El otro modelo de sistemas sanitarios es el de seguros sociales o modelo bismarkiano, que surge en Alemania en el siglo XIX con el canciller Bismark y del que ya hemos hablado en artículos anteriores (ver *La Atención Primaria rural en Francia*).

La ley de la seguridad social en Suecia se aprueba en el año 1946 y entra en vigor en 1955. El objetivo principal de esta ley es la cobertura sanitaria de todos los ciudadanos. La financiación se realiza mediante impuestos locales y la gestión de la atención sanitaria está a cargo de los *counties* o regiones suecas. Los médicos, que entonces ejercen de manera privada, son los encargados de la provisión de la asistencia sanitaria. Los pacientes tienen que pagar la totalidad de la consulta y son reembolsados posteriormente a través de un sistema de seguridad social nacional.

En el año 1970 se lleva a cabo *The seven crowns reform* (la reforma de las 7 coronas). La finalidad de esta reforma es garantizar el acceso de los más desfavorecidos a la asistencia sanitaria y supervisar el trabajo de los profesionales. Los médicos se convierten en asalariados, la asistencia sanitaria

privada en Suecia disminuye y la provisión de la asistencia sanitaria es garantizada por el Estado. Los ciudadanos ya no tienen que pagar la totalidad de la consulta, sino un copago fijo de 7 kr (0,8€). Este copago es obligatorio para todos los ciudadanos y es independiente de la situación económica.

The Dagmar reform (la reforma Dagmar) de 1984 y 1985 reduce más aún la práctica privada de los profesionales porque confiere a los políticos locales el control del horario y del lugar de trabajo de los médicos. Además, se promueve un control de los costes mediante el establecimiento de una financiación por capitación en lugar de por acto.

En 1982, *the health and medical act* (la ley de salud y medicina) garantiza el derecho de todos los ciudadanos suecos a recibir una atención sanitaria de calidad. La financiación y provisión de esta asistencia es responsabilidad de cada una de las 21 regiones y 290 municipios en los que se divide Suecia. Las regiones tienen libertad total en la financiación y provisión de asistencia sanitaria¹⁻³.

La atención primaria y el sistema sanitario: provisión de servicios, financiación, organización, etc.

La provisión de los servicios sanitarios se realiza en centros de atención primaria (CAP). En Suecia existen 1.100 CAP. La financiación, estructura y el funcionamiento de los CAP es responsabilidad regional.

En el año 2012 el gasto público sanitario fue el 9,6% del producto interior bruto. El gasto en atención primaria (AP) es alrededor del 20% del presupuesto sanitario total. La financiación de los CAP, públicos y privados, proviene en un

18-20% del dinero pagado por los pacientes (pago por acto), y un 80% se financia públicamente a través de impuestos (72% regionales y 8% municipales). Esta cantidad está basada en un conjunto de indicadores poblacionales: edad, estado de salud, marginalidad, etc. El 2% restante se añade si se alcanzan unos objetivos fijados por el gobierno. Los objetivos están relacionados con la satisfacción del paciente, la coordinación de cuidados, el seguimiento de protocolos, etc.

Existen impuestos específicos destinados exclusivamente a la financiación sanitaria.

En los años 90 se favoreció un cambio de tendencia de los cuidados sanitarios desde el hospital a la AP⁴. En este momento la AP es la base del Sistema Nacional de Salud, y aunque no actúa de filtro, suele ser el primer punto de contacto del paciente con los servicios de salud. Desde el año 2010 es obligatorio registrarse en un CAP, aunque no con un médico específico. Los pacientes tienen libre elección de profesionales sanitarios y de CAP en toda Suecia siempre que haya un concierto entre las regiones en las que se ubica el CAP elegido por el ciudadano. El transporte para acudir a un CAP en otra región no está subvencionado. La provisión de servicios se realiza a través de entidades públicas (60%) y privadas (40%) gestionadas a nivel regional.

Los CAP están formados por varios médicos (entre 4 y 7, dependiendo de las regiones), enfermeras, matronas, fisioterapeutas, ginecólogos y psicólogos, dependiendo de la estructura del mismo. La dotación de material en los CAP depende del propio CAP y de la región: laboratorio, radiología, quirófanos para cirugía menor, etc. En algunos existe incluso RMN.

El primer contacto del paciente con el CAP es la *distriksköterska*, una enfermera especializada que realiza las funciones de triaje en el centro de salud o por teléfono. Tras una breve historia clínica, esta enfermera decide dónde, cuándo y a qué profesional tiene que acudir el paciente.

El sueldo de un médico oscila entre las 55.000-70.000 kr (5.800-7.300 €) mensuales brutas, a las que hay que quitar cerca de un 40% de impuestos. El sueldo se negocia con el jefe del CAP y depende de las competencias, la experiencia, las necesidades de médicos de la zona y la realización de unos objetivos pactados. Se suele revisar anualmente. El horario de trabajo es de 8:00 a 17:00, pero existe cierto grado de flexibilidad. Un médico suele tener una media de unos 10-20 pacientes/día. En Suecia, como en Reino Unido y en España, la carga administrativa del profesional es elevada también, pero hay un tiempo específico dentro del horario laboral para realizarla.

La asistencia sanitaria no es gratuita. El coste de la consulta es variable dependiendo de la región, y oscila entre 1.200 y 300 kr (12-30 €). Todos los pacientes, excepto los menores de 20 años, las visitas prenatales y las revisiones infantiles, tienen que pagar esta cantidad, independientemente de su situación económica. Existe un techo de gasto anual por visitas médicas (incluidas al especialista) de 1.200 kr (126 €). Es decir, cuando un paciente ha pagado esta cantidad, todas las visitas hasta completar un año desde la primera visita son gratuitas. Están excluidas de estas visitas las mamografías, las citologías y las vacunas, que tienen que pagarse siempre.

Los ciudadanos de la Unión Europea con tarjeta sanitaria europea y los de aquellos países con los cuales Suecia

tiene un concierto sanitario tienen los mismos derechos de acceso que los suecos. Los inmigrantes indocumentados y los extranjeros de países extracomunitarios solo tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencias, anticoncepción, cuidados prenatales, atención dental urgente y los exámenes de salud que los profesionales consideren necesarios. Un profesional sanitario que atiende a un extranjero en situación irregular tiene la obligación de comunicarlo a sus superiores.

La figura del médico de atención primaria

Los médicos de AP suelen ser la puerta de acceso al sistema, pero no actúan como filtros de entrada a este. Su función es la prevención secundaria, el tratamiento y el seguimiento de enfermos crónicos y «guiar al paciente» dentro del sistema para recibir los cuidados necesarios. La atención de procesos agudos es limitada debido al triaje realizado por las enfermeras. La pobre comunicación entre el médico y los pacientes es una queja constante de estos últimos. La administración ocupa una parte importante del tiempo de un profesional sanitario, aunque por administración no se entiende lo mismo que en España. La consulta clínica se graba para que una administrativa la introduzca posteriormente en el ordenador y la comunicación postal con el paciente es una práctica habitual para informarle, sobre todo, resultados de pruebas diagnósticas.

La atención sanitaria de los niños se realiza de forma compartida con un pediatra (que no trabaja en el CAP) y con las enfermeras.

En el año 2008 el número de médicos era de 3,7/1.000 habitantes, por encima de la media de la Unión Europea (3,3/1.000 habitantes). El 70% de los profesionales son especialistas, y entre estos, el 25% son especialistas en AP. En el año 2009 el número de consultas anual por paciente en AP fue de 4,3 y dos tercios de ellas fueron con una enfermera.

Cerca de la mitad de los médicos que trabajan en Suecia han obtenido el título en otro país. Existen 7 universidades que admiten unos 1.600 estudiantes/año. La carrera de Medicina dura 5 años y medio, a los que sigue un periodo de prácticas de 21 meses, y finaliza con un examen escrito. La formación de los médicos de AP dura 5 años, durante los cuales el profesional tiene rotaciones en Medicina de AP, Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Cirugía y Ginecología. Los hospitales ofrecen las plazas de formación y se accede a ellas mediante una entrevista. Si el profesional es aceptado se le ofrece un contrato de formación que se renueva anualmente.

La formación continuada está muy incentivada y es financiada por el CAP. Se realiza en función de las necesidades del centro y de la disponibilidad de los profesionales. Un CAP con capacidad para ofrecer más servicios sanitarios recibe más dinero, y el salario de un profesional con más habilidades es mayor.

Atención primaria y atención especializada: coordinación, historia clínica, cartera de servicios, etc.

La coordinación entre los distintos niveles sanitarios y las listas de espera son los 2 grandes problemas del sistema de salud sueco. El médico de AP tiene capacidad para enviar a

los pacientes al especialista, pero es el especialista el que decide si el paciente enviado tiene o no necesidad de su opinión.

Desde julio de 2010 la espera máxima para obtener una cita en un CAP es de una semana, y de 90 días para la atención especializada. Si los servicios sanitarios de una región no pueden ofrecer una cita en estas condiciones, el paciente puede elegir el especialista donde él quiera, y la región sanitaria a la que pertenece tiene que pagarle los gastos de desplazamiento.

Quizás para disminuir las listas de espera, pero también para concienciar a los ciudadanos de los costes de la atención sanitaria, los ciudadanos tienen que pagar la cita si la han solicitado y no han acudido a la misma. La penalización no se realiza si la han cancelado a tiempo para que pueda ser utilizada por otro ciudadano.

En el año 2009 el 90% de los CAP utilizaba historias clínicas electrónicas. La historia clínica del paciente es privada y, aunque no tiene acceso a ella, es el paciente el que tiene que otorgar el acceso al profesional cuando es recibido en un hospital o en un CAP diferente al suyo. Cada hospital y cada CAP pueden elegir su propio sistema informático, con los consiguientes problemas de intercambio de información entre programas no compatibles.

La cartera de servicios en AP consiste en la atención sanitaria de problemas menores, exámenes médicos y vacunación. En algunos centros tienen servicio de radiología y cirugía menor.

El *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care* (el Consejo Sueco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) elabora informes sobre el coste-efectividad de las nuevas tecnologías. Estos informes son distribuidos a los distintos proveedores de servicios sanitarios para informarles y ayudarles en la adquisición de material con criterios de coste-efectividad⁵.

La atención continuada se organiza de una manera similar a la española. Un grupo de 3-5 CAP se agrupan para organizar la atención continuada. La diferencia es que no hay un CAP fijo, sino que existe una rotación de CAP en la zona. La información relacionada con la atención de urgencias se puede encontrar llamando al 1177 o en Internet (1177.se). La atención es prestada por médicos generalistas y enfermeras y el coste de la consulta no varía. Existen además 50 hospitales en toda Suecia que proporcionan atención urgente⁶.

Los otros profesionales

La *distriktköterska* es una enfermera especializada que trabaja para la región y para los municipios. Es el primer punto del contacto con el paciente. Son las encargadas de la atención a domicilio y pueden recetar bajo supervisión de un médico.

No todos los CAP ofrecen atención obstétrica o ginecológica. En aquellos en los que existe una matrona será este profesional el que acompañe a la embarazada y realice las visitas a domicilio después del parto.

Generalmente existen psicólogos en todos los CAP y los pacientes pueden acudir a ellos directamente sin necesidad de una carta del médico.

En los CAP no hay pediatras, pero los médicos comparten con los pediatras y la enfermera el seguimiento de los niños.

Discusión

La importancia de la formación de los profesionales como valor añadido a los centros de salud y un salario ajustado a las habilidades y a la profesionalidad ha favorecido el éxodo de médicos extranjeros a Suecia. Dicho país pertenece al grupo de los sistemas nacionales de salud, al que también pertenecía España antes del RD-Ley 16/2012. Suecia tiene implantado un copago obligatorio (racional y racionalizado) en el acceso a las consultas y a los medicamentos que, en contra de lo que pudiera parecer, ha resultado ser «una acertada medida social» (ver *El copago también puede ser una medida social*)⁷. El control de la demanda (y del gasto) provoca listas de espera en la atención sanitaria que hoy se consideran inaceptables por vivir en un mundo en el que estamos acostumbrados a la instantaneidad. Sin embargo, estas listas de espera no han disminuido ni la calidad ni la expectativa de años de vida, y en Suecia, la esperanza y la calidad de vida es una de las mayores de Europa.

Financiación

No ha existido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. History and origins of Swedens Health Care System [consultado 28 Jul 2015]. Disponible en: <http://fall09hpm101sweden.providence.wikispaces.net/History+and+Origins+of+Swedens+Health+Care+System>
2. European forum for Primary Care. Primary Care in Sweden [consultado 2 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-sweden>
3. The Health Systems and Policy Monitor. Sweden health systems in transition [consultado 28 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx>
4. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Primary care in the driver's seat? [consultado 27 Jul 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf?ua=1http://www.hscic.gov.uk/qof
5. Healthcare in Sweden [consultado 1 Ago 2015]. Disponible en: <http://work.sweden.se/living-in-sweden/healthcare-in-sweden/>
6. 1177Vårguiden [consultado 1 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/>
7. Sánchez-Sagrado T. El copago también puede ser una medida social. *Rev Clin Esp.* 2012;2012:453-8.