



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

La atención primaria en Bélgica



T. Sánchez-Sagrado

Búsqueda activa de empleo, Bruselas, Bélgica

Recibido el 2 de enero de 2016; aceptado el 3 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 18 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Sistemas sanitarios;
Organización

Resumen Bélgica es un país atractivo laboralmente por ser sede de las instituciones europeas no solo para los médicos, sino para todos los españoles. El atractivo laboral sanitario es doble; por un lado, la oportunidad de encontrar un trabajo digno, y por otro, la de poder desarrollar las habilidades profesionales con pacientes de la misma nacionalidad en un sistema sanitario con un funcionamiento muy distinto.

El sistema de salud belga pertenece al modelo de seguros sociales. Los servicios sanitarios están financiados por el estado, cuotas de seguridad social y seguros voluntarios privados. La atención primaria en Bélgica es muy diferente a la española. Los ciudadanos pueden elegir libremente el médico (generalista o especialista), lo que favorece la descoordinación entre atención primaria y especializada, genera graves problemas de seguridad para los pacientes y de pérdida de eficiencia para el sistema. Bélgica es uno de los países europeos con coberturas mejorables en actividades preventivas.

Los médicos generalistas son profesionales liberales con autonomía de instalación y su salario está ligado a la actividad profesional. Las consultas médicas tienen copago y este hecho genera desigualdades importantes en el acceso a la atención. Las estadísticas hablan de una cobertura sanitaria universal, pero en el año 2010, el 14% de la población no acudió al médico por problemas económicos. El tiempo de formación para convertirse en especialista es de 3 años, y la formación médica continuada es uno de los requisitos fundamentales para obtener la revalidación del título.

En general, los belgas y los españoles que viven y trabajan en Bélgica están contentos con el funcionamiento de su sistema sanitario. No obstante, los médicos debemos ser conscientes de que es un sistema donde el acceso todavía está limitado a una parte de la población y la cobertura de las actividades preventivas es mejorable.

© 2016 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.2016.03.002>

1138-3593/© 2016 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;
Organisation

Primary care in Belgium

Abstract Belgium is an attractive country to work in, not just for doctors but for all Spanish workers, due to it having the headquarters of European Union. The health job allure is double; on the one hand, the opportunity to find a decent job, and on the other, because it is possible to develop their professional abilities with patients of the same nationality in a health system with a different way of working.

The Belgium health care system is based on security social models. Health care is financed by the government, social security contributions, and voluntary private health insurance. Primary care in Belgium is very different to that in Spain. Citizens may freely choose their doctor (general practitioner or specialist) increasing the lack of coordination between primary and specialized care. This leads to serious patient safety problems and loss of efficiency within the system. Belgium is a European country with room to improve preventive coverage.

General practitioners are self-employed professionals with free choice of setting, and their salary is linked to their professional activity. Ambulatory care is subjected to co-payment, and this fact leads to great inequities on access to care. The statistics say that there is universal coverage but, in 2010, 14% of the population did not seek medical contact due to economic problems. It takes 3 years to become a General Practitioner and continuing medical education is compulsory to be revalidated.

In general, Belgian and Spaniards living and working in Belgium are happy with the functioning of the health care system. However, as doctors, we should be aware that it is a health care system in which access is constrained for some people, and preventive coverage could be improved.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

El sistema sanitario en Bélgica

El sistema sanitario belga pertenece al modelo de sistemas sanitarios bismarkiano del que ya hemos hablado en un artículo anterior (ver *La atención primaria en Francia*)¹.

La primera ley belga de protección de riesgos sociales nace el 21 de julio de 1844 y obliga a los marineros a tener un seguro de jubilación. Los trabajadores organizan, mediante el pago de cuotas mensuales, un sistema de seguros voluntarios para garantizar su jubilación y una protección económica en caso de enfermedad. Estos seguros son reconocidos por el estado belga en 1851.

A finales del siglo XIX, los distintos grupos de seguros existentes se organizan política y confesionalmente y se transforman en federaciones para poder hacer frente a los riesgos y poder recibir subvenciones estatales. Se crearon entonces las 5 aseguradoras que existen aún hoy: Sociedad de Seguros Cristiana (1906), Sociedad de Seguros Neutra (1908), Sociedad de Seguros Socialistas (1903), Sociedad de Seguros Liberales (1914) y Sociedad de Seguros Libres y Profesionales (1920). La intervención del estado para controlar las sociedades comienza en el periodo situado entre las 2 guerras mundiales. El régimen actual de seguridad social, la ley del 28 de diciembre de 1944 que asegura la protección contra la enfermedad y el paro, nace a finales de la II Guerra Mundial. Desde entonces han existido numerosas modificaciones para acomodar las prestaciones sanitarias, su organización

y financiación a los cambios poblacionales, sanitarios y económicos².

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

El derecho de atención sanitaria solo se adquiere si se está inscrito en una sociedad y se ha pagado la cotización correspondiente. Los ciudadanos eligen libremente la sociedad a la que desean afiliarse y la afiliación es obligatoria. Están exentos de afiliación los beneficiarios de ayudas sociales, las rentas mínimas y determinados grupos sociales. Estos ciudadanos tienen que inscribirse en la *Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité* para tener acceso a las distintas prestaciones³. En el año 2012 el gasto público sanitario representó el 10,9% del producto interior bruto. La financiación proviene de cotizaciones sociales (66%), ayuda estatal (10%), impuestos indirectos (14%), y el 10% restante, de impuestos solidarios, seguros de salud privados, etc.⁴. No existe una partida presupuestaria específica para la atención primaria (AP).

El funcionamiento de la AP es más parecido al del sistema sanitario francés que al del español. La provisión de servicios sanitarios la realizan especialistas y médicos generalistas indistintamente. Los pacientes eligen libremente al generalista y al especialista⁵. No es obligatorio inscribirse con un generalista y abrir con él una historia clínica, el *dossier médical*, pero el gobierno incentiva esta opción económicamente. La apertura de la historia tiene un coste de 30€

para el registro de las actividades curativas, 12,80€ para las preventivas y una validez de 2 años. El coste es reembolsado al paciente por el seguro en su totalidad y garantiza una disminución del coste de la consulta hasta en un 30%. La apertura de la historia clínica con un médico concreto no obliga al paciente a acudir siempre a este profesional, y solo un 70% del total de consultas se realizan con el mismo generalista.

La AP no está centralizada. Los médicos son profesionales liberales que trabajan de manera independiente y pueden instalarse donde deseen. Desde los años 70 se ha promovido la agrupación de médicos, enfermeras y fisioterapeutas en *maisons médicales* (centros médicos). La estructura, la administración y la gestión de estos centros la realizan los propios profesionales. Las consultas curativas se realizan independientemente, pero las de prevención y educación para la salud suelen hacerse en equipo. La población atendida no sigue criterios de territorialidad como en España.

El salario de un médico no es fijo y depende de su actividad. Es 2,3 veces mayor que la media del salario de la Unión Europea, pero puede estar sobreestimado porque incluye los gastos de gestión del consultorio: sustituciones, pensión, internet, teléfono, etc. El médico recibe, como en Francia¹, una cantidad por acto médico. Una consulta con el generalista oscila entre 21-35€, pero el precio aumenta si el paciente exige determinados servicios como visitas no justificadas o consultas fuera del horario habitual. El número de consultas anuales es de unas 1.250, y las visitas a domicilio representan aproximadamente un 32%. Estas últimas llevan un recargo al que se añade una cantidad fija por km de desplazamiento. El salario se completa con incentivos por el seguimiento de pacientes diabéticos y con insuficiencia renal crónica (80€/paciente-año), primas anuales (1.672,94€) por hacer guardias, la realización de un número mínimo de consultas y/o visitas a domicilio (1.200/año) o ser médico *conventionné*, es decir, estar registrado y cobrar los honorarios propuestos por el gobierno. La apertura de 150 historias médicas anuales, la utilización de consultas informatizadas y tener un empleado en jornada parcial da derecho a la recepción de un máximo de 6.047€/año. Desde julio de 2014 existe un programa de incentivos, IMPULSEO, para promocionar la instalación de médicos generalistas en zonas deficitarias⁶.

La asistencia sanitaria no es gratuita. En general, una consulta cuesta entre 21-35€, con un reembolso de unos 18€. El porcentaje reembolsado depende de la capacidad económica del paciente, de su edad, de su estado de salud, de la gravedad de la enfermedad y de su condición de titular o beneficiario. Están exentos del pago de la consulta los diabéticos y los pacientes con insuficiencia renal. A pesar de la cobertura universal y de distintas medidas sociales, un 14% de los hogares no acude al médico por problemas económicos. Además, el porcentaje de dinero (*out-of-pocket*) gastado en atención sanitaria supone el 19% del total del gasto sanitario. Los ciudadanos de la Unión Europea con tarjeta sanitaria europea y los países con los cuales Bélgica tiene concierto sanitario tienen los mismos derechos de acceso. No obstante, para determinadas pruebas y tipo de asistencia se exige lo que se llama «un periodo de carencia», es decir, demostrar que en tu país de origen has tenido derecho a la asistencia sanitaria durante

los últimos 3 meses. Los inmigrantes indocumentados y los extranjeros de países extracomunitarios tienen derecho a la asistencia urgente, aunque los procedimientos para acceder a esta asistencia son complejos y variables. Un profesional sanitario que atiende a un extranjero en situación irregular no percibe ninguna remuneración, salvo que la persona le pague la consulta directamente.

La figura del médico de atención primaria

Los médicos de AP no son la puerta de acceso al sistema. Sin embargo, como el reembolso de la consulta es mayor si el paciente acude al especialista con una carta de su generalista, estos poseen cierta capacidad para regular la demanda. La integralidad de la asistencia sanitaria no existe, aunque la introducción de la historia clínica tiene como objetivo una mejora en la calidad de la asistencia a través de una atención integral e integrada entre los distintos niveles asistenciales. En 2010 un 47% de la población tenía abierta una historia clínica.

Las funciones principales del generalista están enfocadas a la curación, la prevención y la educación para la salud. El seguimiento de pacientes crónicos empezó en 2009. Los pacientes con diabetes y/o insuficiencia renal crónica tienen un *passeport* (pasaporte) cuya función es la integración y la coordinación de las actividades sanitarias y sociales. Las actividades preventivas no son sistemáticas y tal vez esta es una de las razones por las que en Bélgica las coberturas están por debajo de la media europea en mamografías o citologías, aunque no sucede lo mismo en las coberturas de vacunación infantil⁷. La atención sanitaria de niños y embarazadas no forma parte del generalista, sino que la realizan pediatras y ginecólogos, respectivamente. El número de consultas por paciente-año en Bélgica es de 7, y las tareas administrativas también representan una parte importante de la actividad profesional, sobre todo debido a su condición de profesional autónomo.

En el año 2012 el número de médicos era de 2,9/1.000 habitantes, por debajo de la media de la Unión Europea (3,3/1.000 habitantes), siendo los generalistas un 38% del total de profesionales (datos de 2012)⁴. La duración de la carrera de Medicina se ha modificado y es de 6 años desde 2011 debido a la entrada en vigor del Plan Bolonia⁸. El acceso a la especialización está restringido a 1.230 anuales para el periodo comprendido entre 2015 y 2018; esta situación es debida a un exceso de profesionales en el pasado. De ellos, entre 300 y 360 pueden especializarse en AP. El acceso a la formación de los médicos de AP dura 3 años y es necesaria una solicitud al Ministerio Federal de Asuntos Sociales y Salud Pública. La formación tiene 2 partes: una parte teórica que se compone de 8 ECTS (sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos) y seminarios de 40h semanales bajo la dirección de un tutor, y otra parte práctica con rotaciones en AP y el hospital. Es necesaria una *revalidación anual* para conservar el título de especialista, y si las condiciones necesarias para pasar esta revalidación no se han alcanzado, el médico recibe una notificación en la que se le permite un periodo de 2 años para volver a obtener el título. La formación continuada es uno de los requisitos imprescindibles para conservar el título de especialista².

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

Los pacientes pueden elegir libremente especialista y hospital en Bélgica. No hay datos relacionados con las listas de espera, aunque existen factores externos que pueden producirlas, como en el caso de los trasplantes de órganos, y los ciudadanos se quejan del tiempo que necesitan esperar para ser vistos por facultativos de algunas especialidades.

La cartera de servicios es extensa y contiene unos 8.000 actos sanitarios. La introducción de nuevas prestaciones o su exclusión, así como el porcentaje de reembolso de las mismas se negocia bianualmente entre el gobierno y las sociedades. Estas negociaciones se basan en informes realizados por el KCE o *Centre Fédéral d'Expertise*. Este organismo, que es independiente y tiene funciones similares al NICE británico⁹, elabora informes para que los poderes públicos y las aseguradoras puedan realizar negociaciones informadas. Los informes están disponible en la red y no son vinculantes^{10,11}.

La historia clínica es voluntaria y solo un 47% de los ciudadanos tienen una, aunque existe una tendencia cada vez mayor a solicitarla. La informatización de las consultas de los generalistas es cada vez mayor. Existen distintos programas informáticos (Epicure, Le Généraliste, OmniPro, etc.) y, al igual que en Francia¹, están más orientados a la recogida de datos económicos que clínicos. Este hecho representa un problema a la hora de la recogida de datos para realizar planes de salud.

La provisión de la atención continuada se realiza a través de agrupaciones de profesionales para evitar trabajar 24 h/día. Actualmente existen 20 centros en Bélgica que se ocupan de la atención sanitaria los fines de semana y los días de fiesta. La gestión de la necesidad de profesionales y su supervisión la realiza la *Commission Médicale Provinciale* (Comisión Médica Provincial). La participación en los servicios de atención continuada los fines de semana y los días de fiesta es obligatoria. Además, existen agrupaciones de médicos y de pacientes que organizan, de manera voluntaria, servicios de guardia para los periodos no obligatorios. El número para acceder a los servicios de urgencias es el 100.

Los profesionales de enfermería

No existen registros de enfermeras en Bélgica y las modalidades de trabajo son variadas. Los profesionales de enfermería en AP trabajan de manera similar a los médicos; son profesionales liberales con libertad de instalación en todo el territorio. Enfermería desarrolla sus tareas profesionales realizando prescripciones médicas específicas y/o independientemente del generalista mediante la *démarche de soins infirmiers* o plan de cuidados. Este plan de cuidados puede realizarse conjuntamente con el médico y permite mejorar la coordinación de la atención sanitaria. Su trabajo no consiste solamente en realizar el acto médico prescrito, sino en saber si estos cuidados son adecuados, razonables o absurdos¹². La relación profesional entre generalista y enfermería puede no existir¹¹.

Conclusiones

El gasto en seguros privados y el hecho de que haya ciudadanos que no acuden al médico por falta de recursos económicos hacen pensar que la universalidad de la asistencia no es real a pesar de los indicadores de cobertura asistencial. No obstante, los ciudadanos que viven en Bélgica están contentos con el funcionamiento de su sistema sanitario entre otras razones porque la libertad de elección está muy bien valorada y no existen listas de espera^{7,13}. Es un sistema sanitario en el que los pacientes navegan entre niveles asistenciales sin control, lo que dificulta la integralidad del cuidado de la salud sobre todo en pacientes vulnerables, las actividades preventivas en toda la población y la eficiencia del sistema. Sin embargo, la formación y revalidación de los profesionales es un hecho clave que nos hace pensar en la importancia que se da a la calidad técnica de los actos y decisiones médicas para que el sistema funcione.

Financiación

No ha existido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Francia. *Semergen*. 2016;42:58–62.
2. Gerkens S, Merkur S. Health systems in transition. Vol. 12, No. 5, 2010. Belgium health system review [consultado 25 Nov 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF
3. CAAMI, une autre mutuelle!. [consultado 15 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.caami-hziv.fgov.be/downloads/brochure/Brochure-F.pdf>
4. OECD health statistics 2014. How does Belgium compare? [consultado 25 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/belgium/Briefing-Note-BELGIUM-2014.pdf>
5. Vivre en Belgique. Guide à l'usage des nouveaux arrivants à Bruxelles et en Wallonie [consultado 25 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.belgique-infos.be/belgium/salud/?lang=es#VlbH5oTytAZ>
6. INAMI. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Médecins [consultado 15 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/Pages/default.aspx#.VtcxLOYveQk>
7. Performance of Belgian Health System - Report 2015. [consultado 28 Dic 2015]. Disponible en: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport_2015.pdf
8. KCE reports 72B. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis [consultado 15 Dic 2015]. Disponible en: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027308.pdf
9. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en el Reino Unido. *Semergen*. 2016;42:110–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2015.07.013>

10. INAMI. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. La carte SIS disparaît progressivement [consultado 25 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/carte-SIS-disparaitra-progressivement.aspx#.Vlbjm4TytAZ>
11. KCE. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé [consultado 15 Dic 2015]. Disponible en: <https://kce.fgov.be/fr/about-kce>
12. infirmiers.com. Groupe IZEOS [consultado 15 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/la-librairie-de-la-profession-infirmiere/les-livres-de-la-redaction.html>
13. The health systems and policy monitor [consultado 2 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=5.2%20Patient%20pathways&Type=Section>