



REVISIÓN

La atención primaria en Dinamarca

H.A. Eguia^{a,b,*}, P. Sánchez-Seco Toledano^c y L. Eshøj^a



^a *Lægehuset Rudkøbing, Rudkøbing, Dinamarca*

^b *Grupo de Trabajo de Nuevas tecnologías y Gestión de SEMERGEN, España*

^c *CEDTAzuqueca de Henares, Guadalajara, España*

Recibido el 8 de septiembre de 2018; aceptado el 11 de diciembre de 2018

Disponible en Internet el 4 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Sanidad;
Europa;
Escandinavia;
Dinamarca;
Atención primaria

Resumen Los países escandinavos se encuentran situados entre los que tienen las mejores prestaciones de salud, así como calidad de vida, en toda Europa. Pero muchas veces desconocemos a qué se puede deber este efecto, siendo la barrera del idioma una de las más frecuentes y difíciles de sobrepasar. Pretendemos realizar un resumen del sistema sanitario danés para conocer sus principales virtudes y utilizando sus herramientas poder eventualmente llevar a cabo mejoras en nuestro sistema nacional de salud. Probablemente muchas no puedan ser realizadas por el diferente ámbito de gestión, pero algunas si podrían tener cabida, permitiéndonos mejorar más aún.

Esta presentación puede además servir como una referencia a aquellos residentes de atención primaria que deseen hacer una rotación externa en un país escandinavo.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Health service;
Europe;
Scandinavia;
Denmark;
Primary Care

Primary care in Denmark

Abstract Scandinavian countries have one of the best health services, as well as quality of life, in all Europe. It is often unknown why this is the case, with the language barrier being one of the most frequent and difficult to overcome. A summary of the Danish health system is presented in order to know its main virtues and use its tools to eventually make improvements in our national health system. Many of them will not be able to be used due to the different management type, but some of them could be performed allowing us to improve and become better physicians.

This presentation can be used as a reference for those who are training in Primary Care and who wish to do an external rotation in a Scandinavian country.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: heguia@galenoscopio.org (H.A. Eguia).

Dinamarca

Dinamarca está situada al norte de Europa (Escandinavia). Cuenta con una extensión de 43.094 kilómetros cuadrados, 406 islas y 7.314 km de costas. Presenta una población de 5.785.864 habitantes¹. Su idioma oficial es el danés y cuenta con divisa propia: corona danesa.

Es la monarquía más antigua del mundo. Su sistema de gobierno se basa en una estructura multipartido de forma que varios partidos pueden estar representados al mismo tiempo en el Parlamento (Folketinget).

Ocupa un puesto privilegiado dentro del ámbito laboral, presentando la tasa de empleo más alta de Europa. En los últimos años ha sido clasificado como el mejor país para los negocios dentro de Europa y el tercero mejor en el *ranking* mundial.

Respecto al sistema educativo, presenta 9 años de educación obligatoria y gratuita (escuela primaria y secundaria inferior). Los estudios universitarios son también gratuitos y además remunerados.

El sistema sanitario danés

El sistema de salud danés se encuadra dentro del modelo de sistemas públicos o de Beveridge. Su financiación es principalmente pública procediendo, por tanto, de los impuestos de los ciudadanos y presupuestos estatales. Se destina en torno a un 11% del PIB al gasto exclusivamente sanitario². La esperanza de vida media en el país es de 80,6 años, siendo la de las mujeres (82,9 años) superior a la de los hombres (79 años)¹.

Los servicios prestados al ciudadano son gratuitos con excepción de la farmacia (los pacientes pagan el coste total de los medicamentos hasta llegar a un umbral, pasando luego a pagar una tasa decreciente de copago hasta alcanzar un segundo umbral, a partir del cual los costes están totalmente cubiertos³), odontología (atención gratuita hasta los 18 años) fisioterapia y podología (se abona 2/5 de la factura). Todo ello incluye también a personas que se encuentren temporalmente en el país; las personas que no estén registradas (residentes, inmigrantes indocumentados o visitantes extracomunitarios no cubiertos), pueden acceder al uso de los servicios de salud, pero asumiendo todo el coste de estos.

En la [figura 1](#) podemos ver los 3 niveles políticos y administrativos en que se divide el sistema de salud danés (Estado, Regiones: 5 y Municipios: 98). Estas 3 partes se conjugan para formar un sistema de bienestar cuyos principales objetivos son ofrecer servicios de alta calidad a todos sus ciudadanos.

Modelos de atención primaria en Dinamarca

En más de un 99% de la población, el paciente tiene asignado un médico especialista en atención Primaria (AP) específico y el paciente tiene derecho a la asistencia médica gratuita del mismo y de otros especialistas médicos, siempre que cuente con una derivación previa del médico de AP (MAP). Este sistema es gratuito para el paciente, simplemente ha de identificarse a través de su tarjeta sanitaria. Cabe destacar que, a diferencia del modelo español, hay ciertas

especialidades en las que no se exige derivación previa como oftalmólogos y otorrinolaringólogos. Otras como fisioterapeutas, quiroprácticos y psicólogos requieren un copago por parte del ciudadano, teniendo subvención de la región siempre y cuando exista derivación previa por parte de su médico. En lo que respecta a los dentistas, el paciente mayor de 18 años ha de asumir todos los costes. En situaciones especiales (como por ejemplo bajo nivel de renta), estos gastos pueden ser asumidos por la hacienda pública.

El 1% restante de la población utiliza lo que se corresponde con el seguro privado español, el paciente tiene derecho a recibir asistencia médica de cualquier médico de cabecera y pueden visitar especialistas privados sin necesidad de derivación previa, asumiendo el paciente la totalidad de los costes.

El médico de atención primaria

Formación del médico de atención primaria

La carrera de Medicina tiene una duración de 6 años, tras lo cual se ha de realizar un examen global de la misma teórico-práctico. A continuación, se cursa un año de educación básica (6 meses en un centro de AP y el resto en las urgencias hospitalarias) y después 5 años más de la especialidad escogida.

Las facultades de medicina se encuentran en las ciudades de Copenhague, Aalborg, Aarhus u Odense. El estado financia todos los años de estudio y además otorga una remuneración a todos los estudiantes cuya cuantía dependerá de las calificaciones obtenidas.

En cuanto a la formación continuada durante el ejercicio profesional, no se exige revalidación del título, pero sí la acreditación de la clínica como un ente global con revisiones periódicas tanto de nivel asistencial como de gestión. El estado otorga a cada médico de familia una remuneración cada 2 años destinada a su formación: material médico, libros, cursos, congresos, entre otros. Todo ha de ser aprobado previamente a su realización, y si cumple con los requisitos exigidos por el comité evaluador, se presenta el justificante y se le abona al médico el importe total.

En el caso del personal de enfermería, tienen que estudiar 3 años y medio y posteriormente hacen 14 semanas de práctica en la cual podrán escoger 2 temas en los que les gustaría trabajar como AP, atención hospitalaria (quirófano, consultas externas, hospitalización) o atención al paciente con problemas de salud mental.

Centros de salud

Los MAP ejercen su oficio dentro de los centros de salud (lægehuset). La AP no está centralizada, de tal forma que los médicos son autónomos, se encargan de la organización, administración y gestión de los centros (contratos y salarios de personal, así como de otros gastos). Para ello el médico ha de comprar la propiedad y obtener un número de licencia, de forma que posteriormente tiene derecho a venderlas de manera independiente por lo 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 MAP⁴.

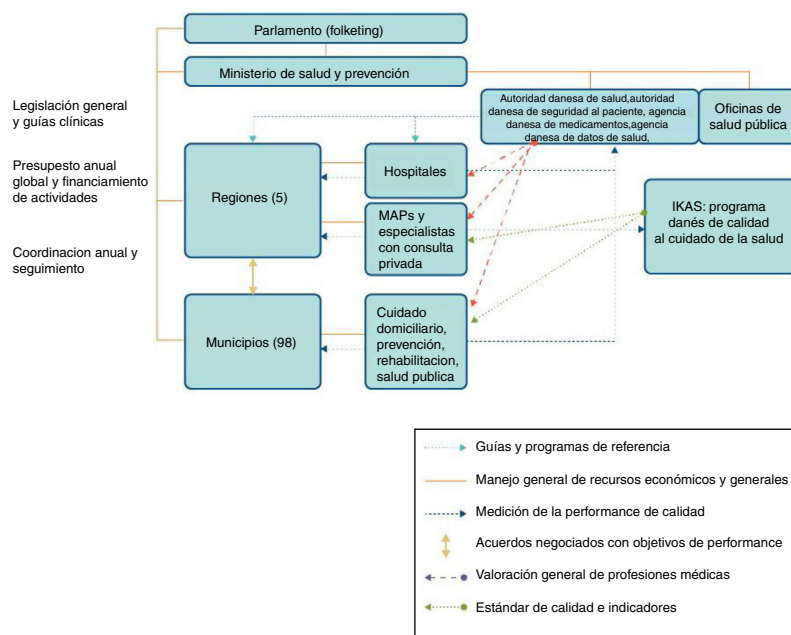


Figura 1 Organización del sistema sanitario danés. Fuente: Denmark?: International Health Care System Profiles [Internet]¹².

Cada centro de salud al ser autogestionado puede escoger qué tipo de historia clínica informática utiliza, siempre y cuando permita la interconexión con hospitales y con el sistema WebReq de análisis clínicos (para enviar y recibir respuesta). La mayoría cuenta con micrófono para dictado de resúmenes, peticiones y otros, además de auriculares para recepción de llamadas, entre otros extras, siendo los más conocidos EG Clinea, XMO, NOVAX, Ganglion y A-DATA.

Estos sistemas funcionan además con la receta electrónica, lo que permite que el paciente luego de la consulta se dirija a la farmacia de su elección y presentando su tarjeta sanitaria se le dispense el medicamento. Es normal en meses de verano que los pacientes se encuentren en otras regiones y llamen por teléfono solicitando su medicación crónica, la que al ser generada le permitirá obtenerla en cualquier farmacia a nivel nacional. En estos meses también se ve la visita a consulta de pacientes de los que no se tiene registro informático (historia clínica electrónica) por lo que muchas veces se puede solicitar a su centro de referencia que sea enviada de manera temporal.

En los centros el equipo está formado normalmente por:

- Uno o más MAP.
- Equipo de enfermería (en número variable) que se encargan del seguimiento de pacientes crónicos, realización de espirometrías, control de DM, hipertensión arterial, cura de heridas, entre otros de acuerdo con su formación.
- Secretarías, normalmente se encuentran en todos los centros, aunque algunos tienen enfermeras que realizan esta función, y su labor es muy extensa encargándose de la gestión de citas, realización de recetas que posteriormente serán revisadas por el médico, contacto con el hospital u otros servicios administrativos, atención al

público presencial y llamadas telefónicas incluyendo una especie de triaje.

- Personal de laboratorio: técnicos que se encargan de las extracciones, análisis de orinas realizando sedimento y antibiograma, INR, envío de las muestras al hospital.
- Personal administrativo: gestión de gastos, material, salarios del personal, contacto con Kommune o bancos, etc.

Funciones

En el año 2017 había casi 3.500 MAP en toda Dinamarca, y además es interesante notar que desde este año existen más mujeres que hombres como MAP⁵.

Entre las funciones del MAP además se encuentra garantizar la inclusión de sus pacientes en los programas de cribado: realización de citologías y mamografías, derivación hacia los diferentes especialistas, supervisión de medicación (por ejemplo, todo paciente en tratamiento con opiáceos ha de ser revisado al menos una vez al año para garantizar la necesidad o no de continuación con el tratamiento), realización de pruebas complementarias durante la consultas (PCR, hemoglobina, sedimento y antibiograma urinario, glucosa en sangre, Doppler).

También realizan cirugía menor, infiltraciones, exámenes ginecológicos, colocación y extracción de métodos anticonceptivos (DIU®, Implanon®), realización de timpanometrías y audiometrías.

Además, desde AP se pueden solicitar pruebas complementarias con TAC y RMN, así como una amplia batería de pruebas analíticas (siempre con una explicación adecuada de su necesidad), a diferencia de España donde primero han de ser evaluados por el especialista. Se puede solicitar también la realización de ecocardiografías y de medición

Tabla 1 Comparativa entre AP en España y Dinamarca

| | Dinamarca | España |
|--|--|--|
| Gestión de la consulta/CS | Privada | Pública |
| Función MAP | Sanitario y gestor | Sanitario |
| Sueldo | VARIABLE | Fijo |
| Guardias | Optativas | Obligatorias |
| Duración de las guardias | 8 h | 12-24 h |
| Tipos de guardia | Telefónica o de consulta | Solo consulta |
| Pago por guardia | De acuerdo con número de pacientes | Establecida |
| Acceso a las pruebas laboratorio | Incluso en propio CS. Procalcitonina y BNP | Restricción a ciertas pruebas |
| Acceso a las pruebas radiológicas | Diversas, inclusive TAC (con restricciones) | radiografías |
| Seguimiento del paciente pediátrico | Sí | No/variable |
| Seguimiento del embarazo | Sí | No |
| Ginecología | Sí | Variable |
| Coordinación con pacientes | Consulta, consulta telemática (telefónica y email) en todo el país | Consulta en todo el país, algunos sitios con consulta telemática no regulada |
| Acceso a las urgencias por parte del paciente | Filtrada, previa aceptación de MAP | Libre |
| Financiación de cursos formativos y material | Total (de cursos validados) | Parcial/ninguna |
| Programas de educación sanitaria | Público | Privado |
| Trámites administrativos: bajas médicas, informes de dependencia, etc. | Digital, el paciente no tiene que desplazarse | Formato en papel, el paciente se desplaza para tramitarlo |

diaria de la tensión arterial con la ayuda del servicio de Cardiología. Podemos ver algunas diferencias en la [tabla 1](#).

Es responsabilidad también del MAP la atención a la población pediátrica (supervisión del niño sano y administración de vacunas) y la revisión de la embarazada al menos una vez en cada trimestre.

Cada MAP tiene un promedio de 1.600 pacientes (como máximo puede llegar a los 2.800). Según las estadísticas, cada ciudadano danés está en contacto con el sistema de AP una media de 7 veces al año y el 10% de la población ninguna.

Jornada laboral

Las consultas de AP están abiertas de lunes a viernes en horario de 8:00 a 16:00 h. La jornada laboral comienza con las consultas telefónicas. El paciente llama a la clínica y según el motivo de consulta es atendido por los diferentes profesionales. Normalmente los motivos de consulta telefónica son para realización de recetas, entrega de resultados de pruebas o continuidad de tratamiento que se ha comenzado. Si el médico lo considera, puede citar al paciente de forma presencial. Desde la implementación de la consulta telefónica se ha evidenciado una evolución estable de las mismas con relación a las consultas habituales, sin embargo, si se toma en consideración las guardias en AP, se puede evidenciar que el número de consultas telefónicas se ha incrementado mientras que el número de visitas domiciliarias se ha reducido⁶.

Tras ello comienzan las visitas presenciales. Cada visita tiene una duración de unos 15 min. A lo largo de la jornada laboral se pueden ver una media de unos 25-30 pacientes al día⁵.

Al final de la jornada laboral se realizan las visitas domiciliarias, en caso de que sean precisas. El médico se traslada con su vehículo propio hacia el lugar de residencia del paciente y después recibe remuneración por el sistema nacional sanitario acorde al lugar de desplazamiento (a mayor distancia, mayor remuneración).

El médico se encarga también de contestar las consultas vías email o revisar la correspondencia que llega desde el hospital o los servicios públicos.

Los pacientes no pueden dirigirse a urgencias de manera directa (a menos que sea luego de llamar al 112), deben tener el visto bueno de un MAP (ya sea su propio médico o alguien de guardia). En la [figura 2](#) podemos ver cómo se maneja normalmente el sistema incluyendo las guardias que suelen ser de 8 h (de 8:00 a 16:00, de 16:00 a 23:00 y de 23:00 a 08:00).

Salario

Los ingresos de los MAP son variables, según la cantidad de pacientes que ven mensualmente. La remuneración es mixta, donde el estado paga un 30% de sueldo fijo a los médicos para que los ciudadanos tengan un servicio mínimo cubierto y luego paga un 70% por servicio brindado (acto médico, realización de pruebas, etc.). Sin embargo, los médicos especialistas con centros privados cobran por acto médico y el personal sanitario (enfermería, médicos, etc.) que trabajan en los hospitales públicos recibe salarios fijos mensuales.

Pongamos un ejemplo respectivo a los honorarios por servicio, una consulta normal genera unas 139,93 coronas, una consulta telefónica 27,40 coronas y por cada visita domiciliaria el importe varía según la distancia a la que se encuentra,

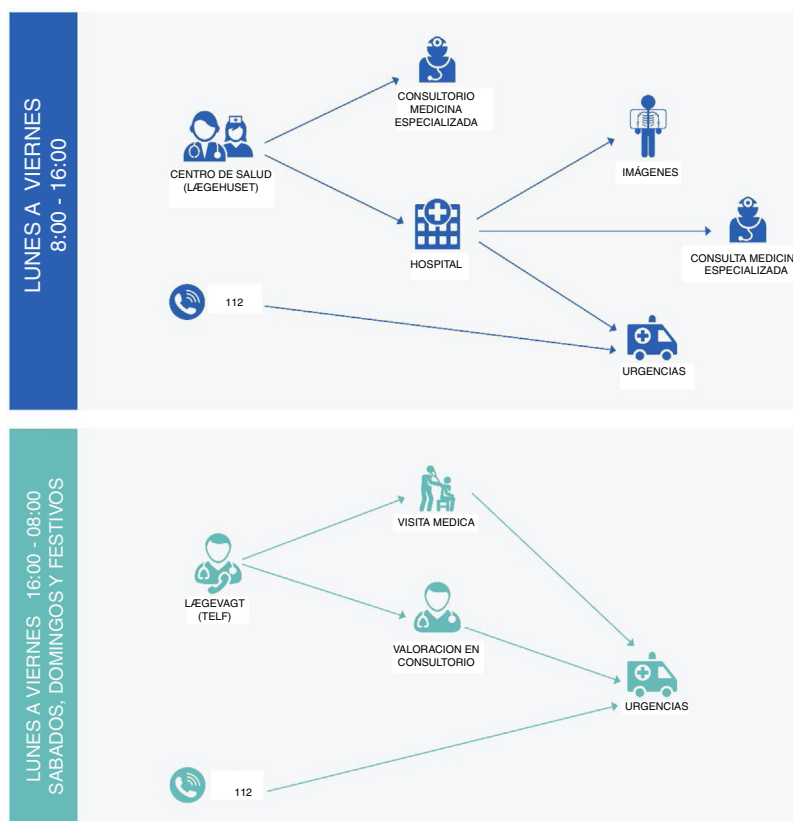


Figura 2 Distribución de las formas de atención a pacientes en Dinamarca (elaboración propia).

ya que el médico ha de utilizar su vehículo propio. Las pruebas complementarias también se cobran aparte: PCR, envío de muestras al laboratorio, cirugía menor, etc. Existe sin embargo un límite máximo establecido por la región que no se puede sobrepasar.

El MAP recibe retribuciones por aquellos pacientes que no presentan necesidad existencial, es decir, se establece un pago por los pacientes sanos que no acuden a consulta, ya que se considera que el médico está cumpliendo con su labor al mantener la salud de estos.

En promedio, el MAP puede generar unos ingresos de 60.000 coronas danesas (dkk) al mes (unos 8.000 euros)⁷, esto en muchos casos es superior a los médicos especialistas hospitalarios y tiene el sentido de incentivar a la especialización en AP. Además, estos ingresos pueden ser mayores para los médicos propietarios de una plaza. El salario mensual del médico puede aumentar si se hacen guardias, que usualmente son de 8 h con los siguientes horarios: de lunes a viernes de 16.00 a 23.00 h o de 23.00 h a 8.00 h y fines de semana de 8.00 a 16.00 h; 16.00 a 23.00 h o de 23.00 h a 8.00 h. Cabe mencionar que el costo de vida es mayor que en España; por ejemplo, el costo para una persona sola sin hijos es de 5.300 dkk (710 euros), pero para una pareja con un hijo el costo se eleva a 14.200 dkk (1.950 euros)⁸. Estos costos no contemplan el pago de alquileres de pisos/casas que en algunas ciudades grandes como Copenhague pueden llegar alrededor de 10.000 dkk (1.350 euros) ni tampoco el pago a hacienda (SKAT) que puede alcanzar en algunos casos entre el 35-40% de los ingresos. Esta situación mejora con

la compra de una casa, ya que el pago mensual suele ser menor que el de alquiler y los intereses son bajos (especialmente si se utiliza al banco de médicos como fuente de hipoteca).

Coordinación entre atención primaria y atención especializada

Como ya hemos mencionado, el MAP es el encargado de decidir cuándo y a qué especialista se realiza la derivación.

El médico tiene la posibilidad de derivar al paciente hacia la atención especializada ambulatoria, en el hospital, otras derivaciones con psicólogo o fisioterapeuta, y hacia otros servicios creados por las Kommunen. Aproximadamente se deriva un 8% de las consultas recibidas.

La atención especializada ambulatoria gratuita se presenta a través de clínicas ambulatorias, plenamente financiadas por el gasto público, o bien mediante especialistas independientes con instalaciones privadas. Por lo general, existe una correcta coordinación entre ambos sectores médicos.

Si durante el día a día en la consulta, o en las guardias, el médico necesita enviar a algún paciente a las urgencias hospitalarias, tiene que llamar, bien a las urgencias generales (FAM – Fælles AkutModtagelse), bien a la especialidad concreta a la que lo desea derivar para recibir el asesoramiento de los especialistas y actuar conforme a ello.

Debemos señalar que dentro de la cultura sanitaria danesa el MAP está muy reconocido y goza de alto prestigio, ya que se considera que es el eslabón fundamental dentro del sistema sanitario.

Otros servicios

La atención domiciliaria es parte del trabajo del equipo de AP, de forma que los médicos y enfermeros realizan visitas a domicilio cuando son requeridas por los pacientes que se encuentran en condiciones desfavorables para acudir al centro de salud.

Los servicios de enfermería domiciliaria continuados (temporal o crónica) son organizados por los ayuntamientos (Kommune) de cada municipio y brinda atención a las personas con enfermedades agudas, crónicas o en situación terminal.

Todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia domiciliaria gratuita siempre y cuando sea prescrita por un médico o en función de una evaluación realizada sobre una necesidad individual. Además, los municipios están encargados de proporcionar los dispositivos y aparatos necesarios, sin costo alguno, que sean necesarios para garantizar el cuidado. Este tipo de cuidados permite a los ciudadanos quedarse en su hogar o cerca de él durante el mayor tiempo posible. Todo ello ha contribuido a la disminución de la atención institucional (residencias de tercera edad, viviendas protegidas, etc.). Algunos municipios incluso han establecido unidades especiales donde los ciudadanos que no requieren hospitalización, pero no pueden permanecer en su propio hogar, pueden recibir tratamiento intensivo y atención de enfermeras capacitadas a domicilio. De esta forma se cumple con la garantía de un sistema de bienestar a sus ciudadanos.

La rehabilitación también forma parte de la asistencia primaria. Los municipios ofrecen un programa integral de rehabilitación para todos los ciudadanos necesitados, incluyendo programas de entrenamiento físico y mental y otras medidas destinadas a restaurar tanto las habilidades funcionales como autocuidado y hábitos de vida saludable mediante centros especializados en el aprendizaje de hábitos de vida saludables y búsqueda activa de empleo, entre otros.

Como ya hemos señalado antes, otros servicios, como la atención por el podólogo (por ejemplo, en pacientes con diabetes), el tratamiento por parte de psicólogos para grupos especialmente vulnerables, el tratamiento en quiroprácticos y fisioterapeutas, están parcialmente subvencionados por el municipio si así lo prescribe el médico generalista.

Acreditación

Para asegurar un adecuado sistema de salud se ha puesto en marcha el sistema de acreditación, el cual sirve para modelar y evaluar los procesos y resultados de los centros de AP utilizando herramientas de autovaloración, tras las cuales se realiza una evaluación externa por personal capacitado (organismo de acreditación profesional). Este organismo se

llama IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet o instituto para la Calidad y Acreditación del Sistema de Salud) y desarrolla el modelo de calidad DDKM (Den Danske Kvalitetsmode o Modelo de Calidad Danés)⁹. Las evaluaciones miden procesos, desempeño y resultados, a través del tiempo y en comparación con otras organizaciones similares, con lo que se valoran posteriormente actividades para mejorar (o realizar en otras organizaciones, denominadas oportunidades) para el mejoramiento de la calidad asistencial.

Sin embargo, no existen sanciones o recompensas económicas tras la obtención o no de la acreditación. Las regiones pueden actuar en caso de malos resultados para mejorar con ciertas medidas que aumenten la calidad de los centros. Puede ser también que los pacientes prefieran ser atendidos en una clínica acreditada que en una que no lo está.

Para la adecuada cumplimentación de protocolos y para ayuda al médico, el ministerio de sanidad danés presenta una página web denominada Lægehåndbogen¹⁰ (libro de mano –cabecera– del médico) donde vienen explicadas todas las patologías más prevalentes, con su incidencia, prevalencia, sintomatología, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento y otros. Esta web se encuentra disponible siempre de manera gratuita y es además frecuentemente actualizada. Cuenta con su contraparte Patientenhåndbogen¹¹ donde los pacientes buscan información sobre su enfermedad, explicada de manera sencilla y e incluso con videos.

Conflicto de intereses

Los autores confirman que no han recibido ningún fondo ni existen conflicto de intereses en el desarrollo de nuestro estudio.

Bibliografía

1. Danmarks Statistik. Recuperado 11 Jun 2018 de: <http://www.statistikbanken.dk/hisb7>.
2. ¿Cómo se organiza la Sanidad en Europa? Salud. EL MUNDO. (n.d.). Recuperado 11 June 2018 de: <http://www.elmundo.es/grafico/ciencia-y-salud/salud/2017/05/19/591eea5222601dc9358b467b.html>.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad –Portal Estadístico del SNS– Indicadores de los Sistemas Sanitarios de la UE en el siglo XXI. (n.d.). Recuperado 11 2018 de: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>.
4. El sistema de salud. AMF. 2012; 8: 519-521. Recuperado de: http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1070&id=Ser_medico_de_familia.pdf.
5. PLO faktaark. 2017. (n.d.). Recuperado de: https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2017_oktober_2.pdf.
6. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. (n.d.). Almen Laegepraksis i Danmark. Recuperado de: <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/Almen.Praksis.DK.pdf>.
7. Top 20: Disse KU-uddannelser giver dig den højeste løn. (n.d.). Recuperado 11 Jun 2018 de: <https://uniavisen.dk/top-20-disse-ku-uddannelser-giver-dig-den-hoejeste-loen/>.

8. Hvad koster det at leve? [Internet]. [citado 11 Nov 2018]. Disponible: <http://www.budgethuset.dk/hvad-koster-det-at-leve/>.
9. IKAS og Den Danske Kvalitetsmode. Recuperado 11 Jun 2018 de: <https://www.ikas.dk/>.
10. Lægehåndbogen. Recuperado 11 Jun 2018 de: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.
11. Patientenhåndbogen. Recuperado 11 Jun 2018 de: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>.
12. Denmark?: International Health Care System Profiles [Internet]. [citado 11 Nov 2018]. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.