

Los derechos de los pacientes y las obligaciones profesionales en diferentes esquemas de aseguramiento. El sistema noruego*

***Olav Molven,
Universidad Diakonhjemmet,
Noruega***

Esta presentación se centra en el sistema noruego de salud y en los mecanismos de aseguramiento y financiamiento y los costos que pagan los usuarios, los derechos de pacientes, los derechos y las responsabilidades del personal de salud y de las instituciones de salud (hospitales) y las responsabilidades de los municipios en relación con los pacientes y personal de salud. Es un tema muy amplio pero trataré de resumirlo lo mejor que pueda dentro de los marcos asignados.

Noruega

Noruega tiene 4,5 millones de habitantes principalmente a lo largo de la costa. El país es alargado, acerca de 2.000 Km., y pequeño. Tenemos una costa extensa (tres cuartos de nuestras fronteras) y los países vecinos con los que compartimos la frontera con son Suecia, Finlandia y Rusia.

La esperanza de vida de nuestra población es 82 años para las mujeres y 78 años para los hombres. Hace sesenta años, la esperanza de vida era de 69 años para las mujeres y 64 años para los hombres. La tasa de mortalidad infantil es 3,4 y hace sesenta años era de 40 por mil. Así que ha habido muchos cambios importantes los últimos sesenta años.

El `estado benefactor`

Desde 1945 hemos desarrollado nuestro `estado benefactor`; una administración del Estado que pone un alto énfasis en desarrollar y asegurar las condiciones de vida a los individuos. Comenzamos después de la Segunda Guerra Mundial reconstruyendo el país, y luego trabajado en la consolidación del `estado de bienestar`.

El estado tiene la responsabilidad de organizar la sociedad sobre la base de la solidaridad. El sistema de salud noruego se basa predominantemente en

* Presentación realizada en idioma ingles. Traducción nuestra.

los impuestos y se sustenta en el principio de proporcionar a todos los habitantes servicios de salud con equidad, independientemente del grupo étnico al que pertenezcan, de su posición social, de los ingresos o de las barreras geográficas. El sistema de atención de salud se basa en los valores como necesidad-solidaridad e igualdad. La igualdad implica la igualdad de las oportunidades, del tratamiento y de los resultados.

La igualdad de oportunidades significa que todos deben tener los mismos derechos formales. Cada noruego es miembro del sistema nacional de seguro que es uno de los componentes de la igualdad del esquema de oportunidades.

La igualdad de tratamiento significa que las personas en la misma situación tienen igualdad de derechos para recibir tratamiento. El sistema de salud pública son principalmente gratuitos.

La igualdad de los resultados (nivel de vida) es un aspecto más problemático. Noruega tiene un amplio sistema de redistribución del ingreso. Algunos países industrializados hacen referencia a una sociedad 1:8:1. Esto significa que una parte es rica, ocho partes están en el medio, y una parte es pobre. Pienso que es correcto decir que en Noruega ambos grupos, el pobre y el rico, son más pequeños que en otros países.

El sistema de este `estado benefactor` --el sistema de seguro, la redistribución financiera y el sistema de salud pública de cobertura universal--, es básicamente el mismo que en los otros países Nórdicos: Suecia, Finlandia y Dinamarca.

El sistema de atención de salud

En la cúspide del sistema de atención de salud se encuentran el Ministerio de Salud y a la Administración Nacional del Seguro.

Los 431 municipios en Noruega administran el sistema de atención primaria de salud. Tienen sus proveedores de atención primaria, como los cuidados en el hogar, y los hogares para adultos mayores, los pabellones de urgencia y los médicos generales. Además muchos médicos generales se vinculan a los municipios sobre una base contractual.

Existen cinco autoridades sanitarias regionales que administran 35 empresas de salud (instituciones), que están compuestas de cerca de 60 hospitales. Las empresas son propiedad del Estado y son administradas por él. Las cinco autoridades sanitarias regionales también tienen contratos con proveedores privados de especialistas que sobre una base contractual brindan tratamiento fuera de las clínicas. Tenemos muy pocos especialistas y unos

pocos hospitales pequeños que opera en forma comercial; no son en realidad importantes en el sistema noruego

El sistema de seguro y el diagrama de flujo financiero

Básicamente, la población paga los impuestos que van directamente a tres áreas diferentes: el Presupuesto del Gobierno Nacional, el Plan Nacional de Seguro donde se aseguran a todos, y a los municipios.

Del Presupuesto del Gobierno Nacional (los impuestos que el gobierno recoge) se dan subvenciones globales para el Plan de Seguro Nacional a las cinco autoridades sanitarias regionales y a los municipios.

Los pagos anticipados del Plan de Seguro Nacional van a los médicos generales y los pabellones de urgencia, y a los especialistas privados que trabajan sobre una base contractual con las autoridades regionales de salud. Los médicos generales también reciben pago del Presupuesto Global de los municipios.

Cuando las personas están enfermas, reciben compensación de ingresos del Plan Nacional de Seguro. El primer año la compensación es por todo el salario. El Plan Nacional de Seguro también tiene el seguro para todos los otros grupos que han perdido sus ingresos; como los retirados, las personas con discapacidad, los desempleados, etc. Es un sistema único.

El gasto de bolsillo

El costo de una consulta a un médico general es de US\$20. Si la consulta es con un especialista, el precio es US\$35. El gasto máximo de bolsillo para los servicios de salud es sin embargo US\$250 por año para una persona incluyendo a sus hijos. Las personas pueden ir tanto como desean a los doctores y recibir los medicamentos prescritos y esa es la suma máxima que tienen que pagar al año. La internación hospitalaria es gratuita incluyendo los medicamentos consumidos durante la misma.

Los ingresos anuales promedio para un noruego son US\$55.000, de manera que los gastos por servicios de salud son en realidad muy pequeños. (Una enfermera gana cerca de US\$ 50.000 y un médico gana cerca de US\$ 130.000. Los médicos que ganan el más son los médicos generales debido a que tienen muchos pacientes y deben trabajar más horas. Los médicos de hospital ganan cerca de US\$ 80.000-US\$ 90.000 año.)

En resumen el total del gasto de bolsillo es cerca de 3,5% del presupuesto de atención de salud. El pago a los dentistas no está incluido en esta cifra. El resto es absorbido por el presupuesto del Gobierno Nacional, el

Plan Nacional de Seguro y los presupuestos de los municipios que, según se menciona, se basan en la tributación.

La legislación sanitaria

La legislación noruega de salud se estructura principalmente como un sistema basado en el derecho-responsabilidad, y se identifica claramente quién tiene las diferentes responsabilidades. Las principales leyes son:

- La Ley de Seguridad Social que se refiere al sistema de seguro para los pacientes y además para las personas que han perdido sus ingresos.
- La Ley de Servicios Municipales de Salud que se refiere a los servicios municipales de atención primaria de salud.
- La Ley de Servicios Especializados de Salud que trata sobre los servicios de salud especializados administrados por el Estado.
- La Ley del Personal de Atención de Salud que se aplica a los 27 grupos de personal de salud autorizado y confiere básicamente las mismas responsabilidades para el resto del personal de salud.
- La Ley de derechos de los Pacientes que se refiere a todos los derechos que los pacientes tienen en relación con la atención primaria de salud, los servicios de salud especializados y el personal de salud.
- La Ley de Ambiente de Trabajo sobre las condiciones de trabajo para el personal de salud en su calidad de empleados. Esta es una ley general que se aplica a todos los empleados tanto para el personal de atención de salud como para todos los demás protegiéndolos en su calidad de trabajadores.

Las relaciones entre estas leyes se dan de la siguiente manera. La atención primaria de salud (los municipios) y los servicios especializado salud (instituciones y especialistas) tienen responsabilidades que están definidas, y los pacientes tienen derechos correspondientes que surgen de la Ley de Derechos de los Pacientes. Usted encuentra las responsabilidades de atención de salud del personal en la Ley del Personal de Atención de Salud y los derechos correspondientes se encuentran en la Ley de Derechos de los Pacientes. Y en la Ley del Personal de Atención de Salud y en la Ley de Ambiente de Trabajo usted encontrará derechos para el personal de atención de salud relacionados con los municipios y con los hospitales.

Además, tenemos entre otras leyes específicas sobre las enfermedades transmisibles, la investigación en salud, el control y las indemnizaciones en el caso de los fenómenos adversos. No existe una ley específica sobre los servicios de salud privados; la regulación es la misma.

Las enfermeras, los médicos y los otros profesionales de salud tiene también su código deontológico, sin embargo estos gradualmente han disminuido en importancia ya que la regulación de este tema ha sido absorbida en gran parte por la legislación.

La ley sobre los derechos de pacientes y la ley sobre el personal de salud

Las leyes comienzan indicando su objetivo y su alcance y dando las definiciones. El punto de partida para interpretar las diferentes provisiones en las leyes se encuentra en el objetivo y el alcance de las mismas.

El primer capítulo de la Ley de Derechos de los Pacientes se refiere al derecho a la atención de salud, el capítulo siguiente al derecho a la participación y la información, el siguiente al consentimiento informado, el próximo al derecho de acceder a los expedientes médicos, el siguiente a los derechos especiales en relación con los niños, el próximo al sistema de quejas, el último a los defensores (mediadores) de los pacientes. En total, la ley contiene cerca de 60 secciones.

La Ley del Personal de Atención de Salud se estructura de la misma manera. Primero, el objetivo, el alcance y las definiciones, y luego el requisito de conducta profesional para el personal de salud, los requisitos para los establecimientos de salud, la autorización para practicar, la obligación de confidencialidad y la obligación de revelar algunas informaciones, los requisitos para la notificaciones, la responsabilidad en relación con la documentación, las condiciones en relación con la autorización, las situaciones de transgresión a la Ley y luego, referencia a la Junta Noruega de la Salud, es decir, acerca de las inspecciones en relación con el personal de salud.

Derechos de los pacientes a la atención de salud necesaria

En primer lugar, todos tienen el derecho a tener un médico general; o sea, que las personas se pueden matricular con un médico general. Los municipios tendrán que asegurar que tengan este médico general.

Todos tienen el derecho a ser tratado por un médico general, a la atención de enfermería, a la enfermería en el hogar y a todo que entra en la "atención de salud necesaria".

Si son referidos por el médico general, los pacientes tienen derecho a ser evaluados y tratados por especialistas en el ámbito de la atención de salud necesaria en un plazo no mayor de 30 días. En Noruega han habido retrasos para ver al especialista y el Parlamento decidió que 30 días debe ser el plazo máximo de espera.

¿Qué es un derecho? La Corte Suprema de Noruega resolvió al comienzo de los años noventa un caso acerca del significado. Según el tribunal significa, básicamente, que las personas tienen este derecho independientemente de sus ingresos y del costo del tratamiento. Por consiguiente, los municipios y el Estado tienen que transferir los fondos al sector de la salud para que puedan proporcionar la atención de salud necesaria. Los municipios desafiaron este principio al traer un caso a la Corte Suprema respecto de lo que debe entenderse por atención de salud necesaria. Fue acerca de la una mujer con esclerosis múltiple que consiguió 22 horas de enfermería y ayuda domiciliaria por la semana y dijo que necesitaba más. La Corte Suprema dictaminó que tenía razón y que 22 horas estaban muy por debajo lo que se consideró básico para ella según el principio de atención de salud necesaria. La economía tiene que seguir la ley que se basa en las normas técnicas.

El derecho a la participación y el derecho a la información

Los pacientes tienen el derecho de informarse acerca de su salud y tratamiento, también el derecho a participar en la toma de decisiones. La Ley de los derechos de pacientes lo declara así:

“El paciente tiene derecho participar en la aplicación de su tratamiento médico. Esto incluye el derecho a elegir entre los medios de diagnóstico terapias disponibles y probadas médicamente.”

Entonces, el paciente es parte de lo que le sucede, participa en la elección de las diferentes posibilidades y tienen la oportunidad de decidirse por el mejor procedimiento.

La forma de participación se ajustará a la capacidad del paciente de suministrar y recibir información; algunos pacientes pueden no tener capacidad plena para esto y entonces se puede generar un problema. En ese caso, se involucran a sus familiares.

Con relación a lo que hablamos anteriormente acerca de la información puedo decirles lo que ocurre cuando el paciente se ha lesionado. La ley establece que

“Se informará al paciente si ocurrirán traumatismos o grave complicación. Al mismo tiempo se le hará conocer el derecho que tiene a ser compensado a través del Sistema Noruego de Indemnizaciones para los Daños a los Pacientes.”

Esto significó que el paciente debe ser informado de los daños que sufra. La responsabilidad para informar corresponde a los hospitales y el personal de salud.

Práctica profesional

Los pacientes tienen el derecho a ser tratados de conformidad con las normas profesionales reconocida. La Ley del Personal de Atención de Salud dice al respecto:

“El personal de salud realizará su trabajo en conformidad con los requisitos de la responsabilidad profesional y atención diligente que puede esperarse basado en sus calificaciones, la naturaleza de su trabajo y la situación en general.”

Esto se aplica al personal de atención de salud. Sin embargo, existen las mismas reglas para las instituciones, los servicios de atención de salud ofrecidos o proporcionados bajo la Ley de los Servicios Municipales de Salud y la Ley de los Servicios de Salud Especializada, que deben cumplir con prácticas reconocidas.

No profundizaré en el significado de la expresión *prácticas reconocidas*, pero este tema ha sido frecuentemente objeto de fallo de la Corte Suprema. Los pacientes que consideran que no han recibido tratamiento que necesitan pueden quejarse a la Junta Noruega de la Salud (una inspectoría) que luego evalúa la norma de atención que paciente ha recibido.

Derechos de personal de salud

Todo el que cumple con los requisitos establecidos por la Ley tiene el derecho a convertirse en personal de atención de salud y a que se le conceda autorización para hacerlo.

El personal de salud tiene derechos como empleados según La Ley de Ambiente de Trabajo mencionada anteriormente. Entonces, están protegidos contra el despido. Aquellos que trabajaron sobre una base contractual están protegidos por su contrato.

Todo el personal de atención de salud tiene derecho a un salario. Esto no ha sido un problema todavía en Noruega. Todos estos profesionales reciben el

suelo al que tienen derecho. ¿Todos consiguen el trabajo? Sí. Hay una escasez del personal de salud en Noruega.

Nombramientos temporales

En Noruega el nombramiento temporal está por lo común prohibido. El principio más importante de la Ley es que todo trabajador tendrá un nombramiento permanentemente.

El empleo temporal no obstante puede acordarse: (a) cuando lo merece el tipo de trabajo a realizar y el trabajo no estar de acuerdo de eso que se realiza comúnmente en la empresa; (b) reemplazo temporario de otra persona o personas; o (c) cuando se realiza en calidad de pasantía. Esto implica que el personal de salud rara vez tiene un empleo temporal, solamente cuando se trata de un reemplazo.

Pérdida de la autorización

Hay un sistema para revocar la autorización. En Noruega, aproximadamente 70 profesionales de salud pierden su autorización anualmente. En la mayoría de los casos, esto no es porque no siguen la norma reconocida de práctica sino principalmente por comportamiento poco ético: abuso sexual, robo de drogas, tomar dinero de los pacientes en los hogares para convalecientes y situaciones de este tipo.

Si la falta no es grave, el personal de salud puede recibir una advertencia sobre su comportamiento o se le puede llamar la atención informalmente. También se pueden presentar quejas sobre el desempeño de las instituciones de salud y los hospitales en los municipios, se les puede exigir que cambien sus prácticas y aún aplicárseles una multa.

Destitución del lugar de trabajo

Tanto en teoría como en la práctica el personal de salud se encuentra protegido contra despidos. Según la Ley de Ambiente de Trabajo, los trabajadores no pueden despedirse a menos que exista una causa justificada sustentada objetivamente y relacionada con la empresa, el empleador o el empleado.

Lo mismo aplica si el trabajo se hace sobre la base contractual. El despido debe estar objetivamente justificado. Por ejemplo, un médico general que pierde su autorización puede ser despedido, pero una advertencia no es causa suficiente de despido. Si recibe otra advertencia, entonces es posible que sea despedido.

Conclusiones

La legislación de salud noruega y el sistema que se sustenta en ella, se basa en unos valores básicos, principalmente la necesidad-solidaridad y los principios de igualdad. La legislación establece un conjunto de responsabilidades para los municipios, las instituciones y el personal de salud, y obliga a las instituciones y las municipalidades a presupuestar adecuadamente para cumplir sus obligaciones con respecto a la salud para los individuos.

La reglamentación y luego el derecho a la atención de salud, se aplica y es igual para todos. No hay ningún sistema de atención de salud privado importante que sea especial por ejemplo para los que pueden pagar mucho o poco; el sistema público con el derecho a la atención de salud necesaria funciona de una manera uniforme para todos.

Las organizaciones profesionales han aceptado las regulaciones mencionados más arriba. No solo las han aceptado sino también han sido activas en promoverlas. Las evaluaciones indican que las instituciones y los municipios también cumplen en la práctica en un grado alto con sus responsabilidades legales.

La Junta Nacional de la Salud controla con regularidad el cumplimiento de las normas. Si se encuentra que los prestadores de atención de salud no actúan de acuerdo con la ley, se les llama la atención y/o se los obliga a cambiar sus prácticas. Este sistema del control es aceptado por las instituciones y por el personal de atención de salud. En realidad no ha existido ningún problema mayor que requiera este tipo de control.

El marco legal fue revisado en 2000 principalmente en relación con las responsabilidades de los prestadores de atención de salud, sin embargo estos cambios no han generado mayores problemas. Las instituciones y los profesionales no los contrariaron, aunque algunos profesionales dicen que ahora existen demasiadas regulaciones.

Por el momento, los elementos principales del sistema de atención de salud en Noruega no son objeto de debate. Tanto el sistema de seguro nacional que incluyen a todos, el sistema con servicios de salud pública que funciona para todos, el sistema que cubre gastos mínimos cuando una persona se enferma, el sistema de atención primaria de salud como un sistema básico y el sistema con el derecho individual de todos a tener la atención de salud necesaria que han funcionado durante muchos años, parece estar estable.