

FACULTAD DE MEDICINA  
CATEDRA DE HIGIENE

EL SEGURO OBLIGATORIO DE SALUD  
EN SUECIA

Por el DR. EFRAÍN MARGOLIS

La Cátedra de Higiene ha considerado conveniente difundir los esquemas organizativos de los sistemas de Seguridad Social, a los efectos de apreciar sus posibilidades prácticas de aplicación en nuestro medio.

Los medios docentes de la Facultad no pueden permanecer ajenos a los problemas candentes de la salud pública en los momentos actuales. La discusión del Seguro de Salud está dentro de los lineamientos de un concepto moderno de la Administración Sanitaria, y la eventual introducción de los Seguros en nuestro país hace necesario conocer a fondo los sistemas vigentes en otros, para recoger sus ideas útiles y someter a crítica las que fueran poco aplicables a nuestro medio.

Suecia es un país de alta cultura, con una escuela médica de primera línea y con antigua experiencia sobre los seguros de enfermedad sobre base voluntaria, que cubrían al 60 % de la población. Recién en 1955 implantó el Seguro Nacional de Salud sobre bases compulsivas para sus aproximadamente seis millones de habitantes.

Los datos que se transcriben han sido recogidos de un trabajo de Ernst Michanek, perteneciente al Ministerio de Asuntos Sociales, Trabajo y Vivienda suecos, titulado "Compulsory Health Insurance in Sweden".

Para poder manejarnos con las cifras que se ofrecerán, aclaramos que la moneda sueca es la *corona*, cuyo valor real y poder adquisitivo es superior al peso uruguayo, levemente. Un asalariado gana en Suecia como promedio entre 8.000 y 10.000 coronas anuales.

## 1º) *Esfera de aplicación del Seguro de Salud sueco*

El Seguro sueco se aplica a todos los habitantes del país, cualquiera sea su edad, sexo, nacionalidad, estado de salud o posición económica. Se estima que hay alrededor de 4.400.000 personas aseguradas obligatoriamente, y un millón y medio de menores de 16 años están además cubiertos por el seguro del padre o de la madre.

El Seguro de Salud protege contra los riesgos de enfermedad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (parcialmente) y maternidad. Parte del principio de que toda persona está sujeta al riesgo de enfermedad, por lo que hay interés social en proteger a todos contra sus consecuencias económicas.

La afiliación es obligatoria para todo mayor de 16 años que trabaja en calidad de asalariado y que gana por lo menos 1.200 coronas anuales, pues su afiliación se descuenta de su sueldo o jornal directamente. Además, la mujer del asegurado tiene también una afiliación automática que cubre el mínimo que ofrece el Seguro —3 coronas por día en caso de enfermedad o maternidad— teniendo derecho a asegurarse facultativamente hasta por 3 coronas más.

La afiliación es facultativa para los que ganan menos de 1.200 coronas por año, cifra ínfima y que en casos especiales es protegida por mecanismos sociales particulares.

También es facultativa para los trabajadores independientes, según su ingreso anual, pudiendo pagar cuotas más altas que los asalariados para tener derecho a la asistencia médica y la compensación diaria en caso de enfermedad (pues en su caso no hay empleador que también contribuya). En el caso de personas que a la vez tengan ingresos por concepto de salario y de trabajo independiente, es obligatoria la afiliación como asalariado y facultativo el seguro adicional por sus ingresos independientes.

Asimismo, en forma voluntaria, pueden afiliarse los estudiantes, para cubrir hasta 6 coronas por día en caso de enfermedad.

## 2º) *Prestaciones en especie en caso de enfermedad*

a) *Costos de médico general, especialista y análisis.*— Los honorarios del médico y los costos de los exámenes son fijados

por el Seguro, participando los médicos en dicha fijación a través de sus delegados en el Seguro. Se establecen de dicha manera tarifas por asistencia en la ciudad y en el campo, en enfermedad aguda o crónica según número de visitas al médico y tipo de afección, etc.

El paciente paga al médico los honorarios de la tarifa, y el Seguro le restituye los  $\frac{3}{4}$ . En caso de asistencia a domicilio, el Seguro paga los gastos de traslado del médico. En muchas industrias, hay acuerdo entre asalariado y patrón para el pago del cuarto restante.

El médico no tiene la obligación de cobrar las tarifas del Seguro. Puede cobrar honorarios inferiores, en cuyo caso el Seguro restituye al paciente los  $\frac{3}{4}$ . Pero también puede cobrar honorarios superiores, pagando el enfermo lo que pasa de la tarifa oficial.

Como hay libre elección del médico por el paciente, éste llama a quien cobra por encima de la tarifa sabiendo que la asistencia le sale más cara. En general, los médicos cobran los honorarios oficiales, pero en las ciudades y sobre todo en Estocolmo hay muchos que están por encima.

b) *Gastos de traslado del paciente.*— El traslado del paciente para consultar al médico o concurrir al hospital puede insumir sumas importantes, en particular en las áreas rurales. El Seguro paga los  $\frac{3}{4}$  por encima de 4 coronas la primera visita y por encima de 1 corona las siguientes; en caso de requerir internación, paga el 100 % del traslado.

c) *Costo de asistencia hospitalaria.*— En los hospitales públicos el asegurado recibe asistencia gratuita, corriendo el Seguro con los gastos que insume la internación hasta de 720 días (dos años) por cada enfermedad. El paciente puede elegir un hospital privado, en cuyo caso el Seguro le restituye lo que gastaría si se asistiese en un hospital público y el asegurado debe pagar el resto.

d) *Medicamentos.*— El Seguro paga el 50 % de lo que cada medicamento por separado exceda de 3 coronas. El farmacéutico hace el descuento al paciente y el Seguro se lo reembolsa.

En algunas enfermedades crónicas, los medicamentos son pagados exclusivamente por el Seguro en su totalidad: diabetes, cáncer, tuberculosis, epilepsia.

e) *Libre elección* por el paciente, tanto del médico como del establecimiento público o privado donde asistirse. Hay ciertas limitaciones económicas, pues el enfermo debe pagar lo que exceda de las tarifas oficiales.

### 3º) *Prestaciones en metálico en caso de enfermedad*

a) *Compensaciones por día de trabajo perdido.*— El plazo de espera es de tres días. Es decir, se empieza a pagar la indemnización desde el cuarto día de enfermedad, o desde que el paciente comunica al Seguro su situación si es después del cuarto día (salvo casos de fuerza mayor bien previstos). No existe plazo de espera en caso de que el asegurado vuelva a enfermar dentro de los veinte días de concluida otra afección.

Las compensaciones son servidas durante 730 días (dos años) al igual que la duración de la asistencia hospitalaria (en cambio, los pagos por gastos de médico y medicamentos no tienen ningún límite). Este plazo de dos años rige para cada enfermedad, y si el asegurado adquiere una afección distinta, para ella valen íntegramente los dos años. También tiene validez el plazo completo si el sujeto adquiere la misma enfermedad después de dos años sano.

En los ancianos, se paga hasta un máximo de 90 días por cada enfermedad. Se entiende que una vez transcurridos esos plazos, el individuo está protegido por otros sistemas de seguridad (seguro de vejez o incapacidad), por lo que no hay conveniencia en prolongar la compensación por enfermedad indefinidamente.

El monto de la compensación por día de trabajo perdido después del tercer día, alcanza aproximadamente al 65 % del sueldo o salario. En casos de sueldos bajos y/o niños a cargo del asegurado, puede llegar hasta el 100 %.

Para fijar dicho monto, se establecen 13 categorías de asegurados según sus ingresos anuales: N° 1, de 1.200 a 1.800 coronas, etc. La categoría más alta es la de 14.000 ó más coronas anuales. Cada año, todos los asegurados hacen la declaración de sus ingresos y se les fija su categoría.

El mínimo de compensación diaria es de 3 coronas para la categoría N<sup>o</sup> 1. La última recibe 20 coronas por día, y las restantes una escala progresiva.

Esas cantidades son las recibidas los primeros 90 días de enfermedad. De ahí en adelante, los asegurados de la 4<sup>a</sup> categoría y siguientes sufren reducciones; por ejemplo, la 4<sup>a</sup> categoría recibe 6 coronas los primeros 90 días y luego 5; la mayor, 20 y 12 coronas respectivamente. El periodo de 90 días es sumativo si media menos de dos meses entre una y otra enfermedad.

En caso de internarse el asegurado, la compensación se reduce en 3 coronas diarias, pero la reducción no puede ser superior al 50 %. En caso de requerir internamiento la mujer del asegurado, recibe una compensación de 3 coronas diarias, y además una asignación infantil (ver más abajo).

Para quienes tienen ingresos inferiores a 1.200 coronas anuales, la afiliación es voluntaria hasta por 3 coronas diarias.

b) *Beneficios adicionales.*— Algunas Cajas con próspera situación económica pagan también los  $\frac{3}{4}$  del costo de tratamientos especiales, como ser: masajes, onda corta, diatermia, reeducación del lenguaje, etc.

c) *Asignación infantil.*— En caso de enfermedad del asegurado, hay una compensación por hijo que vive en el hogar, según la siguiente escala: 1 corona diaria para 1 ó 2 hijos; 2 coronas para 3 ó 4, y 3 coronas para 5 y más hijos.

Si el asegurado es el padre y la enferma es la madre, no hay compensación, salvo que la madre deba internarse, en cuyo caso recibe —además de las 3 coronas diarias que le corresponden— 2 coronas por hijo.

#### 4<sup>o</sup>) *Accidentes y enfermedades profesionales*

El Seguro cubre este riesgo al igual que el de enfermedad, los primeros 90 días de ausencia del trabajo, con idénticas compensaciones. En el 95 % de los accidentes y enfermedades profesionales no se pasa el límite de los 90 días.

Por encima de los 90 días el trabajador recibe compensación a cargo de un Seguro profesional pagado exclusivamente por los empleadores. No sufre reducción de la compensación

después de ese lapso, como vimos acontecía en el pago por días perdidos por enfermedad. El Seguro profesional es útil en particular para los casos de invalidez definitiva y para las pensiones a los causahabientes en caso de muerte del asegurado por causa inherente al trabajo.

#### 5º) Seguro de maternidad

a) *Retribuciones en especies.*— Toda embarazada tiene derecho a parto gratuitamente atendido en un hospital público, así como a transporte gratuito hasta el hospital.

En caso de preferir parto a domicilio, el Seguro paga los honorarios de la partera en un 100 %, o si la embarazada eligió médico, de éste un 75 %.

b) *Retribución en dinero.*— Las aseguradas reciben una compensación igual a la que les corresponde en caso de enfermedad, correspondiente a una ausencia de 90 días de trabajo.

Las embarazadas no aseguradas reciben 270 coronas por parto (que equivale al seguro básico de tres coronas diarias para 90 días), a lo que se agrega un 50 % en embarazos gemelares. Además, todas reciben una compensación de 20 coronas por hijo menor de 10 años a su cargo.

#### 6º) Financiación del Seguro de Salud

El sistema cuesta 738 millones de coronas al año, pero usando recursos anteriores invertidos en la seguridad social, significa un aumento de 500 millones sobre lo anteriormente gastado con ese fin.

Las contribuciones para financiar el Seguro son hechas por el asalariado o asegurado, el empleador y el Estado. Son variables según los distritos y los riesgos probables; por ejemplo, son más altas en las ciudades que en el campo, porque en ellas difunden más ciertas enfermedades.

*Los asegurados:* financian el 44 % del Seguro. Los que poseen ingresos menores de 1.200 coronas al año no pagan nada, y los restantes cubren el seguro completo con cantidades que oscilan entre 60 y 150 coronas por año, según la categoría de ingresos a que pertenezcan. En ningún caso esa contribución debe sobrepasar el 2 % del sueldo o salario.

Los patronos: financian el 27 %. Dentro de este sector, los  $\frac{5}{6}$  corresponden a empleadores particulares y  $\frac{1}{6}$  al Estado en calidad de patrón. En total, patrón paga el 1,14 % sobre cada sueldo o jornal que abona, lo que equivale a 1,1-2 coronas semanales por asalariado.

El Estado: cubre el 29 % restante. Se calcula que la contribución estatal subvenciona el 50 % de los gastos médicos y compensaciones diarias, el 75 % de la asignación infantil y el 20 % de los beneficios para los asegurados en forma voluntaria o facultativa.

### 7º) Organización del sistema

El sistema es administrado por asociaciones locales, asociaciones centrales y el Servicio Nacional de Salud.

Hay 31 asociaciones centrales, con atingencia sobre la provincia o una ciudad importante, de las que dependen las locales. Se integran con representantes de éstas, del Cuerpo Médico Nacional, de las autoridades comunales y del Servicio Nacional de Salud.

Hay 631 asociaciones locales, electas por los municipios, que son las encargadas de la administración directa de los fondos y pago de las compensaciones.

El Servicio Nacional de Salud supervisa la actividad de las asociaciones y les da directivas. Reparte entre ellas la contribución gubernamental y patronal. Es juez de alzada en apelaciones de los asegurados contra decisiones de su asociación local o central.

*En resumen*, podemos apreciar cómo Suecia ha resuelto el problema de la creación de un Seguro de Salud, con todas las complejas cuestiones a él inherentes: la esfera de aplicación (a toda la población o a los sectores económicamente más vulnerables),

- monto a pagar de gastos médicos, hospitalarios y compensación por el sueldo perdido con motivo de la enfermedad (100 % ó porcentajes variables, con fechas también variables),
- forma de trabajo del médico (libre elección o médico funcionario; manera de fijar los honorarios médicos),

- el problema del plazo de espera,
- el problema de las enfermedades crónicas,
- la asignación infantil,
- la coordinación con el seguro contra accidentes y enfermedades profesionales,
- la inclusión del seguro de maternidad, etc.

La necesidad de proteger a los habitantes del país contra el riesgo de enfermedad, hace imprescindible iniciar el estudio de estos problemas, a los efectos de encontrar las mejores soluciones para los trabajadores y los sectores médicos y paramédicos.