

---

## Situación actual de la Pediatría en Noruega

Esperanza Díaz  
Médico de Familia  
Eiklandsosen. Noruega

---

Noruega es el país de Escandinavia que cuenta con el Colegio de Médicos más fuerte e influyente en la sociedad. Esto supone que la situación actual de la salud en el país difiera en cierta medida de lo que ocurre en Suecia y Dinamarca, haciendo las tres naciones inequívocas en cuanto a ofertas de empleo en el área sanitaria se refiere.

En las siguientes líneas intentaré explicar de forma concisa cómo se especializa uno en Pediatría en Noruega, las posibilidades de empleo posteriormente y cómo se organiza aquí el cuidado de la salud de los más pequeños.

Los estudios de medicina en Noruega están reservados para aquellos que se acerquen al seis en sus calificaciones (puntuación de uno a seis) en los cuatro años previos a la universidad. En toda Noruega (unos 4 millones y medio de habitantes) se permiten anualmente 496 plazas para estudiantes de primer año de medicina. Es decir, hay *numerus clausus* muy estrictos.

La carrera dura de seis a seis años y medio y está dividida en dos partes. La primera parte, o preclínica, dura dos años y tres meses. En ella se da gran importancia al aprendizaje y la comprensión de las funciones corporales en el individuo sano. Se estudian asignaturas como bioquímica, anatomía o fisiología. En este período se introducen también asignaturas relacionadas directamente con la Medicina de Familia, que en Noruega es ciertamente importante (cinco años de especialidad). El segundo período, que es básicamente clínico, dura alrededor de cuatro años. Se hace fundamentalmente en hospital. Al ser tan pocos estudiantes, se realiza evaluación continuada del alumno. Hay también exámenes, pero no se usan como método de selección, ya que casi todos los que se presentan aprueban si han asistido a la parte clínica mostrando las necesarias habilidades.

Tras obtener la graduación en Medicina, los candidatos deben trabajar obli-

gatoriamente un período de un año y medio bien en hospital o en distritos, para conseguir autorización para trabajar como médicos. La realidad es que trabajan en los sitios en los que no están bien cubiertos los servicios médicos, con sueldos menores que los médicos y supervisados –en persona o telefónicamente– por un médico con licencia.

A las diversas especialidades no se llega, como en España, por medio de un examen, sino presentando el curriculum y mediante entrevista personal en centros que tengan plazas acreditadas. Existen en Noruega tres especialidades relacionadas con la Pediatría: Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia, Cirugía pediátrica y Pediatría General.

La especialidad consiste en trabajar de forma supervisada en un hospital (estilo MIR) en el departamento de Pediatría durante cuatro años, a los que sigue un año en otra especialidad a elegir, que puede ser intra o extrahospitalaria (es frecuente que hagan Obstetricia o Medicina de Familia, pero puede ser casi cualquier especialidad); es necesario además hacer un número de horas de cursos que varía según la especialidad. En Pediatría General, por ejemplo, son necesarias 200 horas, de las que al menos 120 deben corresponder a cursos obligatorios como asma y alergia en el

niño, anestesia y medicina intensiva infantil, desarrollo neurológico del niño, cardiología pediátrica, nefrología pediátrica, etc. Todos los cursos van seguidos de un examen, pero es raro que alguien no salga airoso de ellos.

Al término de la especialidad, las posibilidades de trabajar en un hospital público son bastantes, siempre y cuando uno esté dispuesto a no hacerlo en las ciudades más grandes (Oslo y Bergen). También se puede trabajar en clínicas privadas o concertadas sin muchas dificultades. En términos prácticos no hay paro en esta especialidad, ni en ninguna otra.

Existe después de la especialidad la posibilidad, necesaria si no se quiere perder el título de especialista, de reciclarse mediante cursos semejantes a los que se hacen para ser pediatra. Es necesario completar un número determinado de horas además de haber trabajado un mínimo en dicha especialidad. De no hacerlo así, se pierde la especialidad.

En cuanto a la estructura, la red sanitaria noruega consta de Centros de Salud, Clínicas y Hospitales. Para comprender lo complejo de la situación, tenemos que pensar en la dificultad de encontrar profesionales sanitarios, lo cual ha dado lugar a una gran flexibilidad laboral que hace posible la convivencia de la medicina pública y la privada. Los Centros de

Salud son responsabilidad de las provincias, que gestionan autónomamente el presupuesto sanitario. Ellas son por tanto las encargadas de construir el marco físico y de contratar a los médicos de familia o generales (son los menos los que tienen completa la especialización). Estos médicos pueden elegir trabajar de forma pública, con sueldo fijo que paga la provincia, o privada, cobrando proporcionalmente al número de pacientes (un tanto por ciento directamente del paciente, que paga lo mismo cuando va a un médico público, y otro tanto por ciento de dinero público).

Las clínicas son fundamentalmente privadas, aunque con subsidios estatales, y son en la práctica, sociedades de varios especialistas en diversas áreas que trabajan juntos. Los Hospitales son públicos y el paciente no paga nada cuando necesita ser ingresado.

Hasta el momento, no hay asignación de médico a los pacientes. Cada uno puede elegir ir al médico que quiera, dentro o fuera de su provincia. Esto es así, una vez más, por decisión del Colegio de Médicos. Mientras el Estado intenta desde hace años emprender una reforma para tener pacientes asignados a médicos concretos, el Colegio se niega basándose en que no hay médicos suficientes, puesto que el tener médico

asignado aumentaría la demanda. En teoría la reforma se está empezando a organizar con vistas a empezar en el 2001, pero ya ha sido dos veces aplazada, por lo que no es fácil saber qué ocurrirá. En principio, son pocos los profesionales que ven la asignación de pacientes con buenos ojos.

En este clima de poder de los profesionales y de escasez de los mismos, las guardias toman una estructura muy diferente a la que estamos acostumbrados. Para simplificar, podríamos dividir la situación entre lo que ocurre en las grandes ciudades (máximo Oslo con medio millón de habitantes) y en los distritos.

En ciudades como Oslo o Bergen existen Centros de Guardia de adultos y de niños por separado, abiertos cuando no lo están los Centros de Salud (que lo están de 8:00 a 15:30), independientes del Hospital. Allí van todos los que necesitan un médico de urgencias y son ellos los que, cuando lo creen necesario, envían al paciente a ingresar al Hospital, que por otro lado no tiene urgencias como nosotros las conocemos.

Los distritos carecen, en general, de hospitales. Son áreas grandes con baja densidad de población donde hay un Centro de Salud con tres o cuatro médicos más o menos fijos. Son estos médicos los que tienen que hacer todas las

guardias, que por lo tanto pueden ser de 24, 48, 72 horas... La presión asistencial es muy baja, lo que permite que el médico duerma en su casa siempre y cuando ésta esté ubicada en el marco geográfico del distrito. Se acepta, por tanto, que el médico, que está evidentemente sólo y sin personal de enfermería, tarde una hora o más en ver al paciente. En caso necesario se puede derivar al paciente al Hospital, vía ambulancia terrestre o aérea antes de verlo, si el clima o la distancia hacen que la vida del paciente corra peligro. Pero esto, aunque no es raro, no ocurre todos los días. En muchos distritos se contrata a médicos para hacer guardia durante períodos de una o dos semanas sin parar, para descanso de los médicos fijos.

En cuanto a la organización cotidiana de la salud, decir que la cuarta parte de la población noruega es menor de 18 años y que, en principio, todos los niños están a cargo del médico de familia (ya sea especialista o trabaje como tal), quien se encarga de los controles de salud del niño sano, a la vez que es la puerta de entrada del niño al sistema de salud en caso de enfermedad.

Los controles del niño sano los realizan en Noruega el médico y la enfermera, que por cierto está obligatoriamente especializada en niños (alrededor de un año extra de formación). El médico se encarga de los controles a las seis semanas, seis meses, uno, dos y cuatro años. Son básicamente iguales que los que hacen los pediatras del Centro de Salud en nuestro país, pero se recomienda tener un bajo umbral de envío al especialista. Ante la sospecha de cualquier patología que no se maneje con seguridad, es preferible derivar al pediatra (ya sea este público o concertado), aunque en términos reales son pocos los niños que necesitan ser derivados, entre otras cosas porque la experiencia de los médicos de familia con niños es mayor que en España.

Las patologías más frecuentemente atendidas por el médico de familia son: infecciones respiratorias, otitis, asma, conjuntivitis, eccema, alergias, fiebre y enfermedades exantemáticas. En caso de creerlo oportuno, es el médico de familia quien deriva al niño al pediatra, en general con muy buena relación y contacto, que suele ser telefónico, entre los profesionales.

## **Bibliografía**

---

1. Allmenmedisin. Klinisk arbeid.  
Steinar Hunsb er. Ad Notam 1997

2. Tidsskrift for Den norske L geforening 24 B/1999.

3. Informasjon om opptak til medisinstudiet 1999.

