



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España<sup>☆</sup>



María Rosa Salvador Comino<sup>a</sup>, Sibylla Krane<sup>b</sup>, Jörg Schelling<sup>b</sup> y Víctor Regife García<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia, Centro de Salud San Luís, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia, Hospital Universitario Ludwig Maximilians, Múnich, Alemania

Recibido el 15 de abril de 2015; aceptado el 2 de junio de 2015

Disponible en Internet el 9 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Medicina de familia;  
Rotación externa;  
Sistema sanitario/  
Experiencia personal

### KEYWORDS

Family medicine;  
External rotation;  
Health care system;  
Personal experience

**Resumen** Una atención primaria eficaz es el pilar básico de cualquier sistema sanitario. A la hora de ofrecer una atención primaria costo-efectiva y eficiente para la población, existen muchas diferencias entre distintos países. En este artículo revisamos la literatura científica y socio-política actual de forma estructurada. Los resultados se complementan con la experiencia de una médico residente española en su último año de formación en medicina familiar y comunitaria, que completó cuatro meses de rotación en el sistema de salud alemán. De esta forma, destacamos algunas de las características de ambos sistemas sanitarios incluyendo los gastos, la relación entre atención primaria y secundaria, la organización en el ámbito académico y la formación de los futuros médicos de atención primaria. Tanto en España como en Alemania la atención primaria desempeña un papel central, ha de superar carencias, y en algunos puntos ambos países pueden aprender el uno del otro.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Differences and similarities of Primary Care in the German and Spanish Health Care Systems

**Abstract** An efficient primary care is of particular importance for any countries' health care system. Many differences exist on how distinctive countries try to obtain the goal of an efficient, cost-effective primary care for its population. In this article we conducted a selective literature review, which includes both scientific and socio-political publications. The findings are complemented with the experience of a Spanish physician from Seville in her last year of training in family medicine, who completed a four months long rotation in the German health care system. We highlighted different features by comparing both countries, including their health care expenditure, the relation between primary and secondary care, the organization in

<sup>☆</sup> Este manuscrito es una versión actualizada del ya publicado en enero de 2015 por la revista nacional alemana de Medicina de Familia *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (ZFA).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [victorm.regife.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:victorm.regife.sspa@juntadeandalucia.es) (V. Regife García).

the academic field and the training of future primary care physicians. It is clear that primary care in both countries plays a central role, have to deal with shortcomings, and in some points one system can learn from the other.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A raíz de una rotación externa de 4 meses en el sistema sanitario alemán durante mi residencia, surge este documento que pretende repasar algunas de las diferencias y similitudes entre ambos países así como algunos de los aspectos que más me han llamado la atención.

Las rotaciones internacionales nos ayudan a ser más objetivos y críticos como personas y médicos. Por tanto esta valiosa experiencia, la cual recomiendo a todo residente, supone sin duda una motivación personal para ayudar a generar nuevas ideas para el cambio y la mejora en nuestra atención primaria.

## Sistemas de salud

El Sistema de Salud español se basa en un sistema de impuestos o sistema Beveridge, y el alemán se basa en un sistema social o sistema Bismarck. Ambos son considerados sistemas sanitarios públicos y universales. En 1986, la Ley General de Sanidad española creó el Servicio Nacional de Salud, el cual se superpuso a la Seguridad Social vigente entonces más de 20 años. Para ello se basaron en modelos sanitarios de otros países europeos pero adaptándose a la estructura de Estado de Autonomías española, con gestión descentralizada. Este cambio consiguió alcanzar *de facto* la «universalización», entendida como cobertura con financiación pública (llegando al 99,8% de la población en 1991), como financiación basada por impuestos y no por cuotas a la Seguridad Social y como provisiones mayoritariamente públicas por los servicios prestados<sup>1</sup>. Sin embargo, cabe señalar, que nuestro SNS actual no es un asegurador sanitario universal y único, ya que persiste un 5% de la población que disfruta de sistema de coberturas «especiales», siendo la equidad, una asignatura pendiente y además, se excluyeron los inmigrantes indocumentados (salvo para algunas excepciones como ciertas enfermedades infecciosas o situaciones de urgencia) en el año 2012<sup>2</sup>. Ninguno de los dos sistemas cubren al 100% de la población y se alejan, con ello, de alcanzar la característica universalidad en la totalidad de la palabra<sup>3,4</sup>.

Mientras que los médicos de familia (MF) españoles dependemos del sistema sanitario financiado con impuestos y recibiendo un salario fijo, los MF alemanes son trabajadores autónomos donde el salario depende del número de prestaciones realizadas<sup>5,6</sup>.

Comparándolo a nivel internacional, el sistema de salud alemán tiene uno de los índices de mayor gasto sanitario. Ello es a menudo objeto de críticas ya que otros países invierten menos en sanidad obteniendo resultados similares<sup>7,8</sup>. Actualmente el gasto sanitario en Alemania es del 11,3% del producto interior bruto, siendo la media de los estados miembros de la OCDE de 9,3%. España muestra un gasto sanitario del 9,3% del producto interior bruto, el cual ha disminuido entre 2009 y 2012 debido a la crisis económica. Tenemos un gasto sanitario ambulatorio público, al

contrario que el privado, de los más bajos al compararnos con los países miembros de la OCDE, siendo muy inferior al que nos correspondería por riqueza<sup>9</sup>.

En Alemania, el 85% de la población tiene contratado un seguro obligatorio de enfermedad a través de aseguradoras médicas públicas, que es más o menos costoso y que cubrirá o no ciertos procedimientos. Actualmente hay unas 150 aseguradoras médicas en Alemania. Aquellos ciudadanos que ganan más de 49.500€ anuales, pueden renunciar al seguro público y contratar un seguro privado, que en la actualidad posee un 10% de la población<sup>8</sup>. En España, alrededor de un 13% de la población tiene un seguro médico privado, sin poder renunciar al sistema público, ya que es complementario a este. Los únicos que pueden renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud son los funcionarios, cubiertos por las mutuas y que representan un 5% de la población<sup>10</sup>.

En Alemania existe un copago por medicamentos que se ha mantenido inalterado en el 10%. Desde el año 2004 hasta el 2012, ha existido un copago trimestral de 10 euros que el paciente pagaba al visitar por primera vez a un médico, psicoterapeuta o dentista, con algunas excepciones e independientemente del número de consultas que realizaba en dicho periodo<sup>11</sup>. Estas medidas tenían como objetivo reducir el alto índice de visitas a otros médicos especialistas y desahogar a las aseguradoras médicas. Sin embargo, ninguno de estos objetivos se han cumplido y dicho copago fue retirado<sup>12</sup>.

En nuestro país se aplica copago exclusivamente a medicamentos y no se ha modificado desde hace años, siendo uno de los países que menos uso hace de él. Desde el año 2012, cuando entró en vigor el actual copago farmacéutico, los pensionistas no abonan copago en el caso de pensiones no contributivas o mínimas y pueden llegar a pagar hasta el 20% del coste total del medicamento dependiendo de la pensión. Los trabajadores activos abonan entre el 40 y el 60% del total del coste del medicamento dependiendo del nivel de ingresos. El controvertido tema del copago en nuestro país en los últimos años ha posicionado en contra a profesionales, usuarios y sociedades justificando la incapacidad de cierto tipo del mismo para promover el uso racional de los recursos sanitarios ya mostrados en otros países, donde la reducción del coste o la disminución del uso sanitario no se ha demostrado<sup>13,14</sup>.

La población alemana tiene la posibilidad de elegir el MF, el especialista y el hospital por el que quiera ser atendida, siendo uno de los sistemas más flexibles que existen en Europa. Esta atención médica ambulatoria crea una situación en la que los diferentes especialistas compiten entre sí por los pacientes. En este aspecto, algunos países como los Estados Unidos de América, Bélgica y Suiza, poseen un modelo similar al alemán<sup>15</sup>. En nuestro país, el MF es asignado a cada ciudadano, y aunque es posible cambiar si se desea, es desde atención primaria desde donde se deriva

siempre a otros especialistas, con excepción de los pacientes con seguro privado.

Una ventaja del acceso directo y flexible a la atención ambulatoria es la disminución de la lista de espera. Alemania posee a nivel europeo y mundial una de las listas de espera más cortas<sup>8</sup>. En España las listas de espera se han alargado considerablemente desde el comienzo de la crisis en el año 2008, acentuándose tras el año 2010, teniendo actualmente las peores cifras de los últimos años y comparándonos con el resto de Europa<sup>7</sup> (tabla 1).

## Rol de la medicina de familia en el sistema sanitario

Existen estudios mostrando que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados y que la atención secundaria crea un mayor coste y una mayor iatrogenia sin obtener mejores resultados. Por ello podemos afirmar que un sistema sanitario ideal debe tener una atención primaria fuerte<sup>16</sup>.

En nuestro país, esta figura de filtro es una de las características que lleva implícito el sistema de atención primaria desde su reforma en el año 1984<sup>17</sup>. Tan fuerte es la figura del MF como filtro en España como débil en Alemania. En el año 2004, la ley alemana fortaleció al MF al ofrecer bonos financieros a aquellas aseguradoras médicas que utilizasen el MF como filtro para acudir a atención secundaria<sup>8,18</sup>. En el año 2007, se obligó a las aseguradoras a ofrecer a cada asegurado un MF con el propósito de potenciar la figura de coordinador del mismo y evitar el uso de múltiples especialistas para un mismo problema de salud.

Mientras que la mayoría de nuestros centros de salud se caracterizan por el equipo multidisciplinar de médicos y otros sanitarios, en Alemania es todavía la figura de un único MF lo más común. Esta tendencia está cambiando y en los últimos años es más frecuente la asociación entre ellos.

El número de MF por 100.000 habitantes es en España 75,4 siendo algo mayor que en Alemania, de 65,8, existiendo en ambos países grandes diferencias según la región<sup>19</sup>. La retribución de los MF alemanes es casi el doble que la de los españoles y en ambos países es menor en comparación con otros especialistas, aunque la diferencia en Alemania es mayor<sup>9,20</sup>.

Entre las capacidades del MF alemán se contemplan entre otras la ecografía básica de órganos, ergometría o endoscopia. Dichas cualificaciones son retribuidas y fomentadas. En España, algunas de ellas, como el uso de la ecografía, está cada vez más presente aunque actualmente sigue teniendo una implantación dispar y poco evaluada<sup>21</sup>. Sin embargo, la implementación de la telemedicina en ámbitos como la tele dermatología, retinografía, etc. es prácticamente inexistente en Alemania.

## Docencia en las Universidades

En Alemania hay 36 facultades de medicina de las cuales 23 poseen departamentos de medicina de familia y donde existen un total de 19 cátedras, algunas de las cuales financiadas<sup>22</sup>. En estos departamentos se subvencionan investigaciones, se ofrecen doctorados y se reclutan estudiantes de medicina a los que se le paga un pequeño salario

por ayudar en las actividades de docencia del departamento. En el año 2002 la ley alemana estableció prácticas obligatorias de medicina de familia de entre 1 y 2 semanas de duración para los estudiantes, cuyo objetivo no era únicamente el acercar los conocimientos de dicha asignatura, sino también motivar a los estudiantes a continuar con la especialidad. Ha tenido una muy buena implantación y ha mostrado que alienta interés en los estudiantes para ejercer de MF en un futuro. Con el nuevo cambio legal en el año 2012, las universidades deben ofrecer a los estudiantes de último año que lo deseen la posibilidad de realizar un trimestre exclusivo de prácticas en medicina de familia<sup>23</sup>.

En nuestro país, existe actualmente algún tipo de actividad docente de los MF en 25 de las 27 facultades. En 17 de las universidades existen prácticas obligatorias pero solo 3 imparten la asignatura de medicina de familia y comunitaria como obligatoria. En un futuro próximo se pretende implantar prácticas obligatorias en centros de salud durante el último año de facultad, similares a las de Alemania. Actualmente existen una decena de cátedras de medicina de familia en España y nuevas estrategias apuntan a un cambio próximo en el que esta tendrá más peso en el ámbito universitario<sup>24</sup>.

Alemania es uno de los países donde la medicina alternativa tiene una larga trayectoria y es subvencionada en casos concretos por las aseguradoras médicas siendo además uno de los pocos países en los que algunas áreas, como es la acupuntura son una subespecialidad reconocida<sup>25</sup>. Muy interesante es el hecho de que en muchos hospitales universitarios alemanes existan dichos departamentos, donde se puede solicitar una interconsulta con el departamento de homeopatía. Existen además otros recursos similares, también financiados, como es el ejemplo de la técnica *Qigong* en algunos departamentos de anestesiología para el control del dolor. El uso aceptado de la homeopatía en hospitales universitarios pese a la gran cantidad de voces en el mundo científico que la desacreditan daría pie a un largo debate.

## Residencia de Medicina de Familia

La Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria es el equivalente en Alemania a Medicina de Familia o Medicina general, usándose ambos términos indistintamente.

Una de las grandes diferencias entre ambos sistemas educativos es el acceso a la residencia. En Alemania existe un examen obligatorio de final de carrera y más tarde una entrevista personal para acceder a la residencia, donde es el jefe de servicio quien elige sus residentes. Como ventaja es un sistema que no solo se basa principalmente en la nota del examen MIR y la nota media del expediente académico, sino también en los méritos y características individuales de cada aspirante. Como desventaja se encuentra la subjetividad del entrevistador y la falta de transparencia en la elección del candidato.

La formación en Alemania del MF consta de 60 meses de residencia de los cuales 36 han de ser en cualquier área de lo que es considerado «medicina interna». Por tanto, el residente accede a un tronco común junto con otras especialidades, y es después de esta formación básica cuando realiza un mínimo de 24 meses en atención primaria para obtener el título de especialista<sup>25</sup>. En nuestro país, sin

**Tabla 1** Sistemas sanitarios: Alemania - España

	Alemania	España
Sistema sanitario	Bismarck (Sistema de seguridad social)	Beveridge (Sistema de impuestos)
Gastos sanitarios según PIB	11,3%	9,3%
Financiación de los médicos de familia	Prestaciones (flexible)	Salario (fijo)
Tipo de contrato de los médicos de familia	Autónomo	Funcionario
Figura de filtro del médico de familia	No	Sí
Libre elección de especialistas	Sí	No
Copago por visita médica	No	No
Copago de medicamentos	Sí	Sí

**Tabla 2** Formación del médico de familia: Alemania-España

	Alemania	España
Nombre de la especialidad	Medicina general	Medicina Familiar y Comunitaria
Acceso	Entrevista de trabajo	Examen MIR
Tronco común	Sí	No
Duración	Mínimo 5 años	4 años
Organización	Flexible, menos estructurado	Estructurado, inflexible
Tipo de contrato	Típicamente con diferentes hospitales	Con el Ministerio de Educación y para un hospital concreto
Examen de especialidad	Sí	No

embargo, la especialidad tiene una duración total de 48 meses, donde un mínimo de un 50% debe ser en atención primaria<sup>26</sup>. La implantación de la troncalidad, desarrollada hace años, no ha terminado de imponerse por diferentes motivos, estando a favor de la misma muchos de nuestros profesionales y en donde la medicina de familia debería jugar un papel importante<sup>27</sup>.

En España existe una mayor estructuración de la residencia. Todos nuestros residentes son contratados para el total de su período formativo comenzando el mismo día. En Alemania cada residente accede según las necesidades del servicio y son ellos mismos los encargados de organizarse las rotaciones necesarias para la obtención del título de especialista, lo que implica invertir esfuerzo y tiempo llevando en ocasiones a situaciones en las que el residente realiza meses de trabajo que no «puntuarán» para la adquisición del título. Este motivo ha llevado a la Sociedad de Medicina de Familia a organizar un grupo asesor que aconseja y guía para usar eficazmente el tiempo de formación desde su inicio<sup>28</sup>.

Otra gran diferencia en la actividad del residente es el hecho de que el residente alemán, a pesar de que es considerado médico en formación, es contratado y tratado como un trabajador más, teniendo por tanto una mayor responsabilidad para con el paciente y equipo, siendo imprescindible para el funcionamiento del servicio en cada una de sus rotaciones, y donde la responsabilidad no oscila dependiendo de la rotación en la que se encuentre, como es bien conocido en España.

El sistema de residencia alemán es muy flexible, existiendo la posibilidad de realizar la residencia en diferentes hospitales, ciudades e incluso países. El residente no está obligado a trabajar durante toda su formación en el hospital donde comience, pudiendo cambiar si las circunstancias

personales o laborales lo requieren. Cuando esto ocurre, el tiempo trabajado es acumulado y no se ha de «empezar de cero», como en nuestro caso.

Por último, mientras que en España el residente es evaluado periódicamente y la suma de dichas evaluaciones dará lugar a la evaluación positiva o negativa para la obtención del título de especialista, en Alemania existe un examen obligatorio al final del período formativo (tabla 2).

## Conclusiones

Una notable diferencia en Alemania y que en comparación con España influye directamente en el trabajo diario del profesional y la formación médica, es la diferencia de tareas entre médicos y enfermeros. Los enfermeros en Alemania no se forman en la universidad y están menos cualificados que sus homólogos españoles. Muchas actividades que en España son realizadas por enfermería son llevadas a cabo por los médicos alemanes. Entre estas se encuentran: extracciones de sangre, inserción de vías periféricas, realización de curas, realización de transfusiones sanguíneas o aplicación de quimioterapia. Esto crea una carga importante extra de trabajo a los médicos alemanes.

Por último, algunos de los problemas que la atención primaria alemana tendrá que resolver en los próximos años son similares a los nuestros y entre ellos se encuentran: la reducción en el número de médicos que eligen medicina de familia como especialidad junto con el aumento de las especialidades hospitalarias, la falta de prestigio de nuestra especialidad, la necesidad de una atención primaria fuerte para hacer frente al envejecimiento de la población, la falta de integración de la investigación y la cada vez más preocupante falta de médicos, sobre todo en áreas

rurales<sup>15,29,30</sup>. Sin embargo, sigue manteniéndose el hecho de que el MF es en nuestra sociedad el primer contacto y con frecuencia el contacto clave para nuestros pacientes. Existe un enorme potencial en este privilegio que es positivo para nuestros pacientes y nuestra sociedad, tanto en Alemania como en España.

## Financiación

Este trabajo no ha sido financiado.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. 2006. pp. 1-20 [consultado 16 May 2015]. Disponible en: [www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf](http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf)
- Real Decreto-ley 16/2012. Apr 23, 2012 pp. 31278-312.
- World Health Organization. Health Systems Financing: the path to universal coverage. 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Institut RK. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit. 2008 Jul 2;:1-147.
- Sawicki PT, Bastian H. German health care: a bit of Bismarck plus more science. *BMJ*. 2008;337.
- Fernández del Río MDP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria*. 2010;42:620-5.
- OECD, Union E. Health at a glance: Europe 2014. OECD Publishing. 2014:1.
- Bidgood E, Clarke E. Healthcare Systems Germany. 2013. Disponible en: [http://www.civitas.org.uk/nhs/health\\_systems.php](http://www.civitas.org.uk/nhs/health_systems.php)
- Health at a glance 2013: OECD Indicators. 2013, pp. 1-213. [consultado 1 Dic 2013]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
- Armesto SG. Health systems in transition: Spain. *Economía y salud: boletín informativo*. 2010:2011.
- Wiederschein H. Fünf wichtige Fakten Praxisgebühr ade: Was Patienten jetzt wissen müssen. *FOCUS*. 2012; 27:1-1.
- Ollenschläger P. Abschaffung der Praxisgebühr: Patientenverhalten kaum verändert. *FOCUS*. 2013, 1-1.
- Solanas Saura P, Marzo Castillejo MM. COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica. Documento semFYC, octubre de 2010. *Aten Primaria*. 2011;43:1-2.
- Gérvas Camacho J. Temerás a los copagos (y a quienes los impongan en vano). 2013; pp. 1-3. [consultado 12 Nov 2013]. Disponible en: [www.actasantaria.com](http://www.actasantaria.com)
- Kochen MM. Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Georg Thieme Verlag; 2012. 9 p.
- Starfield BB, Chang H-YH, Lemke KWK, Weiner JPJ. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in us health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:216-25.
- Real Decreto 137/1984. BOE núm. 27. Jan 11, 1984 pp. 2627-9.
- Gesetz § 73 b in das Buch des Sozialgesetzbuch V. Jul 21, 2004.
- World Health Organization. Region for Europe. European health for all database. [consultado 29 Nov 2013]. Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/>
- OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. 2011; pp. 1-204. [consultado 13 Nov 2013]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
- Ecografía en Medicina Familiar. Samfyc. [consultado 15 Dic 2013]. Disponible en: [http://www.samfyc.es/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=33&Itemid=215](http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=33&Itemid=215)
- Schneider A, Großmann N, Linde K, for the DFG Network Clinical Trials in General Practice. The development of general practice as an academic discipline in Germany - an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Fam Pract*. BioMed Central Ltd; 2012;13(1):13:58.
- Böhme K. Allgemeinmedizinische Lehre in Deutschland - gut vorbereitet auf die Änderungen der ÄAppO? *ZFA*. 497-505.
- Bonal Pitz P. Medicina de familia y Espacio Europeo de Educación Superior. *Aten Primaria*. 2010;42:5-6.
- BLÄK (Bayerische Landesärztekammer). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004. p. 87.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>
- De Serdio Romero E. ¿Que cómo va lo de la troncalidad? *Aten Primaria*. 2012;44:59-61.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. [consultado 2 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.degam.de/index.php?id=weiterbildung0>
- Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria*. 2007;39:616-8.
- Pérez PB, López-Valcárcel BG. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011 [consultado 12 Dic 2013]. Disponible en: [https://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008\\_2025.pdf](https://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf).