

Experiencias en Europa

Experiencia en la Atención Primaria danesa

Autora:

Naldy Parodi López. Centro de Salud Monóvar, Madrid

Para contactar:

Naldy Parodi López
naldypa@yahoo.es

Resumen

Introducción

Experiencia de una rotación en un centro de salud de Dinamarca realizada durante la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. El conocimiento del sistema sanitario danés u otros fuera de España puede ser de utilidad para mejorar nuestra práctica diaria.

Objetivo

Conocer la organización de la Atención Primaria en Dinamarca.

Resultados

Sanidad pública. Médicos de familia autónomos que gestionan sus centros y son financiados por el Gobierno regional. Posibilidad de adaptarse a las necesidades de la población implementando servicios acordes al contexto. Tiempo de consulta 10 minutos. Mínimas tareas administrativas. Amplio catálogo de pruebas complementarias. Médicos y enfermeras comparten similares tareas asistenciales, incluyendo consulta de pacientes, extracciones, vacunación, etc. Relación con la comunidad a través de enfermeras comunitarias.

Conclusiones

Atención Primaria de alta calidad. El papel de filtro y la importante capacidad resolutoria del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria lo convierten en una pieza fundamental del sistema sanitario danés.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Dinamarca.

Introducción

Desde la mitad de mi residencia me planteé realizar una rotación en Atención Primaria fuera de España. Motivada por los congresos y

cursos, donde siempre conoces a alguien que te cuenta cómo trabajan en su país, me decidí a visitar alguno de los lugares donde la calidad de vida y la satisfacción de sus habitantes con su sistema sanitario es alta.

Tras muchos correos, la aprobación de mi tutora y de docencia, llegué a Dinamarca. Tan solo dos semanas de rotación en un centro de salud a través del programa de Hippokrates han cambiado profundamente mi visión de quienes trabajamos en Atención Primaria.

A pesar de las diferencias sustanciales que existen entre ambos sistemas sanitarios, y de los tiempos de cambios que vivimos, algunas de mis experiencias son exportables a nuestro medio y pueden permitirnos lograr una forma de trabajo más satisfactoria.

La Atención Primaria en Dinamarca

El sistema sanitario danés está financiado por fondos públicos, lo que garantiza la cobertura desde Atención Primaria hasta las especialidades hospitalarias y urgencias. Los tratamientos farmacológicos están parcialmente subvencionados por el Gobierno, con un máximo anual

TRAS MUCHOS CORREOS, LA APROBACIÓN DE MI TUTORA Y DE DOCENCIA, LLEGUÉ A DINAMARCA

Summary

Exchanging primary healthcare experience in Denmark

Abstract

Background

Exchange experience in a Danish practice during my GP training. The knowledge of the Danish healthcare system could be useful in order to improve our daily working practice.

Objective

To understand the primary care system in Denmark.

Results

Public healthcare. General practitioners run their own practices and are financed by the local government. They are able to adapt to the population's needs, having the option to provide different services accordingly. Consultation time 10 minutes. Few administrative tasks. GPs and nurses share similar work such as patient consultation, blood sampling, vaccinations, etc. Relation with the community through community nurses.

Conclusions

High-quality primary care. Danish GPs act as the "gate-keepers" of healthcare and can solve many problems in their own practices.

Keywords: Primary healthcare, Denmark.



COMO ES EL PROPIO MÉDICO PERSONAL QUIEN GESTIONA EL CENTRO DE SALUD, TIENE LA AUTONOMÍA NECESARIA PARA IMPLEMENTAR Y OFRECER, DE ACUERDO CON SUS HABILIDADES O CAPACITACIÓN, LOS SERVICIOS QUE PUEDEN SER ÚTILES PARA LA POBLACIÓN

por persona, a partir del cual se reduce y en ocasiones se exonera del pago al paciente.

Los centros de salud están administrados por lo general por un pequeño grupo de médicos asociados, autónomos, que cuentan con la financiación del Gobierno regional. Por cada acto médico, reciben una remuneración establecida mediante unos baremos¹.

Como es el propio personal médico quien gestiona el centro de salud, tiene la autonomía necesaria para implementar y ofrecer, de acuerdo con sus habilidades o capacitación, los servicios que pueden ser útiles para la población. Por ejemplo, un centro puede optar por la realización de ecografías y ser remunerado por dichas actividades. De esta forma pueden adaptarse a las necesidades de la población que atienden.

Algunas de las diferencias que considero más importantes son: tiempo de consulta de 10-15 minutos por paciente, muy poco tiempo dedicado a tareas administrativas y un amplio catálogo de pruebas complementarias que se pueden solicitar desde Atención Primaria, incluyendo escáner cerebral.

Así mismo, los médicos cuentan con flexibilidad de horarios, lo que les permite organizarse según las actividades que realicen. Así, por ejemplo, pueden dedicar unas horas a actividades docentes o media mañana a cirugía menor, etc. El horario de atención en la mayoría de los centros suele ser de lunes a viernes de 8 a 16 horas.

El médico de familia tiene un papel importante en el sistema sanitario, es solo a partir de él que se realizan las derivaciones a otras especialidades.

El centro de salud y su población

Estuve en un centro de salud docente ubicado en la villa de Niva, a 30 kilómetros de Copenhague. Su población ronda los 8.000 habitantes, de los cuales 6.000 están registrados en el centro, siendo niños casi la cuarta parte. El centro cuenta con cuatro médicos, dos enfermeras y dos secretarías.

Dada la ubicación cercana a la ciudad, los pobladores son en gran parte parejas jóvenes con niños que encuentran en Niva un lugar apropiado para conciliar la vida familiar con el trabajo en la ciudad.

Las patologías por grupos de edad son similares a las encontradas en España.

El trabajo diario en el centro de salud

Lo primero que captó mi atención al llegar una mañana de lunes fue su sistema de citas. A primera hora atienden llamadas telefónicas (tienen establecido un tiempo estimado de 2 minutos), y si las consultas no pueden ser resueltas por teléfono, citan a los pacientes para una presencial. De esta manera evitan visitas innecesarias como las que pueden generarse por olvido de la receta de un medicamento crónico. Además, con este sistema se reparten los pacientes por igual entre los médicos, aunque respetan las consultas programadas.

El trabajo diario de estos compañeros es «multitarea». Médicos y enfermeras comparten funciones como las de atender llamadas, pasar consulta, realizar análisis de orina, quitar puntos, etc., y son capaces de llevar a cabo distintos actos médicos en una misma visita, por ejemplo: tomar la tensión arterial, hacer un examen físico, sacar muestras de sangre, revisar pruebas de laboratorio, explicar resultados, poner una vacuna, revisar tratamiento y realizar cambios en la medicación. De esta forma también evitan múltiples visitas. A su vez, valoran a la población pediátrica y hacen el seguimiento de las gestantes.

Aunque es cierto que tienen más tiempo para la atención en comparación con España, he visto un uso bastante racional del tiempo.

po por parte de los pacientes y los profesionales sanitarios. Es interesante conocer que a los estudiantes de Medicina se les hace hincapié en las habilidades de comunicación con el paciente y la entrevista clínica, tanto es así que con frecuencia los encontraba grabando consultas reales para analizarlas posteriormente en una clase en su facultad.

Por otra parte, las interconsultas se envían directamente como un correo electrónico y los resultados de casi todas las pruebas se añaden en la historia clínica del paciente.

Otra diferencia es que tienen personal de enfermería especializado en ciertas patologías, como diabetes, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estos profesionales realizan la valoración completa del paciente y tienen suficiente capacidad para establecer y modificar los tratamientos, además de encargarse del seguimiento de los enfermos crónicos. Su trabajo está muy bien valorado entre los médicos.

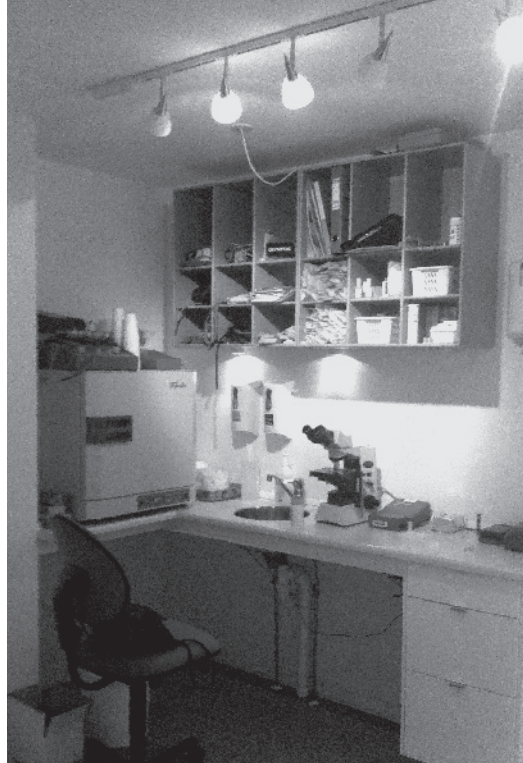
Un día, al inicio de mi visita, un paciente entregó una muestra de orina al médico, y este no solo le hizo el *combur-test*, sino que analizó la muestra en el microscopio. Cuando lo intenté, me sorprendí al ver que, con un poco de orientación, yo también era capaz de hacerlo; de hecho lo realizan médicos y enfermeros diariamente.

Además de haber encontrado una pequeña área de laboratorio con un microscopio y otros equipos para hemoglobina glucosilada (HbA1c) o proteína C reactiva (PCR), otra de las cosas que llamaron mi atención fue ver que el personal administrativo también está entrenado en algunas tareas asistenciales, por ejemplo, hacer un electrocardiograma (ECG); de esta forma, ante una urgencia (que ocurrió durante mi visita), todos pueden ser de ayuda.

El trabajo fuera del centro de salud

Entre las labores de los médicos de familia y el personal de enfermería fuera del centro están la valoración de pacientes de residencias de ancianos y las visitas domiciliarias a inmovilizados. La atención podía ser de urgencias o programada.

Las residencias de ancianos mantienen un estrecho contacto con el centro de salud ad-



▶ Área de laboratorio en el centro de salud

crito, así que el personal médico y de enfermería realizan visitas constantes para vigilar la salud de los pacientes y, ante cualquier eventualidad, son ellos los primeros en acudir para la valoración respectiva.

En Dinamarca los ancianos son activos y suelen gozar de buena salud, así que una pareja puede vivir sola hasta edades avanzadas o hasta que alguno de ellos fallece, que es cuando suelen requerir más ayuda².

Por lo general, los pacientes de las residencias son personas de edad avanzada con distintos grados de dependencia física y con patología crónica o que se han quedado solos. Algunos de ellos son prácticamente independientes y requieren solo un mínimo de monitorización. Suele haber una enfermera a cargo de la supervisión de los pacientes.

En cuanto a las visitas domiciliarias a pacientes inmovilizados, suelen realizarse de forma similar que en España.

No he encontrado durante mi estancia demanda de consultas a domicilio por parte de pacientes jóvenes o no inmovilizados. En el

EN CUANTO A LAS VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES INMOVILIZADOS, SUELEN REALIZARSE DE FORMA SIMILAR QUE EN ESPAÑA

lugar de mi rotación, la población está instruida respecto a cuándo deben acudir al médico.

Servicios adicionales para los pacientes

El centro que visité ofertaba actividades como acupuntura, caminatas saludables para los pacientes, etc.

Existen varias páginas web que ofrecen ayuda gratuita para el seguimiento de determinadas patologías en colaboración con las autoridades sanitarias. Una de ellas es una plataforma interactiva para la promoción de estilos de vida saludable y que da consejos sobre nutrición y actividad física en el caso de obesidad, brinda soporte por vía telefónica y además permite establecer un plan y ver la evolución del paciente. Todo ello puede ser consultado en la visita médica y ver de forma gráfica los progresos³.

Otra web está dirigida a los usuarios de benzodiacepinas, y en ella se les informa sobre efectos secundarios y se les da asesoramiento gratuito⁴. La reducción del uso de benzodiacepinas se ha promovido de manera importante en Dinamarca desde el año 2008, habiendo logrado una reducción del 20% de 2004 a 2008 y de casi el 17% de 2008 a 2009⁵.

En relación con la comunidad, las trabajadoras sociales hacen seguimiento a los pacientes de edad avanzada que viven en casa o solos y contactan con el centro de salud en caso de incidencias. Se ofrece ayuda a domicilio para limpieza, compras o aseo; centros de día; etc.

Existe también un servicio de enfermería comunitaria cuya labor está dirigida a la promoción y prevención de la salud, para lo cual se trabaja con niños y con jóvenes y sus familias para mejorar su estado de salud. Se suele acceder a estos profesionales desde las escuelas infantiles, donde ofrecen servicios como pesar y tallar, organizan charlas, etc., y trabajan en coordinación con el centro de salud local.

Otras actividades realizadas

Además de lo mencionado, participé en reuniones fuera del centro: en la Universidad de Copenhague con alumnos de Medicina, con médicos de Atención Primaria para la acreditación de un nuevo centro y también con otros médicos de familia sobre temas relacionados con docencia. En todas estas experien-

cias, hice una pequeña presentación sobre la Medicina Familiar y Comunitaria en España.

Conclusiones

La Atención Primaria danesa está enmarcada dentro de un sistema sanitario público de alta calidad. El papel de filtro y la importante capacidad resolutoria del médico de familia, gracias a su capacidad técnica y a los medios adecuados, lo convierten en una pieza fundamental del sistema sanitario danés. Así mismo, la asistencia compartida con los profesionales de enfermería facilita el trabajo diario y brinda mayor visibilidad y confianza a estos últimos. En consecuencia, médicos y enfermeros de Atención Primaria logran una alta satisfacción laboral y reconocimiento por parte del resto de profesionales.

Por último, quiero dar las gracias a los compañeros del centro de salud de Dinamarca y a todos aquellos que hicieron posible que esta rotación se hiciera realidad.

Referencias bibliográficas

1. Healthcare in Denmark [en línea]. Copenhague: Ministry of Health and Prevention; 2008. Disponible en: <http://goo.gl/bVDFp>. [Consulta: 29 de octubre de 2012.]
2. Ciudadano en Dinamarca [en línea]. Información para nuevos ciudadanos sobre la sociedad danesa. Copenhague: Ministerio de Refugiados, Inmigración e Integración; 2008. Disponible en: <http://goo.gl/NwLXo>. [Consulta: 17 de noviembre de 2012.]
3. Sunddialog [en línea]. Copenhague. Disponible en: www.sunddialog.com. [Consulta: 17 de noviembre de 2012.]
4. Benzoinfo [en línea]. Copenhague. Disponible en: www.benzoinfo.dk. [Consulta: 17 de noviembre de 2012.]
5. Trend reversed-consumption of sleeping medicine and anxiolytics now sees significant drop in Denmark [en línea]. Copenhague: Danish Medicines Agency; 2010. Disponible en: <http://goo.gl/IsUJY>. [Consulta: 29 de octubre de 2012.]

EXISTE TAMBIÉN
UN SERVICIO
DE ENFERMERÍA
COMUNITARIA
CUYA LABOR
ESTÁ DIRIGIDA A
LA PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN
DE LA SALUD

Experiencia Hippokrates en la Atención Primaria alemana: de L'Hospitalet a Berlín

Autora:
Estefanía Rivera Guiral

Para contactar:
Estefanía Rivera Guiral
rgestefania@yahoo.es

Resumen

Introducción

Antes de finalizar mi formación como médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), realicé una estancia de dos semanas en una consulta de Atención Primaria en Berlín, mediante el programa Hippokrates de la World Organization of National Colleges, Academies (WONCA).

Consistió en una rotación observacional, desarrollada en inglés, que me permitió conocer y comparar el modelo sanitario alemán desde la Atención Primaria.

Objetivo

Ampliar mis opciones laborales una vez acabado el período de MIR. Conocer otro modelo sanitario europeo, además del español. Conocer la práctica asistencial primaria implementada con técnica de ultrasonido. Ampliar mis opciones laborales.

Conclusiones

Durante mi estancia descubrí cuán similar es el ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en ambos países y que nuestra profesión es internacional.

Palabras clave: Atención Primaria, Alemania, Hippokrates.

Introducción

A través del programa de intercambio Hippokrates, de la sección Vasco da Gama de la WONCA¹, participé en una rotación externa en una Praxis, o consulta médica, en Berlín, antes de finalizar mi formación MIR.

Fueron dos semanas de inmersión en un sistema sanitario nuevo para mí, pero que en el

ejercicio diario no es tan distinto del español, ya que los médicos de familia lo somos en cualquier lugar. Tanto en Alemania como en España somos la puerta de entrada del sistema sanitario.

La Family Care², Praxis donde roté, está situada en una de las calles más emblemáticas de Berlín, Karl-Marx-Allee, avenida principal de la zona oriental de la ciudad antes de la reunificación de Alemania. Pertenece al barrio de Friedrichshain, que en los últimos años está viviendo un cambio de población debido a que, por la asequibilidad de los alquileres, se ha hecho muy popular entre jóvenes familias de la clase media, de alto nivel cultural y con uno o dos hijos pequeños. Las familias son tanto alemanas como migrantes procedentes de Europa (Italia, Reino Unido, España, etc.), Estados Unidos, América Latina y otros lugares.

Además, permanece parte de la población anterior: ancianos que viven solos o en pareja y una minoría de familias de origen vietnamita. Estos ancianos destacan por su importante conciencia de enfermedad y capacidad de autocuidado, si bien los hay que precisan y reciben asistencia domiciliaria estatal. Entre las familias vietna-

Summary

Experience of the Hippokrates exchange programme in the German primary healthcare system: from L'Hospitalet to Berlin

Abstract

Introduction

Before completing my GP training at L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), I took part in a two-week rotation at a Primary care center in Berlin, through the WONCA Hippokrates programme.

It was an observational rotation, and English was spoken, thereby allowing me to find out about and compare the German and Spanish health systems.

Objective

To extend my working options when my residency is over.

Conclusions

During this stage in my residency I realized how similar GPs' jobs are in both countries and that our profession is indeed an international one.

Keywords: Primary care, Germany, Hippokrates.



► Karl-Marx-Allee

mitas que migraron a la República Democrática Alemana (RDA), destacan los adultos por su fuerte barrera idiomática. No así los jóvenes y niños, que ya han recibido la educación en alemán y colaboran para facilitar la interpretación de la consulta de sus familiares.

La población que acude es la de la zona, lo hacen por cercanía y por elección propia. La Praxis es un centro de salud privado pero financiado por partidas estatales, pero en lo que se refiere a la atención al público equivale a un centro de salud de nuestro país, porque atienden a usuarios con seguro público y también reciben a los de seguro privado.

En la Family Care hay servicio de Atención Primaria para pediatría y adultos. Tanto en niños, jóvenes, adultos y ancianos, me sorprendió la gran similitud, con respecto a la población española, en la prevalencia de las patologías atendidas en la consulta cotidiana, como las infecciones agudas de vías respiratorias o enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la dislipemia, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes tipo 2, la insuficiencia cardíaca o el alcoholismo. Como excepción, me llamaron la atención la baja prevalencia de diagnóstico de ansiedad y depresión, así como el bajo índice de demencia seguida desde Atención Primaria.

La Atención Primaria en Berlín

Durante mi breve estancia pude remarcar las diferencias más generales del sistema de salud alemán con respecto al español, así como las diferencias entre los programas formativos en Medicina Familiar y Comunitaria de los médicos internos residentes. A pesar de las diferencias, son mayores las similitudes en el ejerci-

cio de la Medicina Familiar y Comunitaria, haciendo de esta una profesión internacional. Las diferencias más significativas respecto al programa formativo, el modelo de gestión y la práctica asistencial diaria se describen a continuación.

Programa formativo de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria en Alemania

Los médicos residentes alemanes no inician su formación como especialistas a través de un examen estatal como el MIR en España; ellos han de buscar un servicio hospitalario o ambulatorio que los contrate para desarrollar cada rotación del programa formativo. Las rotaciones tienen una duración mínima y una serie de objetivos comunes³, y solo tras ser alcanzados finaliza la rotación. Este sistema permite mayor individualización de la formación y conciliación con la vida familiar.

El sueldo neto de los residentes alemanes es superior, incluso el doble en algunos hospitales.

La duración estándar del programa de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria es de cinco años. Al finalizar este período, cada residente ha de realizar y aprobar un examen oral para obtener el título de especialista.

Gestión del sistema sanitario alemán

El sistema sanitario alemán, Gesetzliche Krankenkassen, más conocido como GKV⁴ (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung.html>), es público, obligatorio y no universal, y se caracteriza por su modelo de gestión a través de cajas de salud.

Todos los ciudadanos alemanes tienen derecho a la asistencia sanitaria, bien sea porque cotizan personalmente, porque cotiza un familiar directo o por el principio de solidaridad para los ciudadanos con escasos recursos económicos.

Actualmente, conforman el sistema público de salud 144 cajas de salud públicas, que se diferencian de las privadas porque el Estado interviene en su gestión. Originalmente, cada oficio tenía la suya propia, pero en los últimos años se ha reducido el número.

La tasa mensual se paga a través de impuestos. A cada trabajador se le descuenta mensual-

DURANTE MI BREVE ESTANCIA PUDE REMARCAR LAS DIFERENCIAS MÁS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD ALEMÁN CON RESPECTO AL ESPAÑOL

mente el 50% de la tasa y el contratador paga el 50% restante. Hijos y familiares no cotizantes del trabajador se benefician de la cobertura igualmente.

Existen también las cajas privadas, o mutualidades⁵, en cuya gestión financiera no interviene el Estado. Las personas con alto nivel de ingresos tienen la posibilidad de adscribirse a una mutua privada. En este caso, es el beneficiario el que paga el 100% de la tasa y no puede regresar al sistema público mientras mantenga su nivel de ingresos; no cubre a los familiares adultos.

Los centros y personal sanitarios disponibles son los mismos para las cajas públicas y privadas. Pero los recursos no se distribuyen por igual, ya que las mutuas privadas reembolsan directamente a la empresa sanitaria el gasto derivado por cada cliente, mientras que el GKV reparte cada año, según los presupuestos regionales, las partidas financieras para los centros sanitarios y el gasto de farmacia. Esto se traduce en que el usuario privado no tiene tanta lista de espera para que le atiendan y en ocasiones en la mayor realización de intervenciones o pruebas complementarias.

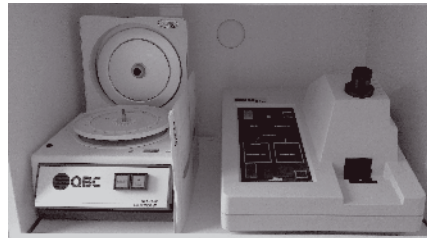
En el caso de la Atención Primaria se trabaja en pequeñas consultas privadas o *Praxis*. Estas reciben una asignación económica gubernamental anual, correlativa al cupo de pacientes por zona, que es reevaluada cada año, ya que en la realidad el cupo es mayor al previsto y además aumenta.

En Alemania se practica el copago sanitario. Cada 3 meses, en la primera visita al médico de familia, el paciente ha de pagar 10 euros. Al igual que en cada visita a otros especialistas si el paciente se dirige directamente a ellos sin la derivación del médico de familia.

La cobertura de farmacia es gratuita para la infancia, pacientes crónicos y, según el nivel de ingresos, también para algunos adultos. Los medicamentos prescritos por orden médica tienen un precio fijo.

Sin embargo, algunos fármacos comunes como el paracetamol o el ibuprofeno no tienen cobertura para los adultos.

El GKV no cubre las mismas prestaciones asistenciales que la sanidad española. Por ejemplo, por los informes clínicos personales



▶ Centrifuga y analizador de sangre capilar

(a petición del paciente) se cobran 7 euros; cubre la realización de faringotest inmediatos de *Streptococcus A* o las revisiones generales del adulto sano cada dos años. Los certificados de incapacidad laboral temporal solo son necesarios a partir del tercer día de ausencia al puesto de trabajo, lo que conlleva que este sea un motivo de consulta poco frecuente.

Práctica asistencial diaria

Las principales diferencias asistenciales son que el médico de familia realiza consultas de pediatría y ecografías ambulatorias de tiroides, abdomen y aparato urinario. Pueden realizar ecografías los médicos de familia que han recibido formación en técnica de ultrasonido como parte del programa formativo, mientras que los pediatras realizan ecografías de caderas y cráneo.

Por otro lado, los médicos de familia asumen prácticas que en España realizan los profesionales de enfermería, como cuidado de heridas, vacunación, espirometría e incluso extracciones sanguíneas, como parte de la consulta médica. Esto se debe a que las *Praxis* no están obligadas a contratar personal de enfermería. Normalmente, trabajan auxiliares de clínica, que también desarrollan

LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR ORDEN MÉDICA TIENEN UN PRECIO FIJO



▶ Ecógrafo en la consulta



► Sala de lactancia

las tareas de secretaría y recepción del centro. Sin embargo, la Family Care cuenta con una enfermera de pediatría.

En general, el control del paciente crónico está compartido con los demás especialistas: Diabetología, Cardiología, Neumología, Reumatología, etc., y de esta forma la lista de espera es menor: 6 semanas como máximo para el sistema público y de pocos días para las mutuas privadas. En consecuencia, el seguimiento del paciente crónico resulta más simple.

El horario de consulta, fijándome en el Family Care, es similar al de los centros de Atención Primaria españoles, con servicio por las mañanas y algunas tardes. El número de visitas diarias es variable. Algunos pacientes acuden con cita previa (aproximadamente, 15) y otros de forma espontánea (aproximadamente, 20). Se les atiende a todos ellos, con una duración media de la visita de entre 5 y 10 minutos. Es habitual que permanezcan en la sala de espera entre 30 minutos o más de 2 horas en el caso de Pediatría, ya que la mayoría acude sin cita previa y pueden presentarse más de 50 consultas en una mañana. Las visitas domiciliarias se planifican con antelación y se reservan para el control de pacientes crónicos con dificultades de movilidad.

En la Family Care, algo no habitual en otras Práxis es que se dispone de un analizador de sangre capilar con el que tener resultados rápidos del hemograma. Lo que resulta especialmente útil en Pediatría para discriminar la gravedad en procesos infecciosos agudos. Me llamó la atención que la temperatura corporal nunca se toma por vía axilar, sino ótica.

En cuanto a tratamientos farmacológicos, he detectado diferentes protocolos de elección de antibióticos, un muy escaso uso del paracetamol a expensas de recetar ibuprofeno, muy limitada recomendación de tratamiento para

la osteoporosis, la utilización de la herramienta ARRIBA⁶ para decidir añadir antilipemiantes (equivalente al REGICOR), el uso de pantoprazol como inhibidor de la bomba de protones de primera elección (en vez del omeprazol) y el ramipril como inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) de primera elección (en vez del enalapril).

En la Práxis no organizan grupos educacionales, pero tienen folletos informativos en la sala de espera. Las derivaciones a estos grupos se realizan de la misma forma que a los demás especialistas.

Conclusiones

Dos semanas de rotación es, a nivel formativo, poco tiempo en proporción a los 4 años del MIR, pero a mí me permitió aprender mucho más a nivel personal que otras rotaciones anteriores.

Me sentí capaz de trabajar utilizando una lengua extranjera, capaz de adaptarme a otra cultura y preparada para afrontar el siguiente paso de mi carrera sin miedo a las fronteras. Tanto que actualmente me encuentro estudiando alemán de forma intensiva. Porque los médicos de familia que busquen trabajo en Alemania necesitan certificar el nivel B.2 de alemán.

Para los residentes que quieran «ver más mundo», tengo un consejo: aprovechad la oportunidad del Hippokrates.

Referencias bibliográficas

1. Vasco da Gama Movement [en línea]. Disponible en: <http://www.vdgm.eu>. [Consulta: 20 de noviembre de 2012.]
2. Family Care [en línea]. Berlin: Praxis Dr. Bernhard König. Disponible en: <http://www.familycareberlin.de>. [Consulta: 20 de noviembre de 2012.]
3. Arztekammer Berlin [en línea]. Berlin: Arztekammer Berlin. Disponible en: <http://goo.gl/HdAXY>. [Consulta: 2 de diciembre de 2012.]
4. Bundesministerium der Justiz [en línea]. Berlin: Bundesministerium der Justiz. Disponible en: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/. [Consulta: 6 de diciembre de 2012.]
5. El Global.net [en línea]. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Disponible en: <http://goo.gl/a7eKB>. [Consulta: 2 de diciembre de 2012.]
6. Arriba [en línea]. Marburg: Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHSc. Disponible en: <http://www.arriba-hausarzt.de/material/index.html>. [Consulta: 20 de noviembre de 2012.]

EL HORARIO DE CONSULTA, FIJÁNDOSE EN EL FAMILY CARE, ES SIMILAR AL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLES, CON SERVICIO POR LAS MAÑANAS Y ALGUNAS TARDES