

## LA MEDICINA DE FAMILIA EN CANADÁ

### Sistema sanitario canadiense:

- a. Es un sistema público.
- b. Para tener derecho a sanidad gratuita hay que estar registrado. Eso requiere tener documentación en regla, con permiso de trabajo o permiso de residencia en el país. La cobertura dura hasta el fin del permiso.
- c. Cada provincia tiene competencias para gestionar su sistema sanitario. Eso implica:
  - i. Diferente cobertura según provincias.
  - ii. Diferentes sueldos y tipos de contratos para los trabajadores del sector sanitario.
- d. Hay que entender que Canadá es un país enorme, con grandes extensiones de terreno lejos de las grandes ciudades, donde se ubican los grandes hospitales. El ratio de médico/paciente es muy bajo. La cobertura sanitaria de las zonas rurales es limitada. Los pacientes con patologías graves deben desplazarse cientos de km para recibir atención.
- e. Los médicos no son trabajadores públicos. Muchos médicos trabajan por cuenta propia, creando sus propias empresas o clínicas. Luego transfieren las facturas (billings) de las visitas o intervenciones para que el sistema de salud las reembolse. Otros profesionales son asalariados de esas mismas clínicas. Otros son contratados por las instituciones que gestionan los hospitales (Universidad, Alberta Health Service...)...
- f. La cobertura sanitaria no incluye el coste de los medicamentos ni ninguna cobertura dental.
  - i. Las empresas o instituciones, como la Universidad de Alberta, complementan sus contratos con beneficios adicionales que pueden incluir una póliza de seguro médico con la cobertura de medicinas, salud dental, óptica, etc...
  - ii. Los trabajadores por cuenta propia (autónomos) pueden acceder a un seguro especial (Blue cross insurance) con una cobertura limitada de medicamentos y otras necesidades.
  - iii. Determinadas medicaciones, como el tratamiento de TBC o VIH/SIDA, son cubiertos por el sistema sanitario por cuestiones de "salud pública".

### Atención Primaria

1. No es una estructura o red de A Primaria tal y como la entendemos en España o Europa.
2. Existen diversas clínicas, unas privadas y otras que dependen de instituciones como la universidad o el Alberta Health Service, que dan una cobertura de "medicina general" o primaria a la población.
3. Cualquier paciente puede buscar un médico de familia (General Practitioner o GP) que admita pacientes, a través del listado del colegio de médicos o según recomendaciones de conocidos. El problema es que el número de GP es muy bajo en proporción a la población, y pocos admiten nuevos pacientes. Un paciente puede solicitar un médico y cambiar si quiere (no hay cupos de pacientes asignados). La continuidad de la atención depende más de que el GP se gane al paciente y éste no cambie de médico.

4. Existen las llamadas "Walk-in clinics", con varios GP asalariados y personal de enfermería, que cubren las necesidades de visita a un médico general para aquellos pacientes sin uno asignado, o resuelven problemas cuando tu médico está fuera del horario. No hacen seguimiento ni se implican con los pacientes. No disponen de medios para atender urgencias más graves (no son como los CUAPS).
5. Las clínicas de medicina general no suelen disponer de enfermeras. Y si las hay, sus labores son puramente de educación sanitaria. Las tiene que pagar el médico que las contrata.
  - a. Las extracciones se solicitan a través de un servicio específico (el laboratorio que analiza la sangre dispone de sus enfermeras para extracciones, que pueden ir a domicilio según le convenga al paciente).
  - b. Otras técnicas de enfermería las realizan técnicos: por ejemplo, los terapeutas respiratorios son los que se encargan de hacer las espirometrías y enseñar el uso de inhaladores. Los ECG se solicitan también al exterior de la clínica. Si necesita uno urgente, lo hace el propio médico (si dispone del aparato) o deriva a urgencias.
  - c. Curas: existen servicio de curas a domicilio (Wound clinics) independiente de las clínicas de GP.
6. Las clínicas de GP no suelen recibir urgencias médicas. Los pacientes tienen claro que si se encuentran mal han de ir al hospital.
7. El GP cubre la atención pediátrica. Sin embargo, en Edmonton existen también pediatras comunitarios que hacen atención pediátrica hasta los 17 años. Trabajan en clínicas propias sin relación con los GP. En otras zonas de Alberta, los pediatras son especialistas consultores.
8. La administración de vacunas se realiza en los centros de Public Health y en las escuelas. Los GP o pediatras aconsejan pero no se encargan de supervisar el estado vacunal.
9. También existen clínicas de Salud de la Mujer, con atención ginecológica, pero sus listas de espera son muy largas para visitas rutinarias. De manera que la mayoría de pacientes acude a su GP para la citología vaginal, colocación de DIU, consejo de anticonceptivos y otros problemas menores ginecológicos. No existen matronas formadas como en Europa trabajando en las unidades de partos o clínicas ginecológicas. De hecho, la atención al parto en el hospital la realizan residentes o médicos en postgrado de ginecología. No obstante, en dichos servicios, hay personal de enfermería con años de experiencia en obstetricia que colabora activamente. En zonas rurales, el parto es atendido por GP. Existen matronas que, de manera privada, se ofrecen para la atención al parto en domicilio.
10. Los GP no realizan Atención a Domicilio. Existen clínicas asistidas (Nurse homes), servicios de transporte para mayores (voluntariado, ONG, privado...), servicios de asistencia a domicilio privados (o a través de seguros médicos). Aquí no existe el concepto ATDOM.
11. Los servicios sociales y las clínicas de Atención Primaria trabajan de manera independiente y no coordinada.
  - a. Existen trabajadores sociales en los hospitales que se encargan de ingresar en centros asistidos a aquellos pacientes que precisan convalecencia tras un ingreso.
  - b. Los servicios sociales comunitarios tienen recursos limitados (concepción más liberal de la atención social o comunitaria).
  - c. Existen importantes problemas sociales como en todos sitios:
    - i. Población aborigen, con alta tasa de alcoholismo, drogadicción, marginalidad, patología propia por alta consanguinidad y mantenimiento de tradiciones poco seguras (como comer carne cruda de animales salvajes, rituales que implican baños en lagos helados,...)
    - ii. Homeless
    - iii. Alcoholismo y consumo de drogas.

- d. Gran importancia del voluntariado comunitario. Papel relevante de las distintas iglesias (variadas confesiones religiosas comparten espacio y conviven con un respeto absoluto), las asociaciones de vecinos (Community leagues), las asociaciones de distintos países (la multiculturalidad es un elemento característico), ONG tipo Alcohólicos anónimos, etc... Las propias ciudades apoyan estas iniciativas dando subvenciones, facilitando actividades para captar fondos (bingos), dando premios a los mejores voluntarios (p.e los "snow angels", personas voluntarias que ayudan a mantener sin nieve ni hielo las casas de personas ancianas o con limitaciones).

## GESTIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Las clínicas trabajan distintos sistemas informáticos, entre los que no se puede compartir información.
  - a. Existe algo parecido a la HCC (Netcare) donde se puede acceder a resultados de pruebas complementarias o informes de alta.
  - b. Se toman muy en serio la CONFIDENCIALIDAD de la información clínica.
  - c. Un alto porcentaje de los GP dispone de ordenadores para trabajar pero los usa de manera limitada y mantiene historia clínica en papel.
2. La gestión de la agenda depende directamente del GP:
  - a. Si acepta nuevos pacientes
  - b. Horario de atención (normalmente de 9 a 17 h, ahora el gobierno quiere que las clínicas abran a las 19 h).
  - c. Suelen ver pacientes cada 15-20 minutos. Un día habitual puedes ver unos 25... Pero depende de cada uno si quieren ver más o menos. Facturan según visitan y por patologías.
3. El GP puede solicitar cualquier tipo de prueba complementaria.
4. El GP decide a qué especialista deriva. Se hace a través de cartas con información detallada de la historia clínica, el problema por el que solicita consulta, las pruebas que se han solicitado... Algunos especialistas consultores piden que los pacientes se deriven con un mínimo de estudio (p.e clínica del dolor, endoscopias,...). La relación suele ser fluida. Los GP se esfuerzan por conocer distintos especialistas para ampliar sus "contactos" a la hora de derivar.
5. En una clínica de Atención Primaria varios GP, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos... pueden compartir espacio (alquilan despacho) PERO no se trabaja como equipo.

Las asociaciones canadienses de médicos de familia y los departamentos de Family Medicine de las Universidades abogan por cambiar este modelo, fomentar el trabajo como equipo multidisciplinar, incluir la enfermería comunitaria y el desarrollo de la capacidad de liderazgo del GP para equipos de A. Primaria. Se pide tener "cupos" de pacientes asignados de los que te ocupes dando importancia a la continuidad de la atención, en especial de las patologías crónicas.

## EL MÉDICO EN LA SOCIEDAD CANADIENSE

Los médicos son respetados y valorados a nivel social. Los sueldos son muy elevados por lo que ocupan una posición relevante a nivel económico.

Los pacientes tratan con mucho respeto a sus médicos y son extremadamente educados.