

SISTEMA DE SALUD EN CANADA*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 24-32

Dr. Mariano Requena Bichet**

Chile vive una crisis crónica de su sistema de cuidado de la salud, lo cual lo ha llevado a buscar modelos inspiradores. El sistema canadiense aparece como uno de los modelos a considerar.

EL CONTEXTO

La población de Canadá bordea los 27 millones de habitantes y su gasto en salud alcanza el 12% de su producto interno bruto. Como país fue fundado en la Constitución de 1867, y en la cual creó dos niveles de Gobierno: Federal y Provincial.

El modelo canadiense de salud se lo puede situar entre Estados Unidos e Inglaterra. La administración es pública, aspira a la universalidad, la competencia es relativamente menor y el sector privado es pequeño. Sin embargo, la intervención del gobierno en la administración del sistema es menor.

Antes de la II Guerra Mundial el cuidado de la salud canadiense estuvo basado en la caridad y era considerado como una responsabilidad personal. La idea de proteger a los canadienses por riesgos de enfermar se comienza a desarrollar en el ámbito privado, a través del seguro de prepago e impulsado por instituciones y gremios.

La depresión de los 30 y las privaciones impuestas por la II Guerra Mundial impulsan en 1945 la idea de un seguro provincial de salud. En este proceso juegan un rol importante los seguros vigentes en Estados Unidos, como Blue Cross y Blue Shield.

Debe pasar hasta 1957 para lograr un acuerdo con las provincias para crear un seguro que financie los gastos hospitalarios y que en 1958 se traduce en la Ley de Seguro Hospitalario y de Servicios Diagnósticos. Esta incluye a todas las provincias del país.

En 1961 en la provincia de Saskatchewan su premier, Tommy Douglas, crea un Seguro Médico Provincial con dinero del seguro hospitalario. Lo anterior gatilló la creación de la Hall Commission en 1964 que propone la idea de Servicio de Salud Universal. Este se basa en:

- Financiamiento gubernamental
- Libre elección
- Busca a través del mejor uso de los recursos públicos de salud el más alto nivel de salud para Canadá.
- Se basa en la división de poderes y roles del nivel federal y del nivel provincial.

Filosofía de la organización del cuidado de la salud en Canadá

- acceso a la salud igualitaria y no elitista o de mercado
- el derecho de aceptar o rechazar tratamientos recomendados, estilos de vida u otros riesgos
- mayor respuesta a los padecimientos físicos que mentales
- protección de los niños de decisiones públicas o privadas que los pueda perjudicar.

* Curso de Anatomía Comparada de Sistemas de Salud del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 22 de abril-6 agosto de 1998.

** M.D., M. PH. (Harvard) Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile.

- determinación de prioridades y prácticas más por las políticas públicas que por los proveedores.

Características comunes del sistema de salud canadiense

- Los servicios de salud son sin fines de lucro
- Acceso igualitario e ilimitado
- Tendencia a limitar autonomía de los médicos
- Libertad de elección de usuarios por proveedores y viceversa
- Hay una creciente discusión sobre calidad de vida y salud
- Rechazo al cobro relacionado con la prestación de servicios
- Creciente interés por la promoción y el autocuidado.
- Prioridad a la salud física sobre la salud mental

Organización y administración

Se basa en la administración provincial local de la salud que recae en los consejos privados. Los médicos están aislados y son pocos los que participan en los hospitales. Predomina el modelo médico o biomédico.

Política de planificación

- Reside principalmente en las provincias y participan con poder de decisión los consejos formados por instituciones de la comunidad.
- Financiamiento y costos con un elemento de control del gobierno federal sobre el gobierno provincial.
- Se mantiene controlado desde 1992 que se decide aumentar sólo en 1%, que hoy es menor que la inflación.
- Incrementar los recursos humanos.
- El 30% de los nuevos médicos se dedican a la medicina familiar.

Utilización de recursos

- Aumenta atenciones por persona/año, los exámenes de laboratorio y radiológicos e intervenciones quirúrgicas
- Disminuye uso cama hospitalaria. De hecho en los últimos años se han cerrado camas hospitalarias.

Problemas del sistema

- La predominancia de la atención médica y de las enfermedades crónicas deriva en mirar la salud como estado físico y cuantificarla por años de vida. El modelo deriva en una atención de salud fragmentada y episódica. Además es un sistema reactivo y no proactivo.
- La relación médico-paciente es aún paternalista e incompatible con la participación de la gente en la toma de decisiones.

El carácter político del sistema de salud

- El poder político en salud se encuentra muy diluido y distribuido en: proveedores, trabajadores, instituciones, burócratas, consumidores, comunidad, imponentes, corporaciones con y sin fines de lucro.
 - La capacidad de influir en las decisiones de salud requiere más capacidad de entender los mecanismos de toma-de-decisión que el poder formal de los políticos.
 - La formación y desarrollo de grupos de presión es una de las formas más exitosas de influir en salud: un ejemplo es la cantidad de *coaliciones* que se forman alrededor de temas específicos.

Condiciones de influencia de las personas, grupos presión, gobierno

- su poder formal
- la habilidad para usar el poder
- la habilidad para neutralizar al oponente
- apoyo de otros
- desarrollo de redes,
- liderato participativo
- aceptable y atractivo para una variedad de instituciones sociales y burocráticas.

Nuevas orientaciones a través de todo Canadá

- *Primero.* Orientar la política de salud a resultados de impacto en el nivel de salud en vez del control de los insumos materiales y de recursos humanos. Este cambio influye en todos los aspectos del funcionamiento del sistema: los objetivos, la coordinación, la estrategia, la evaluación, etc., si es que realmente se quiere cambiar el funcionamiento de una estrategia productividad de los insumos a una estrategia de impactos en salud.

- *Segundo.* Los ciudadanos y los proveedores deben participar en la planificación y en la gestión del sistema de salud, al tiempo que se descentraliza. Hace 20 años el objetivo fue llevar a nivel provincial las decisiones importantes de planificación y de gestión. Hoy la tarea es bajar las decisiones y la determinación de prioridades a nivel de las comunidades mismas. Chile está muy lejos de la participación de la comunidad y de la descentralización. Ello tiene que ver con muchos factores que van desde las limitaciones de nuestra democracia y el individualismo predominantes, hasta la mentalidad de los profesionales y funcionarios de salud.
- *Tercero.* Establecer el principio de dar cuenta (countability) aplicado a los recursos y a los resultados. Esto se aplica a todos los niveles: desde la administración de un establecimiento de atención primaria hasta los niveles legislativos. Si bien hoy se da cuenta del uso de los recursos, se aspira a aplicarlo en los resultados e impactos. En Chile desconoce este principio como elemento fundamental en la gestión de salud del sector público. Esto unido a la descentralización y a la participación de la comunidad, representa la base de una gestión responsable y de la base-a-la-cumbre.
- *Cuarto.* Las provincias deben equilibrar sus recursos con sus necesidades de salud. La intención es mantener el enfoque financiero como estrategia para controlar costos al mismo tiempo que fortalecer la asociación financiera entre los gobiernos federal y provincial. Ello lleva a la asignación de los recursos financieros en la perspectiva de los resultados y no en la perspectiva de las necesidades.

Tal como se ha comentado en los puntos anteriores, la relación de estas tendencias conlleva un desarrollo del sistema nacional de salud que estamos lejos de tener en Chile.

COSTO Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Gasto en salud

El gasto total de los servicios de salud en Canadá es de C\$MM 70.000 para una población de 27 millones de habitantes (1992).

CUADRO 1

Gasto por persona, expectativa de vida y mortalidad infantil, 1987

País	Gasto- persona US\$	Expectativa vida. Años	Mortalidad infantil. 1.000 NV
Estados Unidos	2.051,0	75,0 (7)	
Canadá	1.483,0	76,8 (4)	7,3
Suecia	1.233,0	77,2 (2)	6,1
Francia	1.105,0	77,1 (3)	-
Alemania	1.093,0	75,9 (5)	7,5
Japón	1.915,0	78,9 (1)	5,0
Inglaterra	758,0	75,4 (6)	9,0

() Orden relativo.

Evolución del gasto

El gasto en salud ha tenido un aumento constante desde que se comenzó el financiamiento por el gobierno.

- 1960's: aumento rápido
- 1970's: se mantiene en 7% del producto interno bruto.
- 1980's: La recesión de comienzo de la década detiene el crecimiento del PIB pero no salud que llega a 8,8%.
- 1992: Sube a 11%.

A pesar de los esfuerzos, el crecimiento del gasto institucional y en personal se ha mostrado inmanejable. Se mantiene la discusión sobre temas como subfinanciamiento, incapacidad de controlar los costos, posible aporte del usuario como copago.

CUADRO 2

Evolución del gasto en salud como porcentaje del producto nacional bruto en Canadá y Estados Unidos, 1969-92

Año	Canadá		Estados Unidos	
	Porcentaje PGB	Crecimiento	Porcentaje PGB	Crecimiento
1960	5,5	100,0	5,3	100,0
1965	6,0	109,1	5,9	111,3
1970	7,1	129,1	7,3	137,7
1975	7,3	132,7	8,3	156,6
1980	7,5	136,4	9,2	173,6
1985	8,7	158,2	10,5	198,1
1986	9,1	165,5	10,7	201,9
1987	9,0	163,6	10,9	205,7
1988	8,9	161,8	11,2	211,3
1989	9,0	163,6	11,6	218,9
1990	9,5	172,7	12,2	230,2

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de salud a nivel provincial son cinco variables por provincias.

CUADRO 3

Financiamiento porcentual del sistema canadiense provincial de salud según fuentes y porcentaje máximo y mínimo. 1962

Fuente de financiamiento	Provincia con menor contribución	Provincia con mayor contribución
Gobierno Federal	27,0	36,0
Gobierno Provincial	38,0	50,0
Gobierno Local	0,0	0,5
Caja de Compensación	0,4	1,3
Privados*	17,0	29,0

Fuente: National Health and Welfare, Canadá. 1992.

* Los gastos privados incluyen varios servicios no asegurables y asegurados privadamente provistos por médicos, dentistas y otros especialistas, así como otros costos institucionales no previstos, drogas y aparatos.

CUADRO 4

Distribución porcentual del gasto en cuidado de la salud nacional por categorías. 1980, 1990

Nivel institucional	1980	1990	Variación (%)
Hospitalario	40,9	38,2	-6,6
Otras instituciones	11,6	10,7	-7,8
Servicios médicos	15,2	15,2	0,0
Otros profesionales	7,0	7,7	0,0
Drogas	8,9	13,3	49,4
Capital	5,4	3,9	-27,8
Otros	10,9	11,6	6,4
Total C\$MM	22.704,0	61.753,0	172,0

Fuente: Policy, Planning and Information Branch. NHW, 1992

El gasto por persona-año muestra aumentos importantes en los años recientes. Entre 1989 y 1990 sube de C\$ 2.148 a 2.318 o US\$ ± 1.534 a 1.655. Esto representa un aumento de 7,9% en sólo un año. El aumento del gasto en salud ha sido mayor que el crecimiento del producto doméstico nacional, lo cual se traduce en un crecimiento porcentual del gasto en salud.

Cuando se analizan las cifras de variación en el gasto en salud, ver Cuadro 4, hay que considerar que variaciones porcentuales en los gastos mayores representan aumentos mucho mayores en gastos menores.

Esta realidad induce a analizar los costos-efectividad de traspaso de fondos entre ítemes. Por ejemplo, en Canadá se ha estimado que los frenos en el gasto en médicos y hospitales para centrar ese ahorro en medidas de salud pública, aumentan el nivel de salud de la población. Sin embargo, esta medida crea problemas políticos porque produce un aumento de las listas de espera y retrasa la adquisición de tecnología de punta.

Programas de seguro para servicios hospitalarios y médicos

Canadá ha vivido en los años recientes un proceso de cambios en los seguros de salud hasta llegar al sistema de seguro que hoy tiene. El estudio histórico de este proceso tiene interés no sólo para comprender el sistema vigente, sino que para entender lo que puede ser la experiencia chilena.

¿Quién debe ser beneficiario? Hace 40 años en Canadá existía la política del *laissez-faire* en seguro de salud a través de los seguros privados. Sus beneficiarios eran sólo los imponentes. Su contribución podía ser parcial o total. El aporte del empleador era resultante de acuerdo gremial.

La Hall Commission en 1962 recomienda un seguro tipo medicare. Se promovía que pagaran este seguro sólo los que no tenían capacidad económica para cubrirlo. Se recomienda sin embargo a las provincias que adopten la fórmula de Saskatchewan de seguro universal

¿Qué tipo de servicios deben darse? Las compañías de seguro siempre ofrecen una lista de servicios. Los que deben efectuarse afuera debe pagarlos el asegurado. ¿Debe existir el copago o seguro de indemnización? Tema discutido por años en Canadá. En general, a los canadienses no les gusta el sistema de copago en el momento del servicio. La argumentación se puede resumir en:

¿Reduce los impuestos o la prima? Siempre y cuando el copago sea deducido de la prima o impuesto. El paciente no aprecia el servicio a menos que pague algo por él. El copago previene que el asegurado demande atención innecesaria. La experiencia demuestra que la demanda disminuye en los más pobres que no pueden afrontar el desembolso al momento del servicio. De hecho, se comprobó en Saskatchewan que la demanda de los pobres bajó cuando se colocó el copago.

Asegurador único versus asegurador múltiple

La competencia entre aseguradores privados múltiples no garantiza disminución de las primas y una mejoría de los servicios. Si la competencia se produce entre seguros privados con fines de lucro, siempre el que pierde es el asegurado. Los argumentos en favor del pagador único son:

- El gobierno es un mejor representante de los beneficiarios cuando se trata de discutir con los proveedores los precios, la calidad y la distribución de los servicios.
- La administración se simplifica tanto en la consulta del médico como en las oficinas administradoras del seguro.
- Hay mejor capacidad de evaluar e investigar en la agencia aseguradora.
- Hay una información más uniforme y completa sobre servicios.

- Un programa común de cobertura universal elimina toda discusión sobre si la gente debe ser rechazada, o cobrarle mayores primas porque es posible que consuma muchos servicios.

La institución administradora del fondo único, ¿con o sin fines de lucro?

Aun cuando ambas modalidades tienen el peligro de la ineficiencia y de la insensibilidad, al menos la primera es más controlada y evaluada por la población.

Características que los canadienses consideran deseables para su sistema de salud

- No pago al proveedor en el momento que se presta el servicio;
- Cobertura amplia de servicios provistos por una variedad de prestadores;
- No pérdida de cobertura cuando el servicio es caro ni cancelar altas primas cuando los episodios futuros puedan ser caros;
- Programa abierto a todas las personas;
- Calidad razonable de la atención de salud con medición de calidad en términos de clínicamente adecuado, continuo, accesible y aceptable;
- Libre elección del proveedor y de usuario;
- Administración simple y de bajo costo y con el mínimo de trámites. Se aspira a un programa diseñado para mantener la tramitación simple tanto para el paciente como para el médico;
- Continuidad cobertura cuando el usuario se desplaza de una provincia a la otra y,
- Alta valoración del dinero gastado.

Utilización de los servicios

- Los lactantes, las mujeres de 15 a 45 años y los viejos recurren más al médico que el resto de la población
- Los menores de 5 años varones utilizan más los servicios que las mujeres
- El número de contactos con el médico ha subido desde 3 contactos por año hace 30 años a alrededor de 10 a 12 contactos hoy día y con tendencia a seguir aún aumentando.

FACTORES SOCIALES, POLITICOS Y ESTRUCTURALES EN EL SERVICIO DE SALUD DE CANADA

Filosofía sustentadora del sistema de salud de Canadá¹

- acceso igualitario en vez de un cuidado de la salud elitista y basado en el mercado;
- derecho de toda persona de aprobar o rechazar las indicaciones médicas, o de aprobar o rechazar un estilo de vida saludable o no, o aprobar o rechazar cualquier forma de riesgo;
- respuesta social más intensa a las afecciones físicas o traumáticas que a las dificultades mentales o psicosociales;
- protección de los niños contra decisiones públicas o individuales que no están acorde con sus mejores intereses y,
- que las prioridades y prácticas de salud sean crecientemente determinadas o través de políticas públicas y no a través de los proveedores.

Factores sociales

El propósito mayor de una sociedad civilizada debe ser alcanzar el más alto nivel de salud posible para su población actual y futura. Este propósito global no quiere decir que todos y cada uno alcance el nivel mayor de salud y que obtenga el máximo de servicios. Los factores determinantes de la salud deben ser socialmente privilegiados, independientemente cuál sea el sector que los administre: intersectorialidad.

En elecciones y encuestas los canadienses han manifestado reiteradamente la preferencia por el financiamiento público de los servicios de salud y la oposición a la modalidad mercantil.

Los objetivos de salud deben transformarse en medidas concretas que tomen en cuenta la corrección de las factores determinantes, sean éstos servicios sociales, recreación, educación, transporte, rehabilitación vocacional, asistencia económica.

El Gobierno Federal

- Jurisdicción sobre salud a las provincias
- El Gobierno Federal presta servicios: población nativa; Fuerzas Armadas; Inmigrantes y refugiados; Territorios del Noroeste y Yucón;

- Department of National Health and Welfare (DNHW) o Health and Welfare Canadá (HWC); atención médica a los Indios e Inuits
- Financia investigaciones
- Mantiene equipos y suministros para emergencias
- Centre for Disease Control: servicios de laboratorio y epidemiología
- Food on Drugs Directorate: control de drogas
- Bureau on Medical Devices: equipos
- Servicios de salud ocupacional para los empleados federales de salud
- Servicios de consultorio en salud ambiental, salud ocupacional y atención médica
- Programas de promoción de la salud en fuerte expansión
- Medical Research Council: C\$ 240 millones anuales.
- Publicación en 1974 el libro *A NW Perspective on the Health of Canada* del Ministro de Salud Mark Lalonde
- Departamento de Defensa Nacional presta servicios a:
 - Fuerzas Armadas
 - Veteranos
 - Miembros Parlamento
 - Estudiantes extranjeros financiados por el gobierno
 - Dignatarios visitantes
 - Dependencias que tienen que ver con salud fuera del Ministerio de Salud
 - Atomic Energy of Canada
 - Correccional Service of Canada: locos
 - Department of Manpower and Immigration
 - Ministry of Labor and Environmental
 - Statistics of Canada
- Canadian International Development Agency: CIDA
- International Development Research Centre: IDRC
- La influencia del Gobierno Federal en la salud de los canadienses ha tenido una evolución que ha tendido a disminuir y a una actitud de defensa de los gobiernos provinciales. La administración del presupuesto es un medio de influencia no muy fuerte. Después de la II Guerra Mundial se comprueba que los reclutas eran ineptos físicamente y surge la recomendación de establecer un sistema nacional de salud. Las provincias se opusieron a esta pretensión del Gobierno Federal.
- El Gobierno Federal ha creado una serie de mecanismos que le permiten influir en los servicios de salud y sus costos:

¹ Fulton, Jane, 1993. *Canada Health Systems: Bordering on the Possible*, pág. 45. Foulkner & Gray, Inc., NY.

- Primero, servicios operados y financiados por el Gobierno Federal que son útiles para las provincias
- Segundo, ayudas financieras condicionadas que son de dos tipos:
- Fondos disponibles para actividades que las provincias no tengan, como el Canadian Assistant Plan, CAP, para rehabilitación, apoyo social siempre que la otra mitad se obtenga de la provincia sin participación del gobierno provincial
- Fondos compartidos con la provincia
- Fondos incondicionados que representan la contribución mayor del Gobierno Federal al gobierno provincial. Ello se reguló por medio de la Federal Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act (Ley de Acuerdo Fiscal Federal Provincial Financiamiento de Programs Establecidos) en 1977 y Canadian Health Act (Ley de Salud Canadiense) en 1984
- En general, la tendencia ha sido a disminuir la influencia del Gobierno Federal en beneficio de las provincias. Pero, al mismo tiempo, ha disminuido el porcentaje de aporte del Gobierno Federal al gasto provincia en salud
- Los fondos federales le son condicionados a lo que la provincia asegure una cobertura de 100% de la población y al cobro a los asegurados un monto extra sólo excepcionalmente
- También el Gobierno Federal puede influir a través de las propuestas legislativas como, por ejemplo, la ley que legalizó el aborto. Como consecuencia de esta ley los gobiernos provinciales debieron introducir cambios en las funciones hospitalarias, la organización del cuerpo médico, decisiones del consejo hospitalario, costos y en la salud física y emocional de muchas mujeres.

De la revisión del papel que en Canadá ha jugado el Gobierno Federal en salud quedan claras algunas conclusiones que pueden ser útiles a considerar.

- En primer lugar afirmar que las posibilidades de cambios tienen que ver con la evolución histórica del sistema de salud como un condicionante para nuevas medidas o cambios. Los elementos históricos que juegan en los cambios no son sólo los legales. Informes oportunos sobre el sistema, investigaciones, etc.

- En segundo lugar, me parece que cada etapa de cambio en salud en Canadá ha tenido un líder que lo ha ejercido a través de variados mecanismos. Entre ellos vale mencionar los informes, libros, etc..

Gobiernos provinciales

- Los gobiernos provinciales tienen amplias facultades en la gestión de salud. Sus tareas son variadas: establecer prioridades, determinar políticas, planificar, financiar, regular, asignar recursos, evaluar, fijar normas y cualquier tipo de servicios de salud.
- Programa de Seguro de Salud. “Un seguro de salud es un medio por el cual la gente reemplaza un evento importante e impredecible por un gasto regular y perfectible”. Como seguro de salud pública es obligatorio y su pago se realiza a través de los impuestos.
- Ventajas del Seguro de Salud:
 - Tiene un muy bajo costo administrativo
 - No hay temor de no atención de enfermedades de alto costo
 - No se aporte directamente dinero ni como prima ni como copago
 - No se excluyen los gastos mayores
 - La cancelación de honorarios a los proveedores primarios es pronta.
- El gobierno provincial tiene un listado enorme de funciones y facultades que le entrega la ley.

El gobierno municipal

Las municipalidades en salud son parte dependiente del gobierno provincial y obedecen a lo que éste disponga. Las características de sus servicios de salud son muy variados tanto en su modalidad, su relación con la provincia, como en su aporte e iniciativa. En general son proclives al sistema público de salud y muchas de sus iniciativas apuntan en esa dirección. Municipalidades grandes como la de Toronto o la de Ottawa han tomado en los últimos años la responsabilidad del Departamento de Salud Pública que antes funcionaba como agencia independiente.

Agencias gubernamentales autónomas

Son instituciones de salud independientes de la burocracia gubernamental y que realizan una serie de funciones encargadas por los organismos públicos. El ámbito de sus funciones es variado: regulatorias, educacional, análisis político, evalua-

ción y gestiona. Se le supone ventajas sobre la burocracia estatal, pero la realidad muestra que ello no ha sido verificado. Funcionan mejor en educación e investigación.

El sector privado

- Constituye una enorme cantidad de organizaciones preocupadas habitualmente de un problema específico. Colaboran con los gobiernos en la solución de problemas de salud.
- El sector privado con fines de lucro ha sido poco importante en Canadá debido más a la experiencia y la cultura que a motivaciones ideológicas. Sin embargo, se mantiene activa y se discute por algunos la necesidad de expandirlo y aún de generalizarlo.
- Se presenta en una a más de las siguientes funciones:
 - Privado que tiene contrato específico para desarrollar programas o entregar consejos
 - Consejo de consultores
 - Gestión (management). Contrato para administrar programas
 - Servicios hoteleros: mantener casas, lavado, dietética
 - Servicios administrativos
 - Servicios clínicos. Una institución gubernamental puede contratar laboratorio, radiología, etc.
 - Propietarios y operadores de instituciones: casas de reposo, ambulancias, hospitales, farmacias, etc.
 - Banqueros que proveen capital a interés o para compartir ganancias.
- La enorme cantidad de médicos y dentistas que reciben sus ingresos por atención de pacientes enviados por las agencias gubernamentales están en una situación ambigua en cuanto a su calificación como sector privado con fines de lucro.
- Los médicos y dentistas venden su servicio y de allí brotan sus ingresos.
- En estos casos no hay una inversión de obtener un retorno de la inversión con intención de lucro.

Comunidad

- Crecientemente los consumidores o usuarios exigen de los servicios de salud que se entregue más responsabilidad, menos paternalismo y más sensibilidad. Ha habido cambios en los derechos de los pacientes: acceso a fichas; com-

posición de los consejos de los hospitales; limitar recursos; controlar licencias; determinar honorarios/aranceles; cada vez hay más maneras de control de los usuarios a los profesionales; encuestas y cuestionarios y acción del defensor del pueblo u ombudsmen.

Papel de los médicos

- La atención de la salud de la población es cada día más multidisciplinaria. Aun cuando muchos otros profesionales, además del médico, se conciertan para brindar servicios de salud, el médico mantiene una hegemonía sobre este equipo que imita un mayor aprovechamiento de estos otros profesionales. Se mantienen cerrados a conceder que algunas prácticas médicas sean realizadas por otros profesionales, a pesar de reconocer su capacidad para ello. Esta situación ha llevado a fortalecer el modelo biomédico. Por otra parte, en Canadá ha habido un crecimiento sostenido de los especialistas.

Práctica médica privada

- Existen en Canadá dos tipos de práctica privada:
 - Autónoma: médicos, dentistas, herbalistas, quiroprácticos, optometristas, acupunturistas, psicólogos clínicos.
 - Derivada, sólo puede dar servicios bajo supervisión o referido de otros: enfermeras, fisioterapeutas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, tecnólogos, nutricionistas, dietistas, matronas y otros.
- Características de la práctica médica: Autonomía de sus decisiones en cuanto a: –localización consulta –horas de atención –contrato ayudantes –formas de administrar –sistema de registros –población que acepta atender –libertad de honorarios por acto hasta Canada Health Act en 1984 que prohíbe copago.
- Pago dominante es pago-por-acto. Excepciones muy raras de pago per cápita, salario o por tiempo fijo (medio o un día).
- Autoevaluación. Se tiende a ser evaluados por sus pares.
- Un problema del sistema es la falta de coordinación y de trabajo conjunto con otros servicios. Ello hace difícil introducir el trabajo en equipo en cualquiera de sus fórmulas.
- Este sistema empresarial de trabajo tiene inconvenientes y limitaciones:

- mala distribución geográfica de los médicos;
- oferta inadecuada de algunos servicios;
- disponibilidad inadecuada de servicios en ciertas horas o días de la semana o meses;
- incertidumbre de la calidad o de la utilidad de los servicios ofrecidos;
- planificación y coordinación regional incompleta;
- ausencia de influencia de los usuarios en la forma que se organiza el servicio ofrecido;
- necesidad de desarrollo del equipo de salud con mayor participación de otros profesionales de la salud
- Papel de los médicos en el establecimiento de políticas de salud. Hay una tendencia a entregar la administración a otros que no sean médicos. El ministro de salud es raramente un médico, así como los administradores de establecimientos de salud.
- Adiestramiento de los médicos
 - Médicos alópatas. Las escuelas de medicina son alópatas en Canadá. La enseñanza se hace por especialistas. Es el gobierno el que promueve al médico de familia general.
 - Médicos osteópatas. A diferencia de Estados Unidos no hay escuelas de medicina alopáticas.
- Médicos homeópatas.
- Organización gremial de los médicos. La mayoría de los grupos profesionales tienen asociaciones nacionales y provinciales. En general las asociaciones provinciales tienen más influencia que las nacionales. En todas las provincias hay Colegio Médico y Quirúrgico (College of Physicians and Surgeons) y Asociación Médica (Medical Association). Esta última tiene a su cargo funciones de licenciamiento y disciplinaria entregadas por leyes provinciales. También proteger al público de problemas con los médicos. Funcionan como sindicato que negocia y promueve cambios en los salarios y legislación.
- Ingresos médicos. El salario de los médicos es y ha sido más alta que otros profesionales. Los que se dedican a la enseñanza y la investigación reciben salarios más bajos. Se observa también una decreciente autonomía económica de los médicos. Los médicos gozaban en el pasado de una autonomía total: -diagnóstico y terapéutica -dónde y cuándo practicar -cuántos y qué pacientes atender -cuánto y cómo cobrar. Hoy día esa autonomía ha disminuido, y aun cuando los médicos culpan a los políticos, el fenómeno se presenta en todos los países desarrollados.