

CANADÁ



0 500 1.000 km

- 1 Isla Príncipe Eduardo
- 2 Nuevo Brunswick
- 3 Nueva Escocia

Territorio Yukón

Territorios del Noroeste

Nunavut

Columbia Británica

Alberta

Saskatchewan

Manitoba

Ontario

Quebec

Terranova y Labrador

Ottawa

St. Pierre y Miquelon

Estados Unidos de América

México

La economía de Canadá experimentó cambios rápidos y profundos en los años noventa, en gran medida estimulados por la economía mundial. El crecimiento de la economía a fines de los noventa se debió principalmente a los sectores de fabricación de automóviles y alta tecnología y a los servicios de tecnología de la información y la comunicación, que se desaceleraron a partir de 2001 en beneficio de áreas por mucho tiempo relegadas, como la construcción, la salud y la educación.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2005, el crecimiento real del producto interno bruto (PIB) se mantuvo en 3%. Por las elevadas utilidades y superávit empresariales, Canadá también registró la más grande ganancia en inversiones empresariales en los últimos años. El alza de los precios de los productos y las exportaciones a su vez contribuyó al aumento de la tasa de cambio, de US\$ 0,65 por dólar canadiense a comienzos de 2003 a US\$ 0,86 a fines de 2005 (la más rápida variación de la moneda en la historia del país).

La bonanza en los sectores de la energía y la minería contribuyó a llevar el desempleo a sus tasas más bajas en 30 años, especialmente en el oeste del país. Si bien otras regiones no se beneficiaron tanto, hubo alguna mejora de la situación. En Quebec, el desempleo llegó a un mínimo de 8,3% en 30 años, mientras que en Ontario el empleo aumentó 1,3%, con una tasa de desempleo que solo superó en un punto la marca mínima de 5,8% alcanzada en 2000.

El tamaño de la economía de Canadá le ha permitido resistir repetidas sacudidas en los últimos años, entre ellas la caída de la bolsa entre 2000 y 2002, los ataques terroristas en los Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001 y la reciente alza de la tasa de cambio y los precios de los energéticos.

Sin embargo, algunos problemas importantes de salud, como la epidemia de SARS o la crisis de la enfermedad de las vacas locas, han tenido pocas repercusiones en la economía.

En 2002, Canadá respaldó un acuerdo para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, definidos en el Consenso de Monterrey. Los países en desarrollo asumieron la responsabilidad básica de alcanzar los objetivos, mientras que los países industrializados, entre ellos Canadá, se comprometieron a apoyar a los países en desarrollo mediante la cooperación, el comercio y el alivio de la carga de la deuda. Entre los indicadores más destacados de Canadá, según informes de las Naciones Unidas, están los siguientes: la matrícula escolar neta para ambos sexos aumentó de 97,0% en

1999 a 99,5% en 2001 (de 97,0% a 99,7% para las niñas y de 96,9% a 97,3% para los varones); la participación de las mujeres en el empleo asalariado en sectores no agrícolas se incrementó de 48,8% en 2001 a 49,4% en 2004; el porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el parlamento nacional ha permanecido estable desde 2001, en 20,6%; el porcentaje de niños vacunados contra el sarampión disminuyó de 96% en 2001 a 95% en 2004; el porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años de edad que usaban métodos anticonceptivos ha permanecido en 75% en el período examinado; la proporción de la población que cuenta con abastecimiento de agua corriente y saneamiento era de 100% en las zonas urbanas y de 99% en las rurales, y la asistencia oficial neta al desarrollo como porcentaje del producto interno bruto se redujo de 0,25% en 2004 a 0,24% en 2005.

Las actividades de promoción de la salud buscan mejorar la salud de toda la población y reducir las desigualdades en materia de salud entre los diferentes grupos (1).

El crecimiento económico en 2001–2004 ha contribuido a mejorar las condiciones de las familias y los individuos de bajos ingresos. Menos de 8% de las familias constituidas por dos o más personas tenían ingresos bajos en 2004, lo cual representa una disminución con respecto a 1999 (menos de 10%). Aproximadamente 36% de las familias encabezadas por mujeres solas tenían bajos ingresos en 2000, frente a 39% cinco años antes. El porcentaje de niños de familias de bajos ingresos también ha disminuido desde 1996 y en 2001 alcanzó su valor más bajo (12%) desde 1980. En el cuadro 1 se puede observar el porcentaje de familias por debajo del límite de bajos ingresos según el tipo de familia, en 1996, 1998, 2000 y 2002–2004. No obstante, desde 2001 el porcentaje de niños de familias de bajos ingresos ha permanecido esencialmente sin cambios (menos de 13% en 2004).

La distribución de los ingresos familiares ha mostrado un aumento en la desigualdad de ingresos disponibles. Desde 1995 a 2004, el ingreso medio de las familias en el quintil económico más alto aumentó en aproximadamente 26%. No obstante, el incremento de los ingresos de las familias en el quintil económico más bajo ha sido más modesto (de un poco menos de 13%). La

CUADRO 1. Porcentaje de familias por debajo del límite de bajos ingresos según tipo de familia, Canadá, 1996, 1998, 2000 y 2002–2004.

Tipo de familia	Año					
	1996	1998	2000	2002	2003	2004
Familias constituidas por dos o más personas	12,1	10,1	9,0	8,6	8,5	7,8
Familias constituidas por personas mayores	3,3	3,9	3,1	2,9	2,7	2,1
Parejas jóvenes sin hijos	8,4	6,7	6,9	7,1	6,6	6,2
Familias constituidas por ambos padres e hijos	10,8	8,5	8,3	6,5	6,7	6,7
Familias encabezadas por mujeres solas	52,7	42,9	36,3	39,4	38,8	35,6
Solteros	37,3	35,1	32,9	29,5	29,6	29,6

brecha en dólares entre esos dos grupos se incrementó 30% entre 1995 y 2004 (2).

Hay disparidades importantes en materia de salud. Entre los hombres canadienses que viven en las ciudades, los que están en el quintil de ingresos más altos viven cinco años más que los que están en el quintil de ingresos más bajos, y la probabilidad de morir por cardiopatía es de menos de 25%. Estas desigualdades en materia de salud están distribuidas en forma diferencial entre grupos específicos de población (como los indígenas), según el sexo, la posición socioeconómica, la escolaridad y los ingresos, la ubicación geográfica y otros marcadores de desventaja o desigualdad de oportunidades (3).

Las desigualdades en materia de salud afectan más a los indígenas del quintil socioeconómico más bajo. Como sufren enfermedades o lesiones más graves con mayor frecuencia, las personas del quintil de ingresos más bajos utilizan los servicios de atención de salud aproximadamente dos veces más que las personas del quintil de ingresos más altos. Alrededor de 20% del gasto total en atención de salud puede ser atribuido a disparidades en los ingresos. En contraste, las familias con ingresos medios representan 8,1% del gasto total en atención de salud (4).

Las mujeres también sufren una incidencia más elevada de la pobreza, y este factor social provoca un mayor riesgo para la salud. Las madres solteras están expuestas a un riesgo particular, ya que la gran mayoría de ellas tienen bajos ingresos (81% frente a 15% de las que tienen un compañero); más de la mitad sufren inseguridad alimentaria (54% frente a 10%) y 40% de las madres solteras y 7% de las que tienen compañero son víctimas de la violencia (4).

Los canadienses que residen en zonas rurales son más propensos a tener peores condiciones socioeconómicas, un nivel de escolaridad más bajo y comportamientos menos saludables. Hasta los 64 años de edad, los riesgos de mortalidad por todas las causas eran más altos en las zonas rurales que en las urbanas (5).

Canadá ha sido afectado por diversos desastres durante el período examinado, como incendios forestales, un huracán y severas tormentas invernales. La frecuencia de las inundaciones también está aumentando en el país. La nieve derretida causa alrededor de 40% de todas las inundaciones, si bien estas también

son provocadas o agravadas por lluvias intensas, acumulación de hielo, deshielo de glaciares, tormentas costeras, maremotos, ciclones y huracanes.

Los contaminantes atmosféricos más comúnmente medidos en Canadá incluyen el ozono a nivel del suelo, las partículas en suspensión, el monóxido de carbono, el bióxido de azufre y los óxidos de nitrógeno. Según 73% de los canadienses, la contaminación del aire y el agua es el riesgo más importante para la salud.

La Asociación Médica Canadiense estimó que en 2005 hubo 5.800 muertes prematuras causadas por la contaminación atmosférica en Notario, y previó que esa cifra se incrementaría a 10.000 para 2026, a menos que se tomaran medidas efectivas para reducir el smog. En 2005 se estimó que los gastos ocasionados por la contaminación atmosférica en Ontario ascendieron a más de Can\$ 1.000 millones en gastos directos de atención de salud y pérdida de la productividad. En 2004 se estimó que la contaminación atmosférica en Columbia Británica causaba cada año entre 140 y 400 muertes prematuras, entre 700 y 2.100 internaciones hospitalarias y entre 900 y 2.750 consultas de urgencia.

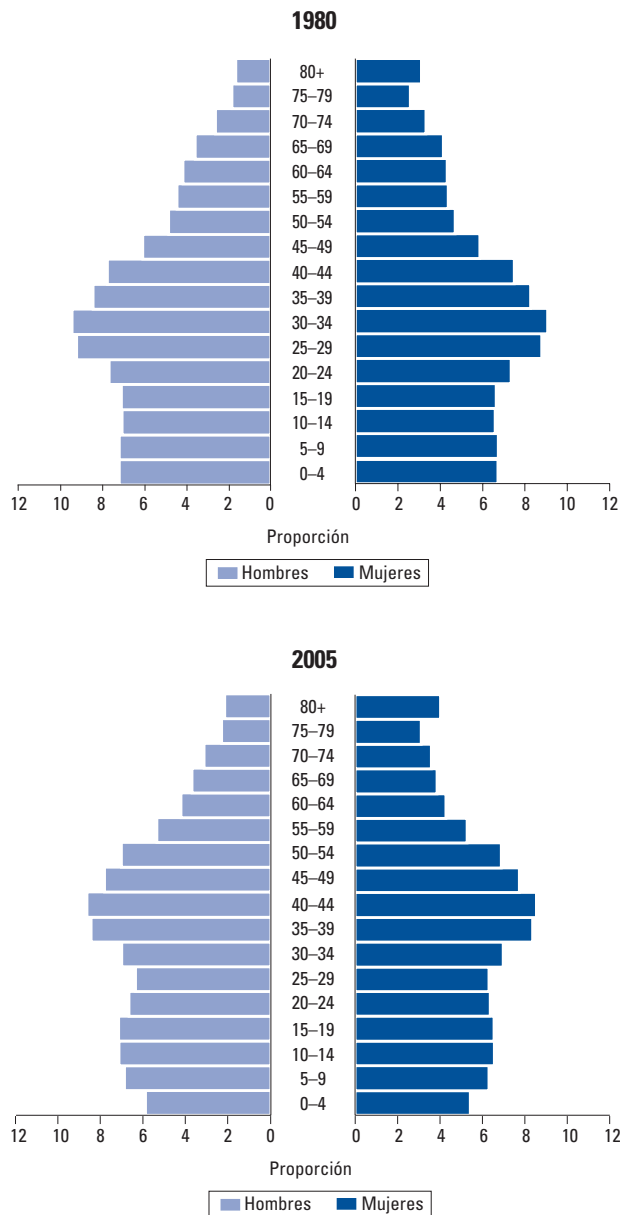
La exposición más elevada a contaminantes orgánicos persistentes suele afectar a los habitantes del norte del país. Los indígenas tienden a sufrir una mayor exposición porque consumen alimentos tradicionales que contienen concentraciones elevadas de contaminantes, como el mercurio. Se han encontrado concentraciones de mercurio considerablemente más altas en la sangre de madres de comunidades inuit que en la de mujeres caucásicas, denes o metis.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Hay por lo menos cuatro factores principales que influyen en el suministro de servicios de salud: el envejecimiento de la población; las diferencias en las necesidades de servicios de salud de las poblaciones de zonas urbanas, rurales y remotas; la diversidad cultural resultante de altas tasas de inmigración, y la salud de los pueblos indígenas (6).

En 2003, las personas de 65 años y más constituían 12,8% de la población; en 1970, el porcentaje era de 7,9% y se prevé que este grupo de edad representará 20% de la población en 2025. En

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Canadá, 1980 y 2005.



la figura 1 se muestra la estructura de la población por edad y sexo en 1980 y 2005.

La tasa global de fecundidad disminuyó de 2,3 hijos por mujer en 1970 a aproximadamente 1,5 en 2002, y la tasa de natalidad se redujo de 17,5 por 1.000 habitantes a 10,7 en esos mismos dos años (6).

Según los datos del Departamento de Agricultura y de Agri-Food Canada, 79,4% de los canadienses vivían en zonas urbanas con una población de 10.000 o más habitantes en 2001, lo cual re-

presenta un aumento con respecto al 78,5% observado en 1996; el resto vivía en zonas predominantemente rurales, y en los tres territorios del norte y las cinco provincias, más de la mitad de sus habitantes residían en regiones predominantemente rurales (7). Los sectores de la población que viven en zonas rurales, lejos de un centro metropolitano, plantean enormes retos para el suministro de atención en salud en términos de alcance, calidad y costo de los servicios ofrecidos. Los canadienses de esas regiones tienen un estado de salud inferior y mayor dificultad para acceder aun a servicios de atención primaria y, mucho menos, servicios especializados (6).

La gran inmigración después de la Segunda Guerra Mundial también ha creado una población culturalmente diversa. Según el censo de 2001, 18,4% de los residentes no nacieron en el país y la mayoría de ellos vinieron de países no anglófonos y no francófonos. La mayoría de los inmigrantes recientes provienen de países no europeos y no hablan inglés o francés como primer idioma.

Entre 2002 y 2004 hubo un gran movimiento de canadienses e inmigrantes nuevos, y la población de la mayoría de las provincias y territorios aumentó gracias a la inmigración. En relación con su población, Ontario registró el más grande aumento neto (10,4 inmigrantes nuevos por 1.000 habitantes), lo que representó un total de 127.300 residentes nuevos. Le siguen Columbia Británica, con un aumento neto de 10,2 y Alberta, con un aumento neto de 8,3. Nunavut registró la mayor disminución neta de su población al perder 5,1 residentes por 1.000 habitantes, si bien las cantidades absolutas fueron pequeñas.

De las áreas metropolitanas censadas, Toronto tuvo el más alto ingreso neto de personas, seguido de Vancouver y Montreal. Estas tres áreas metropolitanas atrajeron a alrededor de tres cuartas partes de los inmigrantes internacionales. Aproximadamente el 65% de las personas que se trasladaron a Toronto en 2003-2004 provenían del extranjero, al igual que 50% de las que se trasladaron a Vancouver y 48% de las que se trasladaron a Montreal. Sin estos inmigrantes, habría habido un éxodo de personas en los últimos años en esos centros urbanos. La concentración de la población en las ciudades más grandes ha causado que los establecimientos de atención de salud se hayan visto apremiados para prestar servicios que superen las barreras lingüísticas y culturales (8).

En 2001, los canadienses que señalaron que tenían ascendientes indígenas constituían 4,4% de la población total del país. Casi 50% de los indígenas¹ canadienses son integrantes reconocidos

¹La mayor parte de la información proporcionada se refiere a las poblaciones de las Primeras Naciones y los Inuit, que están bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de Canadá. La población indígena total de Canadá, a menos que se especifique en el texto, no está incluida en los datos contenidos en esta publicación.

El término "Primeras Naciones" se usa en Canadá para referirse a los indígenas que habitaban lo que ahora es el territorio canadiense y sus descendientes, sin incluir a las comunidades inuit (esquimales) y los metis (mezcla racial, descendientes de indígenas y europeos). El conjunto de todos estos pueblos indígenas reciben el nombre de aborígenes.

de las Primeras Naciones, que viven dentro o fuera de reservas. Otro 26% son indígenas sin derecho a los beneficios que otorga la Ley y muchos de ellos están concentrados en zonas urbanas; alrededor de 30% de estos indígenas son Metis que viven en el oeste de Canadá, y 5% son Inuit, que viven en las regiones árticas canadienses (6). Aproximadamente 45% de los integrantes de las Primeras Naciones tienen menos de 20 años de edad.

Los indicadores de salud de los indígenas han estado mejorando en los últimos 20 años, por ejemplo, la esperanza de vida y la mortalidad infantil. No obstante, los indígenas sufren en forma desproporcionada enfermedades crónicas y trastornos como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, tuberculosis, infección por el VIH y síndrome de alcoholismo fetal. Según los datos de 2004 del Instituto Canadiense de Información Sanitaria, la tasa de mortalidad por lesiones e intoxicaciones entre los integrantes de las Primeras Naciones y los Inuit es cuatro veces más alta que en la población general de Canadá.

La esperanza de vida de las mujeres indígenas es de 5,2 años menos que el promedio nacional y los hombres indígenas pueden esperar vivir 7,4 años menos que el promedio nacional. Si bien representan solo 2% de la población total de Canadá, 7,2% de los casos nacionales de infecciones por VIH/sida se registraron en los integrantes de las Primeras Naciones. La incidencia de la diabetes también es de tres a cinco veces más elevada que el promedio nacional, y la tasa de suicidios entre indígenas jóvenes de 10 a 19 años de edad es 4,3 veces más alta que en el resto de los habitantes; entre los Inuit, es once veces más alta en todos los grupos de edad.

Los determinantes sociales de la salud más amplios, como la pobreza relativa y la marginación, son factores importantes que conducen a resultados de salud más deficientes en los indígenas y a la consiguiente mayor utilización de los servicios públicos de salud (6).

En 2004, la tasa bruta de natalidad alcanzó su valor mínimo, a pesar de un segundo aumento sucesivo del número de nacidos vivos. La tasa bruta de natalidad fue de 10,7 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 2003 y de 10,5 en 2004. Las tasas parecen haberse estabilizado y la tasa bruta de natalidad fluctúa entre 10,5 y 10,7 desde el comienzo del nuevo milenio.

El número de nacimientos aumentó en cinco de 13 jurisdicciones: Alberta, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Yukón. Labrador y Terranova tuvieron la mayor disminución relativa de nacimientos (-3,0%), similar a la reducción media anual de 2,8% en el número de nacimientos en los años noventa.

Las tendencias en la emigración de una provincia a otra y el ingreso de inmigrantes internacionales tienen un importante efecto sobre el número de nacimientos en las provincias. En Labrador y Terranova por ejemplo, la emigración a otras provincias, especialmente de hombres y mujeres de 20 a 29 años de edad, contribuyó a la disminución de los nacimientos, lo cual no ha sido contrarrestado por una inmigración proveniente del extranjero o de otras provincias.

Las inmigrantes tienen tasas de fecundidad más altas en comparación con las mujeres nacidas en Canadá, pero, en la segunda generación, las tasas descienden al nivel de las observadas en las mujeres nacidas en Canadá.

Las mujeres están retrasando la edad de la maternidad cada vez más en Canadá. En 2004, las mujeres de 24 años o menos constituían 20,6% del total de mujeres que tuvieron hijos ese año, cifra que equivale a la mitad del porcentaje de 40,7% observado en 1979. La mayoría de los partos corresponden a mujeres de 25 a 34 años de edad, y este grupo de edad representó 62,1% del total de partos en 2004 y 54,7% en 1979. En 2004, la edad media de las mujeres que daban a luz en Canadá era de 29,7 años.

El porcentaje de todos los partos de mujeres de más edad (35 años y más) casi cuadruplicó el porcentaje observado en la generación anterior. Estas madres representaron 17,2% de todos los partos en 2004, casi cuatro veces el porcentaje de 4,6% observado 25 años antes. La inmigración contribuye a una mayor edad en la maternidad. La edad media de las madres que tuvieron partos en la provincia o territorio en los cuales nacieron fue de 29,0 años en 2004, de 30,1 entre las inmigrantes canadienses y de 31,1 entre las inmigrantes internacionales. Los inmigrantes tienden a postergar el matrimonio y los hijos hasta que se establecen e integran a las redes sociales.

Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la tasa global de fecundidad se mantuvo en 1,53 niños por mujer en 2004 y 2003. La tasa mínima de fecundidad se registró en 2000 (1,49 niños por mujer).

Según Estadísticas Canadá, más de un tercio (34,7%) de los niños nacidos de mujeres canadienses de 30 años y más en 2004 fueron primeros hijos.

En 2003, la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres llegó a su valor máximo de 79,9 años (82,4 años para las mujeres y 77,4 para los hombres). La mayor diferencia en la esperanza de vida de los hombres y las mujeres en los últimos 25 años se observó en 1979 (7,4 años). De 1979 a 2003, la diferencia se redujo (la esperanza de vida de los hombres aumentó 6,0 años mientras que la de las mujeres aumentó solo 3,6). En 2003, la esperanza de vida para ambos sexos fue más alta en las provincias de Columbia Británica y Ontario.

El número de defunciones ha aumentado como resultado de una población creciente que está envejeciendo; entre 2002 y 2003, la cifra aumentó 1,2%. En esos mismos años, la población creció 1,0%. El número de defunciones aumentó en todas las provincias y territorios, excepto en la Isla Príncipe Eduardo, Quebec y Yukón.

En 2003, la esperanza de vida aumentó en las personas de 65 años, tanto hombres como mujeres. En promedio, los hombres de esa edad podrían esperar vivir 17,4 años más, y las mujeres, 20,8 años más; en 2002, las cifras fueron de 17,2 para los hombres y 20,6 para las mujeres. La diferencia entre ambos sexos permaneció sin cambio (3,4 años). Como se podrá ver en la sección siguiente, la reducción de la mortalidad infantil es un claro indica-

del excelente estado de la atención de salud en el país. No obstante, como también se verá, las tasas de mortalidad infantil varían considerablemente dentro de las fronteras de Canadá.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 5,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2002 a 5,3 en 2003. Esta reducción se debió a un menor número de defunciones entre los lactantes de 7 a 364 días de edad (668 defunciones en 2003 y 696 en 2002); la tasa de mortalidad de este grupo varió de 2,1 por 1.000 nacidos vivos a 2,0.

Las tasas de mortalidad en los lactantes de menos de 1 día de edad y de los lactantes de 1 a 6 días de edad permanecieron sin cambios con respecto a las cifras del año anterior (2,5 y 0,7 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). La tasa de mortalidad de lactantes varones fue de 5,7 por 1.000 varones nacidos en 2003, mientras que la tasa para las mujeres fue de 4,8.

Las tasas de mortalidad infantil son sustancialmente más elevadas en el norte y en las regiones habitadas por poblaciones indígenas. Nunavut, la provincia ártica más reciente de Canadá, tuvo la tasa más elevada de mortalidad infantil, con un promedio de 14,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos entre 1999 y 2003. Columbia Británica presentó la tasa más baja, con un promedio de 4,08 en el mismo período. Esto refleja los ingresos relativamente bajos y la dificultad del acceso a los recursos de salud en las regiones septentrionales. Los centros urbanos en general presentan una incidencia de mortalidad infantil más baja que la de las zonas rurales.

Las principales causas de muerte de lactantes en 2003 fueron las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita del lactante y el bajo peso al nacer, con las complicaciones asociadas. Las anomalías congénitas provocaron una proporción considerable (46%) de la morbilidad y la mortalidad infantiles, así como de la mortalidad fetal. La salud perinatal y del lactante ha mejorado grandemente con la introducción de medidas preventivas tales como el enriquecimiento de los alimentos con ácido fólico, la promoción del consumo de multivitaminas con ácido fólico en el período previo y posterior a la concepción, la inmunización contra la rubéola antes del embarazo, y las intervenciones para reducir el consumo de bebidas alcohólicas y drogas durante la gestación.

Los niños de las Primeras Naciones tienen más probabilidad de nacer antes de término, pero pueden pesar más al nacer, en comparación con los lactantes que no pertenecen a las Primeras Naciones, como los de las zonas rurales y urbanas del país. Además, las tasas de mortalidad de lactantes en las Primeras Naciones en 2003 fueron más del doble de las observadas en los lactantes no pertenecientes a ellas. Las tasas de mortalidad postnatal fueron 3,6 veces más elevadas.

Según el Programa de Prevención y Notificación de Lesiones en los Hospitales Canadienses, en 2002 fueron tratados por lesiones 25.796 niños de 1 a 4 años de edad. La causa más frecuente se vinculó con juegos o actividades (43% del total de tratamientos y hospitalizaciones); el 67% de esas lesiones se produjeron en el hogar.

Los datos de la Encuesta Longitudinal Nacional de Niños y Jóvenes muestran que en 1994–1995, 42% de los niños de 6 meses a 5 años de edad iban a algún tipo de guardería infantil. En los seis años siguientes, la tasa de niños que asistían a guarderías infantiles aumentó continuamente hasta llegar a más de la mitad de los niños (53%) en 2000–2001.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los niños de 5 a 9 años de edad constituyen 5,8% de la población (963.000 niños y 919.300 niñas).

Las principales causas de muerte en los niños en edad escolar son las lesiones y el cáncer. Las lesiones provocaron casi la mitad de los casos notificados de morbilidad en este grupo. Las defunciones por accidentes de transporte terrestre se redujeron y en 2004 se registraron 79 defunciones de niños de 5 a 14 años (una disminución con respecto a los 120 casos notificados en 2000). Las tasas de incidencia de tumores malignos en los niños han permanecido estables en los últimos 18 años y los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en este grupo de edad son la leucemia (3,8 casos nuevos por 100.000 niños al año), los tumores cerebrales (2,9 por 100.000) y los linfomas (1,4 por 100.000).

Los niños y los jóvenes son víctimas de agresiones sexuales en una medida desproporcionada. Si bien esos grupos representan solo 21% de la población, seis de cada 10 agresiones sexuales notificadas a la policía involucran a un niño o a un joven. Los niños de 5 a 9 años también fueron víctimas de 21% del total de agresiones físicas y de 17% de los demás delitos que implican violencia o amenaza de violencia notificados a la policía en 2003.

Las alergias alimenticias son un importante problema de salud que afecta predominantemente a los niños. Hasta 8% de los niños canadienses sufren este tipo de alergias.

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

A pesar de que en 2000–2001 la mayoría de los adolescentes canadienses consideraban que gozaban de una salud “muy buena” o “excelente”, según un estudio del gobierno realizado en 2003 casi uno de cada tres jóvenes de 12 a 17 años de edad calificaba su salud como “apenas buena”.

Los adolescentes que consideraban que tenían una salud mala, regular o buena tenían una probabilidad mayor de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, ser obesos, o no pertenecer a familias de altos ingresos. Cuanto más bajo era el nivel educativo en la familia del adolescente, mayor probabilidad había de que este calificara peor su propia salud.

La percepción de la propia salud en los varones tendía a ser mejor que en las niñas. Según los datos de una encuesta sobre salud comunitaria, las percepciones de las niñas acerca de su salud se volvían menos favorables en la adolescencia media y tardía. A la edad de 12 a 14 años, 73% de los varones y las niñas señalaron que gozaban de una salud excelente o muy buena. Sin embargo, entre los 15 y 17 años, si bien el porcentaje de varones que señalaban que su salud era muy buena o excelente siguió siendo el mismo, el porcentaje de niñas que así lo señalaron disminuyó a 66%.

Se ha indicado que la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido tanto entre los hombres como entre las mujeres de todos los grupos de edad, pero la reducción más marcada se observó entre los jóvenes de 12 a 17 años (de 14% en 2000–2001 a 10% en 2003 y a 8% en 2005). Esta reducción se debe principalmente al menor número de jóvenes que comienzan a fumar. En 2000–2001, 73% de los jóvenes indicaron que nunca habían fumado cigarrillos. En 2005, el porcentaje había llegado a 82%. Como resultado, puede haber otras disminuciones en el porcentaje de fumadores en los grupos de más edad a medida que los jóvenes de hoy lleguen a la edad adulta.

Alrededor de 12% de los varones y 13% de las niñas señalaron que habían tenido relaciones sexuales antes de los 14 ó 15 años de edad. En 2003, 28% de los jóvenes de 15 a 17 años informaron que habían tenido relaciones sexuales por lo menos una vez. En el grupo de 20 a 24 años, el porcentaje fue de 80%. Alrededor de tres de cada 10 jóvenes que habían tenido relaciones sexuales con múltiples compañeros en el año anterior no habían usado condones la última vez que mantuvieron relaciones. Las relaciones sin protección eran aún más comunes en los grupos de más edad (casi 44% de los jóvenes de 20 a 24 años sexualmente activos señalaron que habían tenido relaciones sin condones, frente a 33% de los adolescentes de 18 a 19 años y 22% de los de 15 a 17 años).

El 4% de los jóvenes de 15 a 24 años que habían tenido relaciones sexuales por lo menos una vez, indicaron que se les había diagnosticado una infección de transmisión sexual. Es probable que esta cifra sea más alta, posiblemente a causa de la ausencia de síntomas o de la no percepción de la enfermedad. Las primeras relaciones a edad temprana también aumentaron el riesgo. Los jóvenes que dijeron que habían tenido relaciones sexuales antes de los 13 años tenían una probabilidad dos veces mayor de sufrir una infección de transmisión sexual que los que habían tenido relaciones a una mayor edad.

El 26% de los varones y 31% de las niñas notificaron que habían fumado cigarrillos a los 12 ó 13 años de edad y más de una cuarta parte indicó que habían tenido relaciones sexuales en los dos años anteriores a la encuesta.

El consumo de marihuana era muy frecuente entre los jóvenes y alcanzaba su máximo en la adolescencia tardía. Alrededor de cuatro de cada 10 adolescentes de 18 a 19 años señalaron que habían consumido marihuana o hachís en el último año. Entre los adolescentes de 15 a 17 años, la proporción era de tres cada 10.

Salud de los adultos (20–64 años)

Los adultos de 20 a 64 años representan el porcentaje más grande de la población de Canadá y las características de mortalidad y morbilidad en este grupo varían mucho. Los adultos canadienses presentan tasas de suicidio mucho más altas que los grupos más jóvenes. En 2002 se registraron un promedio de 282 suicidios entre las personas de 20 a 34 años, mientras que entre las personas de 35 a 54 años, el promedio era de 438.

En 2004, 23% de los adultos canadienses eran obesos y otro 36% (8,6 millones de personas) tenían sobrepeso. Todas estas personas tendían a pasar su tiempo libre de manera sedentaria y no comían con frecuencia verduras y frutas. Los adultos obesos estaban expuestos a un mayor riesgo de hipertensión, diabetes y cardiopatías. Las tasas de sobrepeso y obesidad varían según los ingresos, pero la relación es diferente cuando se desglosan los datos por sexo. Según la información proporcionada en 2004 por el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, extraída del informe *Improving the Health of Canadians* (Mejorar la salud de los canadienses), las probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad aumentan según los ingresos en los hombres (61% de los hombres con ingresos anuales de Can\$ 80.000 o más tenían sobrepeso o eran obesos, frente a 49% de los hombres con ingresos de Can\$ 15.000 o menos). Sin embargo, se observa la tendencia opuesta entre las mujeres, ya que solo 34% de las mujeres con ingresos de Can\$ 80.000 o más tenían sobrepeso o eran obesas, frente a 43% en la categoría más baja de ingresos.

Hubo diferencias también entre los hombres y las mujeres en cuanto a los hábitos vinculados con la salud. Las mujeres tenían en cuenta la salud general, el peso y las enfermedades específicas al elegir los alimentos que ingerían. En un estudio efectuado en 2004 por Salud Canadá, 80% de las mujeres se preocupaban por mantener o mejorar su salud mediante la elección de alimentos, frente a 63% de los hombres. Mientras que 59% de las mujeres tenían en cuenta su peso al seleccionar sus alimentos, apenas 41% de los hombres lo hacían. Alrededor de 48% de las mujeres tenían en cuenta la relación entre los alimentos y las enfermedades del corazón, frente a solo 38% de los hombres.

Los individuos de 45 a 64 años de edad en general gozaban de una mejor salud que los que estaban en el mismo grupo de edad hacía dos decenios, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población 1998–1999 y la Encuesta sobre la Salud en Canadá 1978–1979.

En los últimos 20 años, la prevalencia de artritis o reumatismo, hipertensión, cardiopatías y bronquitis o enfisema ha disminuido en este grupo de edad. Esas tendencias indican que los esfuerzos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, sumados a los mejores tratamientos han contribuido a mejorar la salud en este grupo.

Según los datos de la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2003, los adultos que vivían en zonas rurales tenían más dificultad en encontrar un médico que los que vivían en zonas urbanas (aproximadamente 5,5% de las personas en

Impulsar la salud entre las Primeras Naciones y los Inuit en Canadá

El Gobierno de Canadá, por conducto de Salud Canadá, está trabajando activamente para cerrar las brechas de salud entre los pueblos indígenas del país y el resto de la población canadiense. A pesar del avance significativo observado en el sector salud, las tasas de mortalidad infantil entre las Primeras Naciones y los Inuit son de dos a tres veces más altas que en la población general. Con la finalidad de reducir las inequidades de salud, la División de Salud Canadá para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit procura conseguir que estas comunidades tengan acceso adecuado a los servicios de salud. Al crear alianzas fuertes con las Primeras Naciones y los Inuit, la División combate más eficazmente las amenazas de enfermedades y ayuda a derribar las barreras a la salud.

zonas rurales y 4,5% en zonas urbanas). De los 1,2 millones de personas que en 2003 señalaron que no habían podido encontrar un médico, 273.000 vivían en zonas rurales y 965.000, en zonas urbanas.

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

En 2005, 74% de los adultos mayores estimaban que su salud era buena, muy buena o excelente; en 2000, el porcentaje era de 70%. Las personas de edad con un nivel de educación más alto presentaron menos problemas de salud.

No obstante, los aproximadamente cuatro millones de canadienses de 65 años y más que representan 13% de la población total, son usuarios asiduos del sistema de salud del país. Una tercera parte de las hospitalizaciones y más de la mitad de los días de estancia en un hospital corresponden a las personas de edad. Según la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2003, 88% de los adultos mayores habían consultado a un médico general o un médico de familia por lo menos una vez durante el año anterior a la encuesta, frente a 76% de las personas de 12 a 64 años de edad. Además, 92% de los adultos mayores señalaron que habían tomado por lo menos un tipo de medicamento en el mes anterior, 14% señalaron que habían sido hospitalizados en el último año y 15%, que habían recibido atención domiciliaria.

Salud de la familia

Las tasas de pobreza infantil dependen de las tasas de pobreza de los padres y tienden a aumentar o disminuir si las condiciones económicas se deterioran o mejoran. Las familias de bajos ingresos viven con ingresos considerablemente inferiores al promedio. En 1991, los ingresos medios de las parejas de bajos ingresos con hijos menores de 18 años eran de Can\$ 18.800 (32% del ingreso medio de Can\$ 58.761 de las parejas con hijos menores de 18 años). En 1996, los ingresos medios de las parejas de bajos ingresos con hijos fueron de Can\$ 19.915 (31% de los ingresos medios de Can\$ 63.981 de las parejas con hijos).

Si bien ha disminuido el porcentaje de familias encabezadas solo por el padre o la madre en edad de trabajar que vivían en la pobreza, el aumento del porcentaje y el número de familias encabezadas solo por el padre o la madre ha contrarrestado los avances en la reducción de la pobreza. En 1975, 8,7% de los niños menores de 7 años pertenecían a familias encabezadas solo por el padre o la madre; en 1992, casi un millón de niños menores de 7 años (14,7%) pertenecían a familias de ese tipo.

La decisión del gobierno federal de extender la licencia por maternidad o paternidad de 10 semanas a 35 (para las personas con derecho a obtenerla por el seguro del empleo) ha tenido un marcado efecto en la familia. En 2001, las madres empleadas pudieron gozar de prestaciones por maternidad durante 10 meses, un aumento con respecto a los 6 meses que se otorgaban en el año 2000. Los padres se involucran cada vez más; en el año 2000, 3% de los hombres que trabajaban utilizaron la licencia por paternidad, frente a 10% en 2001.

Según el censo realizado a comienzos de 2001, en los últimos 20 años han ocurrido muchos cambios en las familias. La proporción de familias “tradicionales” (constituidas por la madre, el padre y los hijos) continúa decreciendo mientras que aumentan las familias sin hijos en el hogar.

En 2001, los matrimonios consensuales o legalmente casados con hijos de 24 años o menos de edad que vivían en el hogar representaban solo 44% de las familias. En 1991, constituían 49% del total de familias y en 1981, más de la mitad (55%).

Existen diversos factores que influyen en la modificación de las condiciones de las familias, entre los que están las tasas más bajas de fecundidad y los porcentajes crecientes de parejas que postergan la procreación o no tienen hijos, así como el aumento de la esperanza de vida, lo cual permite que las parejas pasen una mayor parte de sus vidas juntos y sin los hijos una vez que estos crecen y abandonan el hogar.

Por primera vez, el censo de 2001 proporcionó datos sobre parejas del mismo sexo. Se registraron 34.200 parejas consensuales del mismo sexo (0,5% del total de parejas). Era ligeramente mayor el número de parejas consensuales constituidas por varo-

nes (19.000 parejas o 55% del total de parejas del mismo sexo). Alrededor de 15% de las 15.200 parejas del mismo sexo integradas por mujeres tenían hijos que vivían con ellas, frente a solo 3% de las parejas del mismo sexo constituidas por varones.

Salud de los trabajadores

Alrededor de 25% de los trabajadores señalaron que sufrían altos grados de estrés en sus vidas cotidianas. Tanto para los hombres como para las mujeres, los grados medios de tensión en el trabajo en 2002 fueron considerablemente inferiores a los de 1994–1995. En 2002, 19% de los hombres estaban clasificados como personas con una ocupación que implicaba un alto grado de estrés, porcentaje que representó una disminución con respecto al 23% observado anteriormente. Fue aun mayor la disminución en el caso de las mujeres (de 35% a 27%).

Según la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2002, un poco más de un millón de adultos de 18 años y más de edad habían experimentado un episodio de depresión grave en el año anterior a la encuesta. En los trabajadores de ambos sexos, el estrés intenso dentro y fuera del trabajo se asoció con depresión. Los hombres que realizan trabajos que implican un estrés elevado tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de haber experimentado depresión que los que realizaban trabajos con poco estrés. Cuando se consideraron diversas fuentes de estrés simultáneamente con otras influencias posibles, la tensión laboral elevada se asoció con depresión en los hombres, pero no en las mujeres.

Salud de las personas con discapacidad

En 2005, 30% de los canadienses de 12 años y más sufrían limitaciones en cuanto a su participación y actividad, mientras que en 2000–2001 el porcentaje era de 22%. El 31% de las mujeres y 28% de los hombres notificaron limitaciones. A medida que aumentaba la edad, el porcentaje de personas con alguna discapacidad era mayor (de 17% en los niños de 12 a 14 años de edad a un máximo de 63% en las personas de 75 años y más).

El 44% de las personas con discapacidades y 19% de las que no tienen ninguna no participan en el mercado laboral. Las personas con discapacidades pueden tener ingresos laborales más bajos. Según los datos de una encuesta sobre la dinámica del trabajo y los ingresos realizada en 2004, los ingresos laborales medios de las personas con discapacidades eran de Can\$ 31.700, y los de las personas sin discapacidades, de Can\$ 36.100.

Salud de los grupos étnicos

Las diferencias entre las condiciones sociales, económicas y ambientales de los indígenas y la población canadienses influyen en la salud. En Nunavut, el promedio de vida de las mujeres es de 12 años menos que el promedio general de las mujeres canadienses; en el caso de los hombres, la diferencia es de 8 años. Las tasas

de mortalidad infantil en los integrantes de las Primeras Naciones que viven en reservas y los Inuit son de dos a tres veces más altas que el promedio general en Canadá.

En 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacer en las poblaciones indígenas era de 68,9 años para los hombres y de 76,6 años para las mujeres. Estas cifras representan diferencias de 8,1 años y 5,5 años, respectivamente, con respecto a las esperanzas de vida de la población canadiense en general en 2001. En 2005, la esperanza de vida era de 5,2 años menos para las mujeres indígenas y de 7,4 años menos para los hombres indígenas, en comparación con los promedios nacionales.

Las tasas de mortalidad por cáncer entre los integrantes de las Primeras Naciones son más bajas que las observadas en la población canadiense en general, con excepción del cáncer de próstata. Las tasas de infarto agudo de miocardio en las Primeras Naciones casi duplican las cifras comparables en la población canadiense en general.

Entre 1981 y 2000, las tasas de mortalidad infantil disminuyeron 64% entre los integrantes de las Primeras Naciones que vivían en zonas rurales y 47% entre los que vivían en zonas urbanas. La mortalidad infantil más elevada en las Primeras Naciones fue principalmente resultado de una mortalidad postnatal más alta, en particular por defunciones provocadas por causas prevenibles, como el síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones y causas externas. Esto indica la necesidad de mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida de los indígenas.

En septiembre de 2000, los primeros ministros provinciales de Canadá determinaron que el desarrollo infantil temprano sería una nueva prioridad social a nivel federal, provincial y territorial, y reconocieron la importancia de los primeros años del niño para obtener resultados a largo plazo. Las medidas incluyen la promoción del embarazo, del parto y de la infancia saludables, mayores apoyos a la familia, conocimiento y cuidado del desarrollo infantil temprano y más apoyos comunitarios.

Se ha elaborado el marco del programa de salud materno-infantil para las Primeras Naciones en colaboración con la Asamblea de las Primeras Naciones, con el fin de mejorar la salud de las embarazadas y las familias con hijos pequeños que viven en las reservas. Los servicios integrales del programa de salud materno-infantil incluyen visitas domiciliarias por enfermeras y madres con experiencia de la comunidad durante el embarazo, el período posterior al parto y la primera infancia; vínculos con servicios para los niños y las familias con necesidades especiales, y exploración de oportunidades para garantizar partos seguros dentro de las comunidades.

Alrededor de 15% de las infecciones por VIH y casos de sida nuevos se presentan entre los indígenas. En comparación con la población canadiense en general, las cardiopatías son 1,5 veces más frecuentes entre los integrantes de las Primeras Naciones; la diabetes del tipo 2 es de tres a cinco veces más frecuente y las tasas aumentan entre los Inuit; las tasas de infecciones tuberculosas son de ocho a 10 veces más altas. En 2005, si bien los inte-

grantes de las Primeras Naciones constituían solo 2% de la población canadiense, representaban 7,2% de los casos nacionales de infección por VIH/sida.

La División de Salud Canadá para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit se ocupa activamente de combatir la epidemia de VIH/sida entre los integrantes de estas comunidades que viven en reservas. La División apoya a las comunidades en la adquisición de conocimientos, habilidades e instrumentos que necesitan para prevenir la transmisión del VIH y facilitar la ayuda prestada a las personas con VIH/sida.

En 2000, la tasa de infecciones genitales por chlamydia fue muy alta entre los integrantes de las Primeras Naciones (1.071,5 por 100.000 personas). Esta cifra es aproximadamente seis veces más alta que la tasa general en Canadá (178,9 por 100.000 en 2001). Las tasas de infecciones por chlamydia son mucho más altas en las mujeres de las Primeras Naciones que en los hombres. Las mujeres de 15 a 24 años representaron 53,5% del total de casos en las Primeras Naciones cuando se registraron la edad y el sexo (6.572,2 por 100.000 mujeres).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores, antes consideradas exclusivamente tropicales, están afectando a Canadá. La incidencia de la **malaria** importada ha crecido continuamente desde comienzos de los años noventa. La malaria sigue siendo un problema importante para los viajeros que regresan de regiones tropicales y provoca enfermedades y defunciones entre ellos. Parece existir un patrón cíclico de la malaria importada, con notables valores máximos de la incidencia cada cuatro o cinco años (1986–1987, 1991–1992 y 1996–1997). Durante el último período de incidencia máxima, en 1997, se notificaron 1.029 casos de malaria; en 1998 se notificaron 368 casos, con lo cual se observó una disminución de 65%. En 2000 se notificaron menos de 400 casos de malaria.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde que se pusieron en práctica en el país programas de vacunación ordinaria, ha habido una reducción considerable de todas las enfermedades inmunoprevenibles. La **poliomielitis** fue oficialmente erradicada en Canadá en 1994 y desde la implantación del calendario ordinario de inmunización con dos dosis de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en 1996–1997, la aparición de casos de sarampión y rubéola se ha limitado a importaciones esporádicas con brotes poco frecuentes. En 2005 se alcanzó en Canadá un mínimo histórico de solo seis casos de **sarampión**, de los cuales al menos cuatro eran importados. Ese mismo año se produjo un brote de 309 casos de **ru-**

béola en una pequeña comunidad canadiense que, por sus creencias, se oponía a la inmunización.

Durante 2003–2004 se notificaron anualmente menos de 30 casos de **parotiditis** (la incidencia más baja registrada en Canadá). En 2005 se produjeron dos brotes de parotiditis (de 13 y 22 casos confirmados, respectivamente) que afectaron a adolescentes y adultos jóvenes.

Las tasas de inmunización infantil siguen siendo altas. En 2004, aproximadamente 94% de los niños habían recibido una dosis de la vacuna SRP a los 2 años de edad y 78% habían recibido la segunda dosis al llegar a los 7 años. Se estima que al cumplir los 2 años de edad, 94% de los niños habían recibido por lo menos tres dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Desde la adopción de una estrategia nacional de inmunización en febrero de 2003 se implementaron en las 13 provincias y territorios canadienses programas de inmunización infantil con la vacuna conjugada antineumocócica, y de inmunización de los adolescentes con la vacuna acelular contra la tos ferina, junto con programas de inmunización infantil con la vacuna conjugada antimeningocócica C y la vacuna contra la varicela. En agosto de 2006 se aprobó el empleo de una vacuna oral contra el rotavirus.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se estima que cada año se producen un millón de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, si bien la mayoría de ellos no son notificados. De esas enfermedades, entre 2% y 3% provocan problemas crónicos de salud. En 2004, la **infección por *Campylobacter*** fue la infección entérica notificada con más frecuencia (9.345 casos y una tasa de incidencia de 3,2 por 100.000 habitantes), seguida de la **salmonelosis** (4.953 casos y una tasa de 16,0) y las infecciones por ***E. coli* verotoxígeno** (1.038 casos y una tasa de 3,4). Las tasas de incidencia de las tres enfermedades han disminuido desde las registradas en 1998. Salud Canadá ha emprendido una serie de iniciativas para reducir las tasas de enfermedades transmitidas por los alimentos, incluido el uso obligatorio de etiquetas que indican cómo manipular sin riesgos la carne molida cruda bovina y de aves.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2002 se notificaron 1.634 casos nuevos activos y de recaídas de **tuberculosis**. La tasa más elevada (93,4 por 100.000) se registró en Nunavut. El mayor número de casos se registró en el grupo de 25 a 34 años de edad (19% del total de casos de tuberculosis notificados). En 2001 se notificaron 1.702 casos y 84% de ellos se curaron totalmente después de completar el tratamiento médico. Aproximadamente 65% de los casos se registraron en personas nacidas en el extranjero. La propagación de cepas de tuberculosis farmacorresistentes en todo el mundo representa una amenaza para Canadá. En 2001, 1% de las infecciones tuberculosas eran farmacorresistentes. En Toronto, la tasa de farmacorresistencia tiende a ser mucho más elevada (14%).

No todos los grupos de canadienses están expuestos al mismo riesgo. Los indígenas canadienses tienen una tasa media de infección mucho más alta (24,3 por 100.000 habitantes), mientras que las personas no indígenas nacidas en Canadá presentan una tasa de 1,1. Además, 2001 fue el primer año en que la proporción de casos entre los indígenas canadienses sobrepasó la proporción de los casos en la población general (tasas de 18% y 16%, respectivamente). En Nunavut, 97% de los casos de tuberculosis se produjeron en la población indígena, con una tasa de infección de 47,5 por 100.000 habitantes.

En 1992 se inició una estrategia de eliminación de la tuberculosis. Las responsabilidades nacionales incluyen la formulación de políticas, la atención, el tratamiento y la vigilancia. Se realizan actividades por medio de los servicios de atención primaria de salud a nivel de las comunidades, tales como el tratamiento de casos, el suministro de medicamentos, el mantenimiento de un registro de casos, el manejo de los brotes y la educación sanitaria de la comunidad, que están centralizadas a nivel regional.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas sujetas a vigilancia en Canadá incluyen la **influenza** y las **infecciones por el virus sincitial respiratorio (VSR)**, **adenovirus** y el virus de la **parainfluenza**. La influenza y las infecciones por VSR representan la proporción más grande de pruebas de laboratorio con resultados positivos efectuadas cada año. Las pruebas positivas para la influenza constituyen entre 6% y 13% del total de pruebas para detectar virus respiratorios que se realizan en cada temporada; los resultados positivos para la influenza llegan hasta 30% de las pruebas en la culminación de la temporada. Las infecciones por VSR representan aproximadamente entre 7% y 12% de los resultados positivos de las pruebas de laboratorio para detectar virus respiratorios en Canadá, mientras que los adenovirus y el virus de la parainfluenza constituyen aproximadamente entre 1% y 4% de los resultados positivos notificados.

Se estima que cada año, entre 10% y 25% de la población sufre una infección por virus de influenza. Las tasas de infección de influenza son más altas entre los niños, pero las tasas de enfermedad grave y defunción son más elevadas entre las personas de edad avanzada (mayores de 65 años) y las que tienen problemas de salud. Se calcula que en promedio, 4.000 canadienses, en su mayoría de edad avanzada, mueren cada año a causa de la influenza y muchos otros mueren por otras complicaciones graves de esa enfermedad. Un promedio de 20.000 canadienses son hospitalizados cada año por complicaciones atribuibles a la influenza.

Aualmente se distribuyen en el país de 10 a 11 millones de dosis de vacuna contra la influenza durante la temporada de mayor incidencia de la enfermedad. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de la Población 1996–1997 y la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria 2000–2001, el porcentaje de canadienses de 20 años y más que habían sido inmunizados contra la influenza en el año anterior a las encuestas casi

se duplicó (de alrededor de 15% en 1996–1997 a casi 30% en 2000–2001), y este porcentaje ha permanecido relativamente estable desde entonces. Los grupos de población con proporciones más altas de personas inmunizadas y que se beneficiaron de la vacunación contra la influenza fueron los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas.

En 2003 surgió en China una infección respiratoria antes desconocida, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Entre marzo y junio de 2003 se notificó en Canadá un total de 438 casos de SARS. Los primeros casos fueron identificados en marzo de 2003 en personas que habían viajado a Hong Kong y regresaron a Canadá. No se han notificado casos de SARS desde el último caso registrado a mediados de junio de 2003.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

A fines de 2005 se estimó que 58.000 personas tenían el VIH (incluidos los casos de sida), lo cual representa un aumento de 16% con respecto a la cifra calculada en 2002. En 2005, aproximadamente 27% de las personas con VIH no sabían que tenían la infección. A fines de 2005 se estimó que 51% de todas las infecciones con VIH notificadas correspondían a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, 27% a personas que mantenían relaciones heterosexuales, 17% a consumidores de drogas ilícitas inyectables y 4% a los factores combinados en hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres y consumían drogas ilícitas inyectadas; el 1% restante se debía a otros tipos de exposición. Hasta 2005, aproximadamente 21.000 personas han muerto por sida en Canadá.

En 2005, 25,4% de los resultados positivos en las pruebas para detectar el VIH correspondieron a mujeres. Si bien el número de lactantes expuestos al VIH ha aumentado cada año, la proporción de lactantes infectados con VIH ha disminuido notablemente (de 39% en 1994 a apenas 4% en 2005); esta disminución se debe a que las embarazadas que tienen la infección han estado recibiendo tratamiento con antirretrovíricos. Los avances en los tratamientos para personas con el VIH han incrementado considerablemente la esperanza de vida de estas personas.

Entre los casos de sida en adultos con una categoría conocida de exposición, el porcentaje de casos en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres disminuyó de más de 75% en los años anteriores a 1994 a 38% en 2005. A la inversa, la categoría de exposición mediante relaciones heterosexuales aumentó de 10% a 38% en el mismo período.

En diciembre de 1999 se estimó que 11.194 personas infectadas con el VIH estaban también infectadas con el **virus de la hepatitis C**. Se calcula que 250.000 personas están infectadas con el virus de la hepatitis C y anualmente se diagnostican aproximadamente 3.300 casos nuevos. Se estima que 90.000 de las personas infectadas no saben que lo están. Los brotes recientes de **linfogranuloma venéreo** entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres han sido asociados con coinfecciones con VIH, hepatitis C y otras infecciones de transmisión sexual.

Se ha producido un incremento de las infecciones de transmisión sexual desde fines de los años noventa. Las infecciones por **chlamydia** alcanzaron un total de 63.000 casos en 2004 y son más frecuentes en las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad y los hombres jóvenes de 20 a 29 años. Las **infecciones gonocócicas** son la segunda infección de transmisión sexual diagnosticada con más frecuencia y los hombres jóvenes de 20 a 29 años representaron dos terceras partes de los casos notificados en 2004.

Los aumentos más notables de las infecciones de transmisión sexual desde 1997 han correspondido a la **sífilis** infecciosa, que ha sido asociada con brotes principalmente entre los hombres de 30 a 39 años de edad que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Zoonosis

Ha habido un solo caso de una variante de la **enfermedad de Creutzfeld-Jakob** (enfermedad de las vacas locas) en Canadá, notificado en 2002. El paciente había pasado unos años en el Reino Unido y probablemente estuvo expuesto a carne contaminada mientras residía en ese país.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia nacional de la lactancia materna es de 85%, pero hay marcadas diferencias según la edad, los ingresos, el estado civil y el lugar de residencia. En las mujeres de más de 29 años de edad, con niveles educativos y de ingresos más elevados, sistemáticamente las tasas de prevalencia de la lactancia materna son más altas; se estima que las madres inmigrantes tienden más a alimentar a sus hijos con leche materna que las que no son inmigrantes. Las tasas de iniciación de la lactancia varían en el país (de 53% en las regiones atlánticas a un máximo de 8% en Columbia Británica).

Las tasas de **obesidad** en niños y adultos han aumentado considerablemente en los últimos 25 años, según los resultados de la encuesta nacional realizada en 2004, que midió directamente la talla y el peso de los entrevistados. Los porcentajes de niños y niñas obesos y con **sobrepeso** se han incrementado en la misma forma, pero las tendencias difieren según los grupos de edad. El porcentaje de niños de 2 a 5 años que tenían sobrepeso o eran obesos permaneció sin cambios desde 1978 a 2004. En contraste, el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años con sobrepeso se incrementó a más del doble (de 14% a 29%), y la tasa de prevalencia de obesidad en este grupo de edad se triplicó (de 3% a 9%). En los niños de 6 a 11 años y los adolescentes de 12 a 17 años, las probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad aumentan paralelamente al tiempo que dedican a ocupaciones sedentarias, como ver televisión y jugar con videojuegos. El incremento de la obesidad en los adolescentes es particularmente preocupante porque

la obesidad y el sobrepeso en la adolescencia a menudo persisten en la edad adulta. Las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad en los jóvenes variaron en el país y las más altas correspondieron a las provincias atlánticas.

Las probabilidades de ser obeso se relacionan con la alimentación y el ejercicio. Los canadienses que dedican su tiempo libre a ocupaciones sedentarias tienen muchas más probabilidades de sufrir sobrepeso y obesidad. En 2004, 27% de los hombres sedentarios eran obesos, frente a solo 19% de los activos. Entre las mujeres, las tasas de obesidad no varían según los modos de vida.

Casi 15% de los canadienses (alrededor de 3,7 millones de personas) padecieron inseguridad alimentaria en algún momento durante 2000–2001. Las mujeres que eran madres solteras estuvieron expuestas a un riesgo especialmente alto. Una tercera parte de las madres solteras señalaron que sufrían inseguridad alimentaria, casi el doble de la cifra correspondiente a los padres solteros. En contraste, solo 9% de las personas que integraban una pareja sin hijos señalaron que sufrían inseguridad alimentaria.

La tasa fue también notablemente alta entre los indígenas que vivían fuera de las reservas. Alrededor de 31% de ellos señalaron que sufrían cierta inseguridad alimentaria, más del doble del porcentaje de las personas no indígenas.

La diabetes continúa siendo un importante problema de salud. Se estima que más de dos millones de canadienses tienen diabetes y una tercera parte de esos casos no han sido diagnosticados. Nueve de cada 10 personas con diabetes tienen diabetes del tipo 2. Las personas de edad representan casi 48% de la cantidad total de personas con la enfermedad y se espera que aumente ese porcentaje a medida que continúe envejeciendo la población.

Entre las personas de 20 años y más se han diagnosticado aproximadamente 1.054.100 casos de diabetes (4,8% de los individuos en este grupo de edad).

Enfermedades cardiovasculares

En 2003, las enfermedades cardiovasculares provocaron 74.255 defunciones en Canadá. Ese mismo año, 32% de todas las defunciones de hombres en el país fueron consecuencia de cardiopatías, enfermedades vasculares y accidentes cerebrovasculares. Entre las mujeres, el número de defunciones por enfermedades cardiovasculares fue más elevado (34% del total de defunciones de mujeres).

En 2002, 54% del total de defunciones por enfermedades cardiovasculares fueron consecuencia de **cardiopatías coronarias**, 21%, de **accidentes cerebrovasculares**, 16%, de otros tipos de enfermedades cardíacas, y el restante 9%, de problemas vasculares, como **hipertensión y esclerosis arterial**.

El 80% de la población tiene por lo menos un factor modificable de riesgo de enfermedad cardiovascular; casi una tercera parte presenta dos factores modificables de riesgo y 11%, tres o más de esos factores. Está aumentando la prevalencia de algunos factores de riesgo, como el sobrepeso entre los hombres, la diabetes y la hi-

pertensión, y las tasas más altas se registran en personas socioeconómicamente desfavorecidas. No obstante, los datos muestran cierta reducción de la diferencia de los factores de riesgo entre los grupos socioeconómicos altos y bajos de la población.

Neoplasias malignas

Se estimó que para 2006 habría 153.100 casos nuevos de cáncer y 70.400 defunciones por cáncer. Los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia fueron el **cáncer de mama** en las mujeres y el **cáncer de próstata** en los hombres. Para ambos sexos, el **cáncer de pulmón** continúa siendo la principal causa de muerte.

La tasa de prevalencia de cáncer de pulmón en los hombres disminuyó (de 81 defunciones por 100.000 en 1988 a 64 en 2000). En las mujeres, la tasa de prevalencia aumentó (de 27 defunciones por 100.000 en 1988 a 34 en 2000). Este aumento refleja las tendencias en el consumo de tabaco.

Si bien el cáncer de próstata es el que se diagnostica con más frecuencia, el cáncer de pulmón sigue siendo el más mortal en los hombres. En 2001 fallecieron 9.925 hombres por cáncer de pulmón y 3.825 por cáncer de próstata. El 9% de las defunciones de hombres y 29% de las defunciones de hombres por cáncer se debieron al cáncer de pulmón. En contraste, 3% de las defunciones de hombres y 11% de las defunciones de hombres por cáncer se debieron al cáncer de próstata.

En las mujeres, la incidencia de cáncer se ha elevado ligeramente desde mediados de los años ochenta, pero la tasa de defunciones ha permanecido esencialmente sin cambios. La tasa de incidencia del cáncer de mama también ha aumentado. Una de cada nueve mujeres canadienses sufrirá cáncer en algún momento de su vida. Las tasas de defunción por cáncer de mama han estado disminuyendo desde 1986 y, con mayor rapidez, desde 1990, como resultado de mejores programas de tamizaje y de tratamientos más eficaces. En 2000, la tasa de defunciones por cáncer de pulmón había aumentado a 34 defunciones por 100.000 mujeres, mientras que la tasa de defunciones por cáncer de mama se había reducido a 25 por 100.000.

El consumo de tabaco es la causa de casi 30% de todos los casos mortales de cáncer y una causa importante del cáncer de pulmón, una de las neoplasias malignas más prevenibles. La alimentación inadecuada, con una proporción elevada de grasas, ocasiona aproximadamente 20% de los casos mortales de cáncer.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En los últimos cinco años, el país ha sido azotado por varios desastres naturales, como incendios forestales en las regiones occidentales del país, el huracán Juan, y las intensas tormentas invernales que causaron daños a Nueva Escocia y la Isla Príncipe Eduardo en 2004. Las tasas más altas de defunción durante los desastres se registraron en personas de 60 años y más.

Los costos atribuibles a la sequía de 2001–2002 en Columbia Británica, las Provincias de las Praderas, Ontario, Quebec y Nueva Escocia fueron los más altos de la historia, con estimaciones preliminares de daños por valor de Can\$ 5.000 millones. La Junta Canadiense del Trigo estimó que la sequía de 2002 provocó pérdidas en la producción de granos y oleaginosas por valor de casi Can\$ 2,8 miles de millones. En 2003, el huracán Juan causó daños por más de Can\$ 100 millones en las Provincias Marítimas.

Violencia en niños y jóvenes

La tasa notificada de víctimas de violencia entre los niños de ambos sexos fue de menos de 500 por 100.000 niños menores de 8 años. En los niños de 14 años, las tasas fueron cuatro veces más altas (2.000 víctimas por 100.000 niños tanto varones como mujeres). Una quinta parte de los actos de violencia notificados en 2003 fueron cometidos contra niños y jóvenes de 17 años o menos de edad. El riesgo de victimización de los niños y los jóvenes aumenta con la edad, y a medida que aumenta la edad, también cambia el perfil de los perpetradores. La mayoría de las agresiones físicas y sexuales contra niños menores de 6 años fueron cometidas por un miembro de la familia, casi siempre uno de los padres. Más de la mitad de los adolescentes de 14 a 17 años fueron agredidos físicamente por un amigo cercano, un conocido o un compañero de trabajo (más de una quinta parte fueron agredidos físicamente por un extraño y 16% sufrieron la agresión física perpetrada por un miembro de su familia). De los 15.000 casos de agresión sexual notificados a 122 servicios de policía, 61% correspondieron a víctimas de 17 años o menos. Alrededor de cuatro quintas partes de estas víctimas eran niñas y más de dos terceras partes de ellas tenían entre 11 y 17 años de edad.

Salud mental

Según los datos obtenidos, 20% de los habitantes del país sufrirán una enfermedad mental durante su vida. Aproximadamente 8% de los adultos sufrirán depresión grave en algún momento de su vida y alrededor de 1% padecerán de trastorno bipolar. La esquizofrenia afecta a 1% de la población canadiense y los trastornos de ansiedad a 5%, provocando discapacidad entre leve y grave.

En 2002, una de cada 10 personas de 15 años y más (alrededor de 2,7 millones) tenía síntomas compatibles con el trastorno de ansiedad o la dependencia de alcohol o drogas ilícitas. La depresión grave fue notificada en 6,3% de las mujeres y 5,3% de los hombres. El trastorno de ansiedad es el segundo trastorno mental más común, que afecta a 4,8% de los hombres y a 5,9% de las mujeres.

Las tasas de suicidios varían entre los hombres y las mujeres y entre los jóvenes y las personas de edad. Los hombres tienen una probabilidad mayor de cometer suicidio, pero las mujeres tienen una probabilidad mayor de ser hospitalizadas por ideas suicidas. En 2002, la relación de suicidios hombre/mujer fue de 3,5:1. En los hombres, el riesgo de suicidio fue mayor entre las edades de

40 y 44 años y en las mujeres, entre los 45 y 49 años. Casi uno de cada cuatro suicidios se produjo en personas de 40 a 49 años de edad.

Los suicidios representan 24% del total de las defunciones de jóvenes de 15 a 24 años de edad y 16% de las defunciones de personas de 25 a 44 años. El suicidio es una de las principales causas de muerte en los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la edad madura.

Adicciones

En 2004, 79% de los canadienses de 15 años y más señalaron que consumían bebidas alcohólicas, si bien la mayoría las ingería en forma moderada. De aquellos que consumían bebidas alcohólicas, 44% señalaron que bebían semanalmente. Las tasas de ingestión de bebidas alcohólicas alcanzaban su valor máximo entre los jóvenes de 18 a 24 años de edad (alrededor de 90% de estos jóvenes consumían bebidas alcohólicas en 2004). Entre los bebedores, 6% señalaron que eran bebedores empedernidos (hombres que ingerían cinco o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión y mujeres que ingerían cuatro o más bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana).

De los que bebían, 9% de las mujeres y 25% de los hombres estaban expuestos a alto riesgo. Más de 30% de las personas menores de 25 años que bebían estaban expuestas a alto riesgo. Menos de 5% de las personas de 65 años y más estaban en la categoría de bebedores de alto riesgo.

El consumo de cerveza, el cual constituye alrededor de 80% del total de bebidas alcohólicas consumidas, se elevó a 80,3 litros por persona de más de 15 años en 2005. Al mismo tiempo, el consumo de vino ha continuado aumentando en los últimos 10 años y llegó a 13,9 litros en 2005. El consumo de bebidas destiladas (7,5 litros), permaneció estable con respecto al año anterior.

En 1989, 6,5% de la población señaló que consumía marihuana y en 1994, 7,4%; en 2002, el porcentaje había llegado a 12%. Casi la mitad (47%) de los que habían consumido marihuana en el año anterior lo habían hecho menos de una vez al mes. Alrededor de 10% indicó que la había consumido semanalmente y otro 10%, que la había consumido diariamente. Los hombres tenían una mayor probabilidad que las mujeres de haber consumido marihuana por lo menos una vez. El consumo asiduo de marihuana fue más elevado entre los adultos jóvenes de 18 a 24 años.

En general, 2,4% de las personas de 15 años y más comunicaron que habían usado cocaína, "crack", éxtasis, LSD, anfetaminas o heroína en el año anterior. Esta cifra representa un incremento con respecto al 1,6% observado en 1994. Se estima que 321.000 personas (1,3% de la población) habían usado cocaína o crack (las drogas usadas más comúnmente).

Salud oral

En 2003, 66% de las mujeres y 61% de los hombres de 15 años y más habían ido al dentista. La tasa más alta de visitas al den-

tista se registró en las personas de 15 a 24 años, de 35 a 44 años y de 45 a 54 años (69% de cada uno de estos grupos había ido al dentista en 2003). No obstante, la frecuencia disminuyó bruscamente (a 46%) entre las personas de 65 años y más. El seguro dental fue un importante factor que influyó en las visitas al dentista. En 2003, 74% de las personas que contaban con seguros que cubrían todos o algunos de los gastos odontológicos habían concurrido al consultorio del dentista en el año anterior, frente a 48% de los no asegurados.

Los ingresos también fueron un factor importante y solo 36% de las personas no aseguradas y 57% de las aseguradas que pertenecían a grupos de bajos ingresos habían ido al dentista en el año anterior. Los canadienses de bajos ingresos tenían una probabilidad menor de tener seguro dental o de haber concurrido al consultorio del dentista en el año anterior. Solo 44% de los canadienses de bajos ingresos visitaron al dentista el año anterior, frente a 77% de los de altos ingresos. La educación y la ubicación geográfica también fueron factores que influyeron en el acceso a la atención dental. De aquellos que no habían completado la escuela secundaria, solo 47% señalaron que habían visitado al dentista, mientras que lo habían hecho 71% de los graduados en universidades. El 56% de los residentes en las zonas rurales y 65% de los residentes en las zonas urbanas habían consultado al dentista el año anterior.

Salud Canadá apoya la fluoruración del agua potable para prevenir las caries, pero no participa en la decisión de fluorurar el agua corriente porque esto está bajo la jurisdicción de los gobiernos provinciales y territoriales. En colaboración con sus municipios, las provincias y territorios deciden si fluorurarán el agua y la cantidad de flúor que se agregará. El 42% de la población canadiense es abastecida con agua potable fluorada.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sistema de atención de salud se sustenta en el derecho del acceso a los servicios de atención de salud. Brinda cobertura universal sin deducibles para los servicios médicos y de hospital (ningún usuario paga nada por servicios médicos y de hospital necesarios). Está financiado principalmente por los impuestos, pero el suministro de los servicios es en gran medida privado. De acuerdo con la división constitucional de poderes entre los dos niveles de gobierno, el gobierno federal proporciona fondos mediante la transferencia de pagos a las provincias y territorios para contribuir a pagar los servicios de atención de salud, pero las provincias y territorios son en realidad los responsables de administrar y prestar los servicios.

La Ley de Salud de Canadá es el instrumento legislativo federal que rige la atención de salud en el país. Establece los criterios que deben satisfacer las provincias y territorios para recibir la transferencia completa de fondos federales que hace Salud

Canadá. Los cinco principios incorporados en esa ley son la administración pública, la integralidad, la universalidad, la continuidad y la accesibilidad.

La responsabilidad de los servicios de salud para los indígenas es compartida por el gobierno federal, los gobiernos provinciales y territoriales y las organizaciones indígenas. Por conducto de la División de Salud para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit, Salud Canadá es responsable de los programas de salud comunitaria en las reservas de las Primeras Naciones y las tierras ocupadas por los Inuit; administra los programas de prestaciones de salud para las personas no aseguradas y financia y gestiona iniciativas de salud pública y fomento de la salud para esos grupos.

La misión de la División incluye realizar programas de prevención de determinadas enfermedades y de fomento de la salud para todos los pueblos indígenas; procurar la disponibilidad de servicios de salud o el acceso a ellos para los Inuit y las Primeras Naciones; ayudar a estas comunidades a superar las barreras y amenazas para la salud y alcanzar niveles de salud comparables con los de otros canadienses que viven en sitios similares. La División también es responsable de forjar sólidas alianzas con las Primeras Naciones y los Inuit para mejorar el sistema de salud. Los gobiernos provinciales y territoriales proporcionan acceso a los servicios de salud a otras poblaciones indígenas de Canadá.

La responsabilidad de la salud pública también es compartida con la Agencia de Salud Pública, un organismo federal de Canadá que fue creado en 2004 después del brote de SARS en 2003. La Agencia trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos y organismos federales, las provincias y los territorios, y colabora con diversos interesados, incluidos los del sector privado, el sector no lucrativo, y profesionales de la salud, entre ellos los médicos de familia. Las iniciativas promueven la salud, previenen y controlan enfermedades infecciosas y crónicas, apoyan las actividades de vigilancia e investigación de salud pública y protegen al público de las consecuencias de situaciones sanitarias de emergencia (1, 6). Mediante sus actividades y la asociación con la comunidad de salud pública, la Agencia no solo mejora la salud y la calidad de vida sino que también alivia parte de la presión a que se ve sometido el sistema de atención de salud, ayudando a contener los costos y acortando los tiempos de espera de los pacientes.

Los canadienses están en la segunda fase de reformas sanitarias caracterizadas por un incremento de los gastos de salud pública y medidas para asegurar la sostenibilidad fiscal de la atención de salud pública. Los datos del Instituto Canadiense de Información Sanitaria muestran que ha habido un notable aumento del empleo de imaginología avanzada para el diagnóstico médico, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, y que este súbito auge ha creado una demanda que ha superado la disponibilidad de equipo, técnicos en radiología médica, especialistas en sonografía y médicos especializados en radiología de diagnóstico y medicina nuclear. A su vez, esto ha tenido un efecto negativo en la rapidez del tratamiento (6).

Para hacer frente a estas y otras presiones en el sistema, el Primer Ministro, los primeros ministros provinciales y los líderes territoriales se reunieron en el 2003 y aprobaron un acuerdo de renovación de la atención de salud. El acuerdo constituye un compromiso renovado por los gobiernos con un sistema de sanidad pública sostenible en Canadá y con los valores que lo sustentan. Se elaboró un plan de acción mediante el cual los primeros ministros acordaron proporcionar cobertura sin deducibles para una canasta de servicios de atención a corto plazo y domiciliaria, incluida la atención a corto plazo de trastornos mentales en la comunidad y los cuidados terminales. También acordaron que para 2011, 50% de la población canadiense tendría acceso a un prestador de atención primaria de salud.

En 2004 se aprobó un acuerdo de salud basado en acuerdos anteriores, mediante el cual se completaron aspectos pendientes de atención en instituciones, cobertura con medicamentos en casos de catástrofe y gestión de productos farmacéuticos. Los ministros acordaron que ningún ciudadano sufriría penurias económicas a causa de un tratamiento medicamentoso necesario.

Un plan de 10 años para fortalecer la atención de salud, formulado en septiembre de 2004, comprometió a los primeros ministros a reducir, para el 31 de marzo de 2007, los tiempos de espera en temas de salud prioritarios, como los vinculados con el cáncer, las enfermedades del corazón, la imaginología de diagnóstico, la sustitución de articulaciones y la restauración de la visión. También acordaron hacer hincapié permanente en la reforma de la atención primaria de salud, los recursos humanos en salud y la atención domiciliaria en situaciones posteriores al período agudo de la enfermedad, los pacientes con trastornos mentales y los pacientes en fase terminal. Además, acordaron establecer una red sobre mejores prácticas para intercambiar información y encontrar soluciones a los obstáculos que inhiben el progreso de la reforma de la atención primaria de salud. Con excepción de Quebec, el gobierno federal y los gobiernos provinciales crearon una fuerza ministerial de trabajo para establecer una estrategia farmacéutica nacional.

Los presupuestos federales para 2003 y 2004 apoyaron este plan de acción incrementando las inversiones federales en atención de salud. El gobierno federal también aumentó los fondos aportados a los gobiernos territoriales y las organizaciones indígenas para facilitar las reformas y mejorar el acceso, incluida la infraestructura de transporte médico para las comunidades remotas del norte del país.

En junio de 2001, el gobierno estableció la Secretaría de Cuidados Paliativos y Terminales, con el fin de que actuara como órgano coordinador y facilitador de este tipo de atención. También se crearon grupos comunitarios de trabajo para abordar cuestiones en cuanto a mejores prácticas y calidad de la atención, educación, información y concienciación del público, investigación y vigilancia. Mediante una estrategia sobre cuidados paliativos y terminales, Salud Canadá ha dado apoyo en la elaboración de planes de estudio para los prestadores, normas para la acreditación y redes de investigadores.

En 2004, el gobierno también introdujo el beneficio de atención compasiva como prestación del seguro laboral, que proporciona un máximo de seis semanas de licencia para ayudar a las familias que cuidan a un familiar moribundo. Además, en 2004, los primeros ministros acordaron proporcionar cobertura sin deducibles para los servicios de cuidados paliativos domiciliarios, que incluyen el tratamiento de casos, la atención de enfermería, los medicamentos paliativos y los cuidados personales.

Canadá tiene un sistema de salud muy descentralizado, con servicios públicos y privados. La autoridad fiscalizadora nacional recae en el gobierno federal. Las provincias tienen jurisdicción primaria sobre la administración y prestación de servicios de salud pública, pero “delegan” la prestación real en organizaciones de salud y en médicos que trabajan conforme a planes de honorarios por servicios o acuerdos de remuneración combinada, cuyos términos son negociados con los gobiernos provinciales. Las instituciones de salud, desde el hospital hasta la autoridad regional de salud, son acreditadas sobre una base voluntaria por el Consejo Canadiense de Acreditación de Centros de Salud. La mayoría de los prestadores de servicios, incluidos los médicos, las enfermeras, los dentistas, los optometristas, los quiroprácticos y los psicólogos, están organizados como profesiones independientes sujetas a una legislación provincial (6).

La Dirección de Terapias Biológicas y Genéticas es la autoridad federal que fiscaliza los medicamentos biológicos (productos derivados de fuentes vivas) y los productos radiofarmacéuticos para uso humano.

Las disposiciones sobre etiquetas concernientes a la nutrición son obligatorias desde el 12 de diciembre de 2005 para la mayoría de los alimentos empaquetados. El manejo de los contaminantes orgánicos persistentes se realiza mediante leyes, disposiciones e instrumentos políticos, pautas y códigos de la práctica.

El empleo de plaguicidas para la protección de cultivos alimentarios es aprobado y registrado por el Organismo Regulador del Control de Plagas del gobierno federal, una vez que se comprueba que el uso es accesible, eficaz y presenta niveles aceptables de riesgo para el medio ambiente y la salud humana. El papel del organismo regulador contribuye a la protección de los cultivos alimentarios desde un punto de vista económico y social.

Servicios de salud pública

El informe final de la Comisión Romanow sobre el futuro de la atención de salud en Canadá, publicado en 2002, señala que existe un acuerdo casi universal en que la atención primaria de salud ofrece tremendos posibles beneficios a los canadienses y al sistema de atención de salud; ninguna otra iniciativa tiene tanto potencial para mejorar la salud y sostener el sistema de atención de salud de Canadá.

Aproximadamente 80% de los contactos con el sistema de atención de salud canadiense se hacen por conducto del sector de atención primaria de salud, lo que obliga a la integración y coor-

dinación dentro del sistema para asegurar tanto la atención integral como la continuidad de la atención. En consecuencia, el elemento clave de la renovación de la atención primaria de salud es un cambio desde la práctica actual de médicos de familia a un modelo que tenga una mayor coordinación entre una gama de prestadores de atención de salud que, colectivamente, proporcionen servicios integrales a sus usuarios.

Se han introducido líneas telefónicas de orientación, servicios de salud por telecomunicaciones y registros electrónicos médicos y de salud. Estas tecnologías contribuyen a facilitar el acceso, apoyan el intercambio de información y mejoran la calidad de la atención. En las comunidades remotas, los servicios de salud por telecomunicaciones han sido fundamentales para proporcionar un rápido acceso a la atención, al permitir a los canadienses acceder a más servicios en su propia comunidad, lo cual da como resultado una mejor atención y ahorros de costos para los usuarios y para el mismo sistema.

Todos los ministerios de salud, provinciales y territoriales, dedican recursos al control de las enfermedades transmisibles en sus jurisdicciones. Sin embargo, como las enfermedades transmisibles se propagan con extrema rapidez y facilidad a través de las fronteras geográficas, el gobierno federal a menudo tiene que desempeñar una función más amplia en ese esfuerzo. El brote de SARS en 2003 y el posterior informe Naylor fueron los elementos catalizadores de un cambio de la política, mediante el cual el gobierno federal expandió su infraestructura nacional de prevención y control de las enfermedades infecciosas en forma similar a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) (6).

Además, como resultado de una reunión nacional de consenso efectuada en 2005 sobre las metas y objetivos en relación con seis enfermedades inmunoprevenibles, están en marcha en casi todas las provincias y territorios cuatro programas nuevos de inmunización (contra la enfermedad meningocócica, la enfermedad neumocócica, la varicela, y contra la tos ferina con la vacuna acelular).

También se están aplicando a nivel provincial y territorial programas de tamizaje para la detección temprana del cáncer. Con fondos de Salud Canadá, desde 1990 se ha puesto en práctica una iniciativa para la detección del cáncer de mama, que se concentra en la educación del público y la ejecución de programas.

La Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria de 2004 incorporó indicadores vinculados con la nutrición, con lo cual se cubrió una carencia crítica de 35 años en los datos sobre el consumo de alimentos a nivel nacional.

Como parte de la vigilancia de la salud ambiental en Canadá se monitorean los niveles de sustancias químicas ambientales en los seres humanos, por medio del Programa de Contaminantes del Norte y las radiaciones ambientales; se han establecido indicadores de salud ambiental y salud atmosférica para los niños; se aplican sistemas de asesoramiento sobre el agua potable con el fin de efectuar el seguimiento de enfermedades entéricas transmitidas por el agua y los alimentos, y, a partir de 2007, la En-

cuesta Canadiense de Mediciones de Salud incluirá un sustancial componente de vigilancia biológica.

El Programa Canadiense de Prevención y Notificación de Lesiones en los Hospitales es un programa de vigilancia basado en los departamentos de urgencia de 10 hospitales infantiles y cuatro hospitales generales, realizado por la Agencia de Salud Pública de Canadá. El programa identifica la cantidad de personas que concurren a los departamentos de emergencia para el tratamiento de lesiones, así como la ubicación y la causa de las lesiones.

El Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá es responsable de identificar, controlar y prevenir enfermedades infecciosas. Las actividades del laboratorio incluyen la microbiología de referencia, el apoyo a los programas epidemiológicos, la vigilancia, la respuesta en situaciones de urgencia, la investigación aplicada y de exploración y la gestión de la propiedad intelectual para mejorar la salud pública en Canadá y en el ámbito internacional.

La Oficina de Seguridad en el Laboratorio, dentro de la Agencia de Salud Pública de Canadá, es la autoridad nacional de bioseguridad. Su misión es asegurar, a nivel nacional, intervenciones de bioseguridad eficaces y basadas en las pruebas mediante la fiscalización, la vigilancia, la investigación aplicada y la divulgación oportuna de información concerniente a las necesidades, las prioridades y las estrategias. En 1983, la Oficina fue designada Centro Colaborador de la OMS en Tecnología y Servicios Consultivos de Bioseguridad, y proporciona pautas y programas de seguridad para los laboratorios de microbiología de todo el mundo, capacitación en bioseguridad, difusión de información, un centro de recursos de bioseguridad, vigilancia y programas de investigación aplicada en bioseguridad.

La Oficina de Salud Pública aplica programas para proteger la salud de las personas que viajan dentro de Canadá y para asegurar el abastecimiento de agua potable inocua a los empleados federales. Mediante un programa público itinerante, Salud Canadá brinda tres tipos de servicios: inspecciones y auditorías, investigaciones de brotes de enfermedades y vigilancia de enfermedades gastrointestinales.

También se efectúan inspecciones para verificar la inocuidad del agua, los alimentos y otras condiciones de salud ambiental en los cruceros, los transbordadores de pasajeros, los trenes de pasajeros y sus servicios auxiliares. Se llevan a cabo inspecciones no anunciadas en los cruceros que navegan en aguas canadienses una vez al año, durante la temporada de cruceros. Según el Reglamento Sanitario Internacional, los barcos de carga internacionales deben obtener un certificado de exención de la desratización cada seis meses, que declara que el barco está exento de ratas o indicios de su presencia. Un inspector de Salud Canadá expide un certificado al completar una inspección total del barco.

Aproximadamente 78% de los canadienses cuentan con sistemas de abastecimiento de agua corriente y se estima que 6,8 millones utilizan fuentes privadas de abastecimiento de agua, principalmente pozos para extraer agua subterránea. Alrededor de

74% de los canadienses que viven en su mayoría en zonas urbanas cuentan con servicios municipales de alcantarillado y tres cuartas partes de ellos disponen de un sistema de tratamiento de alto nivel. Algunas encuestas indican que entre 20% y 40% de los pozos, en particular en las zonas rurales, pueden estar contaminados con nitratos o bacterias. Los datos sobre la calidad del agua potable de los sistemas públicos son reunidos y clasificados en forma diferente en las provincias y territorios.

Se ha creado el Comité de Salud y Medio Ambiente, un órgano federal, provincial y territorial para fortalecer la vigilancia gubernamental en múltiples niveles de la contaminación transmitida por el agua. En 2002 y 2004 se publicaron documentos de orientación sobre la inocuidad del agua potable. Por conducto del Programa de Infraestructura de Canadá, el gobierno ha destinado durante cinco años (2003–2007) fondos adicionales para mejorar, mantener y monitorear el agua corriente y los sistemas de eliminación de aguas residuales en las reservas de las Primeras Naciones y promover iniciativas de municipios verdes.

Canadá promueve un sistema ecológicamente racional, basado en la ciencia, para monitorear la carga de residuos sólidos. El manual de orientación para las comunidades sostenibles promueve el empleo de los residuos sólidos como un recurso y estimula la reducción, la reutilización y el reciclaje para disminuir los residuos sólidos. El gobierno federal, los gobiernos provinciales y territoriales, los gobiernos municipales y las empresas evalúan, elaboran y ponen en práctica programas y políticas nuevos de gestión de los residuos sólidos.

Se ha prohibido el empleo de gasolina con plomo en los automóviles y, en el último decenio, se han aprobado varias disposiciones que controlan la composición de diversos combustibles. Desde enero de 2005 se han establecido en el país disposiciones concernientes al azufre.

En el plano internacional, Canadá ratificó un protocolo sobre metales pesados del Convenio sobre Contaminación Atmosférica Transfronteriza de Largo Alcance, establecido por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa, con lo cual se compromete a intensificar la cooperación regional para reducir la contaminación atmosférica transfronteriza.

El Primer Programa Nacional sobre Contaminantes Ambientales en las Primeras Naciones fue iniciado en 1999, como un programa de investigación en colaboración entre la Asamblea de las Primeras Naciones y Salud Canadá. El objetivo del programa es ayudar a las Primeras Naciones a evaluar el grado de exposición a contaminantes ambientales y el posible riesgo para la salud y el bienestar de los integrantes de las Primeras Naciones.

Canadá prohíbe el empleo de plaguicidas con concentraciones elevadas de 2,3,7,8-tetraclorodibenzodioxina (TCDD) y vigila la cantidad de policlorobifenilos presentes en los alimentos, el aire y el agua, con el fin de reducir el riesgo para la salud. También se han establecido pautas para minimizar la liberación de dioxinas y furanos de los desechos sólidos municipales e incineradores de residuos peligrosos.

Como una forma de eliminar la exposición de los niños al plomo, Canadá ha establecido una estrategia de reducción del riesgo de plomo en los productos de consumo. La ingestión del plomo en el polvo doméstico es actualmente la principal fuente de ingesta de plomo en los niños.

El Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacionales es un órgano del gobierno federal que apoya la eliminación de todas las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo en el país. El Centro proporciona a los canadienses información y asesoramiento, pertinentes y sin sesgos, que contribuyen a la toma responsable de decisiones y promueven entornos de trabajo seguros y saludables. Difunde una amplia gama de información sobre salud y seguridad ocupacionales al público y a los profesionales de la salud y la seguridad.

El gobierno, por conducto del Centro de Preparativos y Respuesta para Situaciones de Emergencia de la Agencia de Salud Pública, trabaja con múltiples aliados para asegurar que el país esté preparado para responder a los riesgos de salud pública en caso de desastres naturales y los causados por el hombre (enfermedades infecciosas, huracanes, inundaciones, terremotos y actos criminales o terroristas, como explosiones y liberación de sustancias tóxicas). El enfoque del Centro incluye ejercicios de capacitación en preparativos, la seguridad de los laboratorios que manipulan agentes patógenos peligrosos y el mantenimiento y expansión en todo el país de las reservas nacionales de suministros para situaciones de emergencia.

El mantenimiento y mejoramiento de los servicios de cuarentena en los principales aeropuertos internacionales de Canadá es una prioridad, como lo fue la sanción de una versión revisada de la Ley de Cuarentena, aprobada por el Parlamento el 12 de mayo de 2005. Esta ley otorga nuevas facultades e instrumentos modernos a los servicios de cuarentena.

En colaboración con las provincias, se despliegan en todo el país equipos del Plan de Respuesta y Socorro en Situaciones de Emergencia. Los equipos están constituidos por diversos profesionales preparados para responder a cuestiones vinculadas con el transporte de sustancias infecciosas que plantean un alto riesgo para los individuos y la comunidad.² En 2005 se puso en funcionamiento el recientemente renovado laboratorio clasificado con el nivel 3³ de contención, que ahora sirve como laboratorio de respuesta ante una amenaza biológica en la Región Capital del país.

Servicios de atención a las personas

Los canadienses cuentan con un sólido sistema de salud público, que se concreta por medio del Programa de Salud del Servi-

cio Público y los Servicios de Asistencia para Empleados. El Programa incluye evaluaciones de salud, enfermedades transmisibles, investigaciones en el lugar de trabajo, ergonomía de las oficinas y educación, promoción y capacitación en materia de salud.

El Programa de Atención en la Comunidad y el Hogar para las Primeras Naciones y los Inuit, establecido en 1999 por Salud Canadá, permite a las personas con enfermedades crónicas o agudas y a los ancianos recibir atención en sus propios hogares, prestada principalmente por los miembros de estas comunidades. Los principios orientadores del programa incluyen el respeto a los métodos de los pueblos de estas comunidades para curar enfermedades y asegurar el bienestar físico y la planificación concentrada en la comunidad.

Además, el Programa de Nutrición Prenatal de Canadá, por medio de la sección que se ocupa de las Primeras Naciones y los Inuit, ayuda a las embarazadas, incluidas las que viven en la pobreza, las adolescentes, y las que viven aisladas o con difícil acceso a los servicios. Las actividades incluyen el suministro de suplementos alimentarios y vitamínicos, apoyo a la lactancia materna, orientación individual y sobre aspectos del modo de vida, capacitación en la preparación de alimentos, transporte, puericultura y envío a otros servicios.

Promoción de la salud

El gobierno federal y los gobiernos provinciales y territoriales llevan a cabo varios programas de promoción y educación en materia de salud, que abordan el abuso de alcohol y drogas, la violencia familiar, el síndrome de alcoholismo fetal, la alimentación y la nutrición, la salud mental, la actividad física, la seguridad y las lesiones y la sexualidad, incluida la prevención del sida. Salud Canadá también ha creado un sitio en la Web con información integral sobre la salud, que proporciona asesoramiento a todos los canadienses sobre cómo permanecer sanos y evitar enfermedades (6).

Como Salud Canadá trabaja para mejorar el estado de salud de los pueblos de las Primeras Naciones y los Inuit, una de sus prioridades es formular y aplicar una estrategia nacional de prevención del suicidio entre los jóvenes indígenas. El propósito de la estrategia es aumentar la capacidad de adaptación y los factores protectores, y reducir los factores de riesgo asociados con el suicidio entre estos jóvenes.

En 2005, el gobierno implementó la estrategia pancanadiense de vida saludable, que es otra importante inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas para los próximos cinco años y más adelante. Aprobada por los ministros de salud en los ámbitos federal, provinciales y territoriales, la estrategia busca mejorar los resultados generales de salud y reducir las disparidades, haciendo hincapié en la alimentación sana y la actividad física y sus relaciones con un peso saludable.

Además, la Agencia de Salud Pública orienta sus actividades de promoción de la salud mediante subsidios y programas de

²Grupo 4 de riesgo de la OMS.

³Capaz de manipular agentes patógenos autóctonos o exóticos que pueden causar enfermedades graves o en potencia mortales mediante la exposición por vía de la inhalación (aplicable a instalaciones clínicas, de diagnóstico, enseñanza, investigación o producción).

contribuciones para las comunidades a nivel nacional y regional. Son ejemplos el Programa de Acción Comunitaria para los Niños, la Estrategia Canadiense contra la Diabetes y el Programa de Acción Comunitaria contra el Sida.

La iniciativa contra la violencia familiar reúne a 14 departamentos federales y adopta un enfoque coordinado con el fin de promover la concienciación del público acerca de los factores de riesgo de violencia familiar y la necesidad de la participación del público para responder a ella.

En 2005, los Ministros de Educación y Salud formaron una alianza intergubernamental y elaboraron un plan de acción para abordar una serie de problemas de salud, sociales y relacionados con el aprendizaje que afectan a los niños en edad escolar y los jóvenes.

La estrategia para combatir el consumo de estupefacientes en Canadá, encabezada por Salud Canadá por conducto de su Oficina de Reducción de la Demanda, es una iniciativa intersectorial coordinada a nivel federal para reducir el daño asociado con el consumo de narcóticos y otras sustancias controladas, alcohol y medicamentos de venta con receta. La estrategia se concentra en los jóvenes e incluye iniciativas de educación, prevención y promoción de la salud, al igual que una intensificación de las medidas coercitivas. También instruye en las mejores prácticas a los prestadores de primera línea de los servicios de salud y sociales, en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

El Centro Canadiense contra el Abuso de Sustancias maneja el programa nacional, llamado Salud, Educación y Aplicación de la Ley en Colaboración. En 2004 se creó un equipo para la ejecución del programa constituido por coordinadores provinciales, con el fin de intercambiar información y promover redes intersectoriales para la formulación de estrategias para combatir el uso indebido de sustancias.

La Iniciativa Federal contra el VIH/Sida (2005) es una alianza entre la Agencia de Salud Pública de Canadá, Salud Canadá, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y el Servicio Correccional de Canadá. En estrecha colaboración con los interesados, la iniciativa apoya programas e investigaciones que benefician a las personas con VIH/sida.

En octubre de 2004, Salud Canadá creó una oficina que se ocupa de mejorar la salud oral de los canadienses y aumentar la conciencia acerca de la prevención de las enfermedades orales.

Recursos humanos

En 2004 había 315.139 enfermeras empleadas (78,2% eran enfermeras tituladas, 20,1%, enfermeras no tituladas autorizadas y 1,6%, enfermeras psiquiátricas tituladas). El personal de enfermería era predominantemente femenino. En 2004, 5,4% del personal de enfermería titulado eran hombres (6,9%, personal de enfermería no titulado autorizado y 22,7%, personal de enfermería psiquiátrica titulado).

Los datos del Instituto Canadiense de Información Sanitaria mostraron que en 2005 el número de médicos que estaban trabajando en Canadá era de 69.519, incluidos pasantes y residentes; de ellos, 51% eran médicos de familia y 49%, especialistas.

El número de mujeres médicas aumentó 14% (de 16.945 en 2000 a 19.365 en 2004), y el número de hombres médicos aumentó solo 0,6% en el mismo período. La mayoría de los médicos están concentrados en las zonas urbanas; existe una tendencia a una aguda escasez en las zonas rurales y aisladas, donde las enfermeras continúan desempeñando una función esencial en la prestación de servicios de salud.

Salud Canadá, mediante la estrategia pancanadiense de recursos humanos en salud, colabora con las provincias, los territorios y los interesados para fortalecer la planificación de recursos humanos en salud, promover e impartir educación interprofesional entre los profesionales de la salud y formular y aplicar estrategias de contratación y retención, con el fin de asegurar una mejor dotación de profesionales de la salud a largo plazo.

Complementa ese esfuerzo la iniciativa sobre recursos humanos en salud de los indígenas, que aborda cuestiones relacionadas con los recursos humanos de salud en comunidades indígenas y remotas, como aumentar el número de prestadores de servicios en este tipo de comunidades y mejorar sus habilidades.

Suministros de salud

La Dirección de Terapias Biológicas y Genéticas de Salud Canadá es la autoridad federal canadiense que se ocupa de los medicamentos biológicos (productos derivados de fuentes vivas) y radiofarmacéuticos de uso humano.

En 2002 se estableció el Examen Común de Medicamentos con el fin de contar con un solo procedimiento para examinar los productos farmacéuticos nuevos y formular recomendaciones acerca de farmacopeas para todas las provincias y territorios, con excepción de Quebec (6).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Los Institutos Canadienses de Investigación en Salud son el organismo del gobierno encargado de las investigaciones en materia de salud. Coordinan la investigación mediante una estructura única interdisciplinaria constituida por 13 institutos "virtuales", que son redes de investigadores reunidos que se concentran en importantes problemas de salud. Cada instituto realiza investigaciones clínicas y biomédicas fundamentales y estudios sobre los sistemas de salud, los servicios de salud, la salud de las poblaciones, las dimensiones sociales y culturales de la salud y las influencias ambientales sobre la salud. Los temas prioritarios en las investigaciones incluyen la salud de los pueblos indígenas, el envejecimiento, investigaciones sobre el cáncer, sobre servicios y políticas de salud, el desarrollo humano, la salud del niño y el joven, la nutrición, el metabolismo y la diabetes.

En 2004, Canada Health Infoway puso en marcha una estrategia que orienta las inversiones en una serie de teleaplicaciones, en el idioma oficial, para comunidades indígenas de las zonas septentrionales, rurales y remotas. Hasta el momento se han efectuado pocos estudios sistemáticos sobre las repercusiones de las teleaplicaciones en salud (6).

Gasto y financiamiento sectorial

En 1975, los costos totales de la atención de salud en Canadá representaron 7% del PIB. Para 2005⁴, los gastos totales de la atención de salud en el país, como porcentaje del PIB, crecieron a un estimado de 10,4% (Can\$ 4.411 por persona). Según el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, los gastos públicos en salud en 2005 representaron siete de cada 10 dólares canadienses gastados en atención de salud; los tres restantes correspondieron a fuentes privadas y cubrieron los costos de servicios complementarios como medicamentos, atención odontológica y servicios oftalmológicos.

Ha cambiado considerablemente la forma en que se gasta el dinero destinado al cuidado de la salud en los tres últimos decenios. En general, ha disminuido el porcentaje de gastos totales en salud pagados a hospitales y médicos, mientras que ha aumentado mucho el gasto en medicamentos recetados. Aun así, los gastos en hospitales y médicos representan 43% de la cantidad asignada a la atención de salud.

En 1975 se pagó a los hospitales un porcentaje mucho más grande (45%) que en 2005 (30%). Los pagos a médicos en 1975 (15%) representaron el segundo porcentaje más grande de los gastos, y descendieron al tercer lugar de gastos más grandes en 2005 (13%). En contraste, los tratamientos farmacológicos, en particular los recetados por médicos, representaron 9% del gasto total en salud en 1975. Este porcentaje casi se duplicó en 2005 y, con alrededor de 18%, se ha convertido en el segundo porcentaje más grande de los gastos totales en salud. El porcentaje de gastos en salud financiados por el sector público permaneció en 69,6% en 2005, en el mismo nivel de 2002. Estos porcentajes son los más bajos registrados desde 1975.

El crecimiento de los gastos totales en salud varió mucho en las provincias en 2005. Alberta registró el ritmo más rápido de aumento de los gastos, con 11,3%. En el extremo más bajo, la Isla Príncipe Eduardo, Terranova y Labrador registraron tasas de crecimiento inferiores a 5%.

El gasto per cápita en salud fue por lo general similar en las provincias (varió desde un valor mínimo de Can\$ 3.878 en Quebec a un máximo de Can\$ 4.820 en Alberta en 2005). La mayoría de las provincias restantes tuvieron gastos per cápita en salud de Can\$ 300 más o menos que el promedio nacional. Los tres terri-

torios tuvieron gastos per cápita considerablemente más altos (a Nunavut le correspondieron gastos mucho más altos que el promedio en Canadá). Estos elevados costos per cápita son resultado de la lejanía de los territorios canadienses y la menor densidad demográfica, que generan importantes costos de transporte.

En 2005, los gastos de los hospitales y los medicamentos ascendieron a Can\$ 67.200 millones, casi la mitad de los gastos totales en salud. Los gastos en profesionales de la salud (médicos y otros profesionales) representaron casi una cuarta parte de los gastos en salud.

Cooperación técnica y financiera en salud

El gobierno participa en programas en gran escala, con múltiples donantes, basados en las prioridades de los países en desarrollo y que hacen uso de las instituciones y los sistemas locales para su ejecución. Esta cooperación del Gobierno de Canadá fortalece la capacidad de los países en desarrollo bien gobernados que han asumido la responsabilidad primaria de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y también contribuye a coordinar y concentrar la ayuda.

Canadá considera que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, es un socio estratégico en las actividades encaminadas a mejorar el estado de salud de los pueblos de las Américas. De ahí se deriva el grado de apoyo que presta la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional para abordar problemas esenciales de salud, como las enfermedades transmisibles, la inmunización, el VIH/sida, los preparativos para pandemias y la gestión de desastres, así como el fortalecimiento de los recursos humanos en salud y la capacidad institucional en América Latina y el Caribe.

Canadá no usa los fondos del programa bienal de la OPS para trabajar dentro del país. En cambio, se usan estos fondos en asociación con países latinoamericanos y del Caribe y con la misma OPS para movilizar a expertos canadienses con el fin de hacer frente a necesidades específicas de salud identificadas por los países. Aproximadamente 20 proyectos al año son patrocinados en una alianza recíproca, que sirve para reforzar el espíritu orientador del panamericanismo.

En el plano internacional, Canadá aborda la llamada “brecha 10/90” (solo 10% de los fondos se destinan a la investigación de 90% de los problemas mundiales de salud) mediante la Iniciativa Mundial de Investigación en Salud. La iniciativa constituye una asociación entre cuatro organizaciones canadienses de salud, cada una con una ventaja comparativa diferente: los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Salud Canadá y el Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional. Este enfoque de colaboración sirve como marco para actividades encaminadas a configurar y aplicar el programa mundial de investigaciones en salud, influir en las políticas y su coherencia con las investigacio-

⁴Los datos de 2004 y 2005 son predicciones.

nes mundiales en salud y facilitar el intercambio de información entre los organismos asociados.

El Consejo de Investigación para el Desarrollo Internacional, mediante una iniciativa sobre globalización, crecimiento y pobreza, también da apoyo a las reformas políticas en los países en desarrollo orientadas a promover el crecimiento incluyente y equitativo y reducir la pobreza, así como a estrategias apropiadas de integración internacional, generando la información necesaria y el análisis de las políticas. Además, Canadá ha actuado como secretaria de la iniciativa sobre seguridad sanitaria mundial, en la cual han estado participando 180 países desde 2001. Las tareas de la secretaria incluyen preparar y difundir un protocolo para la adquisición de vacunas y ofrecer cursos sobre contención y aislamiento para la viruela y otras enfermedades contagiosas.

Canadá es también uno de los países socios de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y aporta fondos para dar apoyo a tres de los nueve centros de redes de conocimientos sobre el desarrollo infantil temprano, la globalización y la salud y los sistemas de salud en Sudáfrica. Canadá también ha asumido una función de liderazgo con la OMS en la definición de iniciativas sobre prevención y control de enfermedades crónicas, ayudando a establecer un convenio marco para la cooperación en la lucha contra enfermedades crónicas en 2005. Se prevé que la alianza con la OPS y los países de las Américas continuará expandiéndose en esta área en los próximos años.

El país también está comprometido con el fortalecimiento de la capacidad de gestión del agua a nivel internacional. Por ejemplo, Salud Canadá participa en la red internacional organizada por la OPS sobre el abastecimiento de agua en comunidades pequeñas. Este proyecto pretende abordar problemas asociados con el suministro de agua inocua a comunidades remotas en los países desarrollados y en desarrollo, como una forma de avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente los relacionados con el agua y el saneamiento.

Desde 2002, cuando actuó como país anfitrión de la Reunión de Ministros de Salud y del Medio Ambiente (HEMA, por su sigla en inglés) de todo el continente, Canadá ha estado apoyando una agenda de salud y medio ambiente, que incluye elaborar un marco más amplio de políticas para vincular la salud y el medio ambiente. El Grupo de Estudio de HEMA, constituido por 10 re-

presentantes gubernamentales de los sectores de la salud y el medio ambiente de las cinco subregiones americanas, ha propuesto medidas en toda la Región para prevenir y mitigar las amenazas ambientales para la salud del hombre a nivel nacional y regional. La subsiguiente Declaración y Agenda de Cooperación ha exhortado a forjar alianzas estratégicas que hagan hincapié en los vínculos entre los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo en particular; formular políticas públicas sobre el desarrollo sostenible que busquen aliviar la pobreza y las desigualdades, y proteger el medio ambiente y la salud en el marco de los derechos humanos.

Referencias

1. Public Health Agency of Canada, Treasury Board of Canada, Secretariat. 2005–2006 Performance Report (DPR-Part III Estimates). Available from: www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/0506/PHAC-ASPC/PHAC-ASPC_e.asp.
2. Statistics Canada. Income in Canada 2004. (Statistics Canada Catalogue Number 75-202-XIE). Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2006.
3. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security, Health Disparities Task Group. Reducing Health Disparities—Roles of the Health Sector: Discussion Paper. December 2004.
4. Yalnizyan A. Getting Better Health Care: Lessons from (and for) Canada. Canadian Centre for Policy Alternatives; 2006.
5. DesMeules M, Pong R. How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
6. Marchildon GP. Health Systems in Transition: Canada. Volume 7, Number 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
7. Canada, Department of Agriculture and Agri-Food Canada. 2002.
8. Statistics Canada. 2001 Census Analysis Series. A profile of the Canadian population: where we live. Catalogue Number 96F0030XIE.

