

---

**CANADA**  
**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**  
(27 de marzo de 2000)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

---



## RESUMEN EJECUTIVO

Canadá es una monarquía constitucional, un estado federal y una democracia parlamentaria. El país es una confederación de 10 provincias y tres territorios. La división de poderes entre las jurisdicciones federal y provinciales del gobierno se estableció en la primera Constitución del país (1867) la cual delegó en las provincias la responsabilidad de la mayoría de los programas sociales, incluida la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

El censo de 1996 determinó que la población de Canadá era de 30,6 millones de habitantes, con más del 60% en zonas urbanas. Cerca del 3% de la población tiene ascendencia aborigen. En 1995, casi 50% de familias monoparentales con la madre como jefe de familia se encontraban en situación de bajos ingresos. Desde 1990 a 1995, el porcentaje de parejas casadas con niños en situación de bajos ingresos se incrementó de 9,5% a 13% (un total de casi 460.000 familias). El Centro de Toronto para la Justicia Social ha indicado que los ingresos promedio del 10% más alto de familias con niños en 1973 fueron 8,5 veces superiores a los del 10% de más bajo ingreso; en 1996, esta razón era 10,2 veces. En diciembre de 1999, Estadísticas de Canadá informó que la tasa de desempleo nacional fue del 6,9%. Con todo, Canadá ha encabezado el índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas durante seis años consecutivos (1994-1999).

El sistema sanitario se consolidó en 1984, cuando se aprobó la Ley de Salud de Canadá en respuesta a las inquietudes sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria resultantes de cargos a los usuarios y prácticas de sobrefacturación en algunas provincias. El propósito de la Ley fue garantizar el acceso prepagado a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá. El país posee un sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada (sin fines de lucro) predominantemente, conocido por los canadienses como "Medicare". El sistema proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico.

En 1998, los gastos totales en salud en Canadá (en dólares actuales) fueron CAD\$ 81.800 millones o CAD\$ 2.700 per cápita (aproximadamente US\$ 2.250 per cápita si se utiliza la medida de conversión de la paridad del poder adquisitivo [PPA]). Los gastos sanitarios representaron el 9,1% del producto interno bruto (PIB) en 1998, nivel por debajo del pico del 10% del PIB en 1992. El gasto en asistencia sanitaria representa alrededor de un tercio de los gastos de los programas provinciales. El financiamiento del sector público equivale a aproximadamente 69,6% de los gastos totales en salud. El 30,4% restante se financia de manera privada mediante seguros complementarios, prestaciones a cargo del empleador o desembolsos directos. En el presupuesto de

1999, el Gobierno de Canadá anunció medidas claves para fortalecer la asistencia sanitaria en Canadá, mejorar la salud de los canadienses y expandir la investigación en salud. Los pagos por transferencias a las provincias y a los territorios para los servicios de salud aumentarán \$11.500 millones en el transcurso de cinco años desde 1999 a 2004. El presupuesto de 1999 también sumó \$1.400 millones en el lapso de tres años en áreas claves como investigación, información y tecnología, sistemas y programas de salud para las Primeras Naciones e Inuit, y ampliaciones de los programas de promoción y protección de la salud. En el presupuesto de 2000, el gobierno anunció \$2.500 millones extras en transferencias a las provincias por conducto de la Ley de Transferencia Sanitaria y Social de Canadá, con lo cual las transferencias totales alcanzan los \$15.500 millones para el período 2000-2001.

En 1994, se lanzó el Foro Nacional de la Salud con el fin de lograr la participación del público y los actores del sector en el diálogo sobre el futuro de la salud y la asistencia sanitaria en Canadá. El Foro se estableció como un cuerpo asesor, con el Primer Ministro en el cargo de Presidente, el Ministro de Salud federal como Vicepresidente y 24 miembros voluntarios que contribuyeron con una gama amplia de conocimiento fundado en la participación en el sistema sanitario en calidad de profesionales, consumidores y voluntarios. El Foro examinó la función federal actual en sus dos esferas de actuación: mejorar la salud de la población y apoyar el sistema de asistencia sanitaria. Los debates nacionales y las consultas en todo Canadá se centraron en la organización y la infraestructura del servicio de salud, las políticas de atención de la salud, la gestión, el financiamiento y la calidad de la atención. En 1997, los autores de más de 42 estudios publicaron el informe de cinco volúmenes titulado, "*Canada Health Action: Building on the Legacy*" [Acción sanitaria en Canadá: Aprovechar el legado]. La prescripción general para sostener el sistema sanitario de Canadá en el futuro es un equilibrio de las acciones sobre los factores determinantes fuera del ámbito médico y las acciones hacia el sistema sanitario mismo.

En Canadá, el objetivo general de reestructurar el sistema sanitario ha sido simplificar las funciones y las responsabilidades de manera que el gobierno federal trabaje con política general, el establecimiento de normas y auditoría; los gobiernos provinciales tengan una función de vigilancia, y los gobiernos locales se encarguen de la provisión de infraestructura y la prestación de servicios. Canadá enfatiza criterios que se centran menos en los hospitales y en los médicos, y que se basan en la asistencia no institucional, una variedad más amplia de prestadores de servicios de salud multidisciplinarios y una mayor dependencia de otras formas de atención comunitaria, incluida la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Si bien se reconoce que los recursos deben reasignarse a la atención comunitaria, las presiones fiscales dificultan esto.

Las estrategias canadienses han recalcado el liderazgo; han incluido la participación de los gobiernos provinciales y locales y la sociedad civil; y han enfatizado el proceso decisorio basado en datos, la responsabilización y el establecimiento de medios para medir el logro de los objetivos planificados en el ámbito de la salud. Se cree que Infovía Sanitaria Canadiense se convertirá en la base para obtener información clave y comunicaciones para el sistema de asistencia sanitaria en el siglo XXI<sup>19</sup>. La posición de Canadá con respecto a la salud, la asistencia sanitaria, la descentralización, la información sanitaria y el financiamiento de la salud complementa los valores básicos incorporados en los marcos de referencia política que cuentan con respaldo internacional y las necesidades del siglo XXI que consideran a la salud una meta clave para el desarrollo social y un componente esencial de la calidad de vida misma.



## 1. CONTEXTO

**Contexto político:** Canadá es una monarquía constitucional, un estado federal y una democracia parlamentaria con dos idiomas oficiales (francés e inglés) y dos sistemas de ley (el derecho civil y el derecho anglosajón [common law]). El país es una confederación de 10 provincias y tres territorios. La división de poderes entre los gobiernos federal y provinciales se estableció en la primera Constitución del país (1867), la cual delegó responsabilidad a las provincias por la mayoría de los programas sociales, incluida la prestación de servicios de asistencia sanitaria<sup>27</sup>. El sistema se consolidó en 1984, cuando se aprobó la Ley de Salud de Canadá en respuesta a inquietudes sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria. El propósito de la ley fue garantizar el acceso prepago a la atención sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá.

En el nivel superior de gobierno, la mayoría de los temas prioritarios en política sanitaria y programación social se desarrollan mediante mecanismos como el *Comité Parlamentario Permanente sobre Salud* y los *Comités Asesores Federales, Provinciales y Territoriales (F/P/T) de Ministros y Viceministros de Salud*. Además, *consejos asesores* especiales de expertos provenientes de todo el país asesoran al Ministro sobre temas específicos. Por ejemplo, el Comité Asesor Federal, Provincial y Territorial (F/P/T) sobre Servicios de Salud, el Consejo Asesor sobre Infraestructura Sanitaria, el Comité Consultivo Farmacéutico (CCF), el Grupo de Asesoramiento Científico (GAC), el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento y el Consejo para la Iniciativa Canadiense de Salud de la Población (CPHI, por su sigla en inglés), y otros. Los principales temas políticos y sociales que influyen en la situación sanitaria o en la prestación de los servicios en Canadá son: 1) una percepción creciente que la calidad básica de la atención se está deteriorando debido a los recortes en el gasto fiscal<sup>30,43</sup>; 2) en el ámbito provincial, la existencia de nuevos presupuestos regionales para financiamiento que desafían el enfoque tradicional de la presupuestación entre las diferentes partes de la asistencia sanitaria<sup>21</sup>; 3) el crecimiento constante del gasto en preparaciones farmacéuticas que ha superado a otros componentes de la asistencia sanitaria<sup>4,31</sup>; 4) la alta correlación entre los factores sociales, económicos y culturales y la salud<sup>25</sup>; 5) los costos crecientes de la atención sanitaria<sup>9</sup>...

### **Contexto económico:**

INDICADOR	Año					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en moneda local y US\$	25.652*	26.573*	26.947*	27.782*	ND	ND
Gasto público total como porcentaje del PIB	22,5*	21,7*	20,8*	20,0*	ND	ND
Gasto social público como porcentaje del PIB	15,6	15,0	14,9	ND	ND	ND
Gasto total en salud como	9,4*	9,1*	8,9*	8,9	9,1	9,2

porcentaje del PIB						
--------------------	--	--	--	--	--	--

**Fuentes:**

Datos sobre salud de la OCDE para 1999\* en paridades del poder adquisitivo en unidades de moneda local y dólares estadounidenses. Estadísticas Canadá, Ingresos y gastos consolidados del gobierno. División de Instituciones Públicas

La economía canadiense avanzó a finales de 1999, liderada por la industria manufacturera y de la construcción. Otros sectores económicos importantes son la energía, la minería, y la alta tecnología<sup>45</sup>.

**Contexto social:** El censo de 1996 determinó que la población de Canadá era de 30,6 millones, con más del 60% en zonas urbanas. Cerca del 3% de la población tiene ascendencia aborígen y el 17%, ó 5 millones de personas, son inmigrantes predominantemente de Asia, Oriente Medio y África<sup>25</sup>. Se determinó que cerca del 17% de canadienses de entre 16 y 65 años de edad se sitúan en el nivel más bajo de alfabetismo. Estos canadienses pueden leer solo material sencillo sin instrucciones complejas. Desde 1971 a 1996, hubo una disminución considerable en la proporción de canadienses de 15 y más años de edad con una educación inferior al noveno grado (de 32% a 12%) y un aumento correspondiente en la proporción de canadienses que habían concluido algún nivel de escolaridad posterior a la educación secundaria (de 17% a 34%). Sin embargo, uno de los cambios más significativos entre 1971 y 1996 fue el aumento en el número de mujeres que alcanzaron títulos universitarios. Los aborígenes presentaron una menor probabilidad de alcanzar niveles altos de instrucción formal que los canadienses de 15 y más años de edad. Las comparaciones de los datos de 1981 y 1996 revelan que el porcentaje de aborígenes canadienses con una educación inferior a la secundaria descendió de 59% a 45%<sup>46</sup>.

En 1995, casi 50% de familias monoparentales con la madre como jefe de familia se encontraban en situación de bajos ingresos. Desde 1990 a 1995, el porcentaje de parejas casadas con niños en situación de bajos ingresos se incrementó de 9,5% a 13% (un total de casi 460.000 familias). Es probable que uno de cada cinco personas de edad avanzada (principalmente mujeres sin pareja) aun se encuentre en una situación de bajos ingresos. En 1995, cerca del 36% de las minorías y un 44% de la población indígena vivían en situaciones de bajos ingresos<sup>47</sup>.

El Centro de Toronto para la Justicia Social ha indicado que los ingresos promedios del 10% más alto de familias con niños en 1973 fueron 8,5 veces superiores a los del 10% más bajo de familias con niños; en 1996, esta razón había alcanzado 10,2 veces<sup>60</sup>.

En diciembre de 1999, Estadísticas Canadá informó que la tasa de desempleo nacional fue del 6,9%, la más baja en diez años. Las provincias de la parte oeste notificaron las tasas de desempleo más bajas: Alberta (5,7%), Manitoba (5,9%) y Saskatchewan (6,3%). Gran parte del crecimiento en la fuerza laboral ha sido en trabajo a tiempo parcial y trabajo por cuenta propia, ninguno de los cuales proporcionan prestaciones y pensiones. En 1998, cerca del 30% de mujeres adultas que trabajaban a

tiempo parcial lo hacían involuntariamente y otro 20% trabajaba a tiempo parcial para poder atender a sus niños<sup>50</sup>.

Canadá ha encabezado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas durante seis años consecutivos (1994-1999). Canadá continúa liderando el IDH relativo a género. Sin embargo, la posición de Canadá con respecto al IDH desciende al décimo lugar si se aplica el índice de pobreza humana de las Naciones Unidas para los países industrializados<sup>55</sup>.

## 2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

**Organización general:** Canadá posee un sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada (sin fines de lucro) predominantemente, conocido por los canadienses como "Medicare". El sistema proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico<sup>58</sup>.

El sistema de asistencia sanitaria de Canadá se ha construido sobre los cinco principios de la *Ley de Salud de Canadá* (HCA, por su sigla en inglés): a) La universalidad significa que el plan provincial debe conceder el derecho al 100% de la población a servicios asegurados según términos y condiciones uniformes; b) el alcance indica que todos los servicios de salud asegurados prestados por hospitales y profesionales médicos deben estar cubiertos por el plan; c) la accesibilidad significa que los servicios sanitarios deben prestarse sin barreras, incluidos los cargos adicionales a los pacientes asegurados para los servicios asegurados; d) la facilidad de transferencia garantiza la cobertura de salud para los asegurados cuando se trasladan en Canadá o cuando viajan dentro o fuera del país; e) la administración pública requiere que el plan deba ser administrado y ejecutado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable nombrada o designada por el gobierno provincial.

El manejo directo de los servicios de salud es responsabilidad de cada provincia o territorio individual. Por intermedio de sus ministerios de salud respectivos, planifican, financian y evalúan la prestación de atención hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica así como algunos elementos de la atención por prescripción y la salud pública. También supervisan las responsabilidades específicas delegadas a otros organismos no gubernamentales. Los ministerios provinciales de salud financian hospitales públicos, negocian los sueldos de los profesionales paramédicos y los honorarios para los servicios médicos con las asociaciones provinciales de médicos. En todos los casos, se publica y se pone a disposición del público un resumen de las prestaciones para los servicios médicos de acuerdo con la Ley del Seguro de Salud.

Una característica definitoria de la mayor parte de la asistencia sanitaria en Canadá es que se financia públicamente, principalmente mediante tributación, incluidos los impuestos federales y

provinciales, personales y sobre la renta de las sociedades, pero los servicios se prestan de manera privada sin fines de lucro. La Estructura del Financiamiento para el Sistema de Salud en Canadá indica que el flujo de los fondos de los individuos en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, los empleadores y los aseguradores privados, financia el sistema de prestación de asistencia sanitaria y los prestadores.

Los médicos generales y los médicos de familia proporcionan la mayor parte de la atención primaria de la salud en Canadá y representan cerca del 51% de todos los médicos activos en Canadá. Generalmente constituyen el contacto inicial con el sistema formal de atención de la salud y controlan el acceso por derivación a la mayoría de los especialistas, los prestadores asociados, los ingresos a los hospitales para los cuales tienen privilegios, la prueba de diagnósticos y la farmacoterapia de prescripción. La mayoría de los médicos generales son facultativos particulares que trabajan en prácticas independientes o de grupo y que gozan de un alto grado de autonomía. Son responsables ante sus pacientes que tienen la libertad de elegir a sus propios médicos. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios, como agrupaciones de profesionales en hospitales o en afiliación con departamentos de hospitales para la consulta externa, sin que esto afecte su nivel de autonomía. Los médicos particulares en general reciben honorarios por los servicios que prestan y presentan los reclamos para el pago de los servicios directamente al plan de seguro provincial. No se permite ninguna sobrefacturación a los pacientes por servicios asegurados públicamente.

Los dentistas trabajan independientemente del sistema de asistencia sanitaria, excepto en los casos en que se necesita cirugía dental hospitalaria. Si bien las enfermeras están empleadas en general en el sector hospitalario, también proporcionan apoyo a los servicios primarios en consultorios comunitarios. Del mismo modo, se ha manifestado una tendencia hacia la prestación independiente de los servicios de atención del parto, y de enfermeras de atención directa que, con el tiempo, pueden desempeñar una función más importante en la atención primaria de la salud y la atención a poblaciones remotas. Los farmacéuticos dispensan medicamentos y preparaciones prescritas y también actúan como una fuente de conocimiento independiente, proporcionando información sobre los medicamentos prescritos o ayudando en la compra de medicamentos de venta libre.

La atención médica especializada a pacientes ambulatorios se proporciona en gran parte de la misma manera que la atención por médicos generales. Los especialistas controlan el acceso mediante la derivación a otros especialistas y prestadores asociados, ingresos a los hospitales, e indican las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y la farmacoterapia de prescripción necesarios. Muchos especialistas mantienen prácticas privadas y probablemente tienen un cargo en un hospital o una afiliación con un consultorio de atención ambulatoria del hospital.

Los hospitales canadienses en general funcionan como entidades sin fines de lucro administradas por juntas de la comunidad o depositarios. En calidad de tal, los hospitales en Canadá son entidades sumamente autónomas, y la función de los gobiernos provinciales está limitada a acciones de planificación, financiamiento y presupuestación. Actualmente, los únicos hospitales administrados directamente por las provincias tienden a ser instituciones psiquiátricas, sin embargo, muchas provincias están en vías de deshacerse de estas instituciones. El gobierno federal administra varios hospitales para el personal militar y algunos establecimientos para la salud de los pueblos indígenas. Las operaciones de los hospitales privados, con fines de lucro, representan menos del cinco por ciento del total y, en general, se trata de establecimientos para la atención de larga estancia o servicios especializados como centros para el tratamiento de adicciones o instituciones de salud mental que no están cubiertas por la *Ley de Salud de Canadá*.

Los servicios de atención comunitaria se organizan en dos niveles fundamentales: la atención institucional y la asistencia domiciliaria. La asistencia institucional de la comunidad en gran parte se centra en la prestación de asistencia a largo plazo y atención crónica. Los gobiernos provinciales cubren los costos de los servicios institucionales de asistencia sanitaria de larga estancia, mientras los costos de la estadía (alojamiento y comida) son responsabilidad de la persona. Estos costos pueden pagarse mediante desembolsos directos o seguros privados, si se están disponibles.

En Canadá, el *sector privado* está excluido por ley como entidad pagadora de la mayor parte de la asistencia sanitaria. La función del sector privado como entidad pagadora se limita a los servicios que no están cubiertos completamente por los programas de salud provinciales. Estos incluyen productos farmacéuticos que se usan fuera de los hospitales, atención oftalmológica, atención dental y los servicios de las profesiones paramédicas como quiroprácticos, podiatras, dentistas y cirujanos plásticos. Las entidades pagadoras de la atención de salud del sector privado incluyen aseguradoras privadas, empleadores que ofrecen prestaciones complementarias para la salud como un beneficio laboral y personas que pagan la atención de salud complementaria con desembolsos directos. Por lo general, los prestadores de asistencia sanitaria provienen del sector privado. En gran parte, las instituciones en los sistemas hospitalarios provinciales son también organizaciones individuales privadas, sin fines de lucro con sus propias estructuras administrativas. Funcionan bajo el auspicio de los ministerios de salud provinciales y el financiamiento con fondos públicos, pero no son propiedad del sector público.

### ***Recursos del sistema sanitario***

#### ***Recursos humanos:***

## Recursos humanos en el sector de la asistencia sanitaria

Tipo de recurso	Año							
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
No. total de médicos*	ND	ND	55.955	55.040	55.006	54.958	55.243	56.203
No. total de enfermeras*	ND	ND	235.630	ND	ND	ND	229.813	227.651
No. total de técnicos de laboratorios médicos**	55.385	ND	ND	ND	ND	71.395	ND	ND
No. de graduados en salud pública***	729	731	762	821	788	858	1079	1148
Razón de médicos cada 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	18,3	18,5
Razón de enfermeras profesionales cada 10.000 habitantes *	ND	ND	81,6	ND	ND	ND	76,3	74,8

## Fuentes:

Instituto Canadiense de Información Sanitaria. \*\*Estadísticas Canadá 93-327 Censo 91. Estadísticas Canadá. La Nación, Mano de obra de 15 años o más según ocupación detallada. Censo 96. \*\*\* Estadísticas Canadá. Centro para estadísticas sobre educación, tabulaciones especiales.

## Recursos humanos en instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, 1996-1998

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos 1996	Enfermeras 1998	Auxiliares de enfermería	Otro personal técnico	Personal administrativo	Apoyo general
Hospital	2.801*	142.043	ND	ND	14.615*	71.487*
Salud comunitaria	ND	16.202	ND	ND	ND	ND
Casa de convalecencia	ND	26.987	ND	ND	ND	ND
Asistencia domiciliaria	ND	9.992	ND	ND	ND	ND
Institución educativa	ND	5.007	ND	ND	ND	ND
Consultorio médico: Médico general o de familia	37.715	5.881	ND	ND	ND	ND
Especialistas	21.625					
* Otra	8.360	18.492	ND	ND	ND	ND
No especificada	ND	3.047	ND	ND	ND	ND
Total	63.209	227.651	39.895	122.875		165.385

Nota: Las cifras marcadas con un \* son pagadas por los hospitales. Para evitar que se contabilicen dos veces, no se han agregado al total.

Otros Médicos incluyen a: optometristas, quiroprácticos, otras profesiones para el diagnóstico y el tratamiento de la salud. Otras enfermeras incluyen a: negocio/industria, enfermería privada, trabajadores por cuenta propia y asociación/gobierno. Otras profesiones técnicas y relacionadas incluyen a: expertos en tecnología y técnicos médicos, dentistas, higienistas dentales, técnicos dentales y trabajadores de laboratorio, ópticos, parteras y profesionales que realizan curaciones naturales, asistentes de ambulancias, paramédicos, otros terapeutas. Servicios generales representan a todo el personal en los centros funcionales de apoyo (Normas MIS)

## Fuentes:

Estadísticas Canadá, Censo de 1996. Profesiones detalladas por sexo. Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI, por su sigla en inglés) 1998; Informe anual de hospitales del CIHI, año fiscal 1997/98 (representa un índice de respuesta del 85%).

*Medicamentos y otros productos sanitarios:*

Indicador	Año						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Número total de productos farmacéuticos comercializados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12.000
Ventas de medicamentos con nombre comercial. Miles de millones de CAD\$	1,9	2,1	2,4	2,4	2,6	3,0	3,7
Ventas de medicamentos genéricos. Miles de millones de CAD\$	2,5	2,7	3,0	3,5	3,4	3,6	3,3
Ventas totales de medicamentos (precio por menor). Miles de millones de CAD\$ (incluye medicamentos de venta libre)	7.673,6	8.451,3	8.897	9.078,9	9.303,9	9.439,8	9.461,2
Gasto per cápita en medicamentos (precio al por menor)	273,8	296,2	310,0	312,74	316,5	317,8	315,4

ND: No disponible.

Fuente: PMPRB. *Looking Back at 1998*, Informe anual de la Junta de Revisión de Precios de Medicamentos Patentados. Ottawa 1999

Los datos disponibles para la Junta de Revisión de Precios de Medicamentos Patentados (PMPRB, por su sigla en inglés) le permiten medir cambios en las cantidades así como en los precios de los medicamentos patentados vendidos año tras año<sup>38</sup>. Este análisis revela que las cantidades vendidas de medicamentos patentados se han incrementado sistemáticamente a un ritmo mucho más alto que los precios. Las ventas de medicamentos patentados representaron un 52,3% de las ventas totales (al nivel de los fabricantes)<sup>8</sup>. Según el IMS de Canadá, los medicamentos genéricos se recetaron en un 37,6% de las prescripciones en 1995 pero representaron solo un 13% del mercado total de productos farmacéuticos (para los medicamentos de prescripción) en función de los gastos. Desde 1988 a 1998, el aumento anual promedio en las cantidades vendidas de los medicamentos patentados fue de aproximadamente 10,8% en comparación con un aumento anual promedio de 0,9% en sus precios. Entre 1975 y 1994, los gastos canadienses por persona en medicamentos, ajustados de acuerdo con la inflación, aumentaron más del doble<sup>4</sup>. Se logró cierta contención de los costos de las siguientes maneras: evaluación de medicamentos y aprobación por Salud Canadá; control de los precios de los medicamentos patentados; formularios provinciales que enumeran medicamentos que se pagarán. Las provincias que tienen formularios farmacéuticos en general se dirigen a grupos de población específicos como los grupos de asistencia social, pediátricos, grupos con ciertas enfermedades crónicas y ancianos. La lista exacta varía de acuerdo con la provincia. Para las personas empleadas, los planes de seguros complementarios cubren un porcentaje del costo al por menor de los medicamentos. Según el plan del grupo y el asegurador, puede llegar al 100%, pero es normalmente mucho menor. Los montos deducibles y los copagos anuales pueden reducir las prestaciones reales. En 1997, se gastaron aproximadamente \$9.600 millones en medicamentos, la mayor parte de lo cual (\$7.000 millones) fue pagado por el sector privado.

Los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional son analgésicos, antitusígenos y medicamentos para combatir el resfriado, antihipertensivos, antibióticos y medicamentos para reducir las molestias gástricas<sup>51</sup>. Los protocolos estandarizados de tratamiento se publican para las enfermedades más prevalentes en los establecimientos de atención de salud pública y son respetados por los médicos que recetan y los farmacéuticos que los distribuyen. La presencia de un farmacéutico es obligatoria en todas las farmacias y los hospitales privados.

El sistema de suministro de sangre de Canadá se funda en el principio del carácter gratuito. En 1999, los operadores del sistema de sangre, que está compuesto por los Servicios Hematológicos de Canadá (SHC) y Hema Quebec, lograron 680.000 donaciones y 210.000 donaciones de sangre respectivamente, una concurrencia de 30.000 donantes de sangre más a sus consultorios que en 1998. Uno de los beneficios de un sistema hematológico nacional es que, pese a que haya insuficiencias periódicas, suelen estar restringidas a una región específica y pueden solucionarse con un movimiento del suministro; cualquier región puede ser exportadora o importadora neta de sangre en un momento determinado.

*Equipamiento y tecnologías:*

#### Disponibilidad de equipamiento en el sector salud, 1998-1999

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas censables*	Laboratorios clínicos **	Bancos de sangre	Equipo de radiodiagnóstico *
<b>Público</b>	131.320	3.439	988***	ND
<b>Privado</b>	941	3	ND	ND
<b>TOTAL</b>	132.261	3.441	ND	ND
<b>TOTAL cada 1.000 habitantes</b>	<b>4,36</b>	<b>0,113</b>	<b>0,032</b>	<b>ND</b>

*Notas:* \* El recuento del equipo de radiodiagnóstico se incluye en la columna de laboratorios clínicos. \*\* Incluye laboratorios médicos y radiológicos separados y combinados. Otros laboratorios pueden ser públicos o privados. \*\*\*Los centros para bancos de sangre incluyen 14 en 9 provincias y 3 en la provincia de Quebec. Los 969 establecimientos de salud atendidos incluyen 855 en 9 provincias y 114 en la provincia de Quebec.

*Fuentes:* Instituto Canadiense de Información Sanitaria. Informe anual de los hospitales para el año fiscal 1997/98. Estadísticas Canadá, División de Registro Comercial, Instituto Canadiense de Información Sanitaria. Informe anual de los hospitales para el año fiscal 1997/98. Servicios Hematológicos de Canadá, Hema Quebec

#### Disponibilidad de equipos en el sector sanitario por nivel de atención, 1997-1998

Subsector	Tipo de recurso					
	Salas de parto		Laboratorios clínicos		Equipo de radiodiagnóstico	
	Primer nivel	Segundo nivel	Primer nivel	Segundo nivel	Primer nivel	Segundo nivel
<b>Público</b>	37	232	595	51	576	52
<b>Privado</b>	ND	ND	2	ND	1	ND
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>232</b>	<b>597</b>	<b>51</b>	<b>577</b>	<b>52</b>

*Nota:* El segundo nivel se refiere a los hospitales docentes

*Fuente:*

Informe anual sobre hospitales del CIHI para el año fiscal 1997/98. Los datos preliminares representan un índice de respuesta del 85%

Según la encuesta anual de hospitales de 1996/97, el 1,4% de los gastos operativos en los laboratorios clínicos de los hospitales fueron para el mantenimiento de equipos y el reemplazo de

piezas principales de los equipos. Para la radiología de diagnóstico, la proporción fue del 4,6%. Según la encuesta sobre gastos en capital y reparaciones realizada por Estadísticas Canadá, los gastos por reparación de maquinarias y equipos en laboratorios médicos y otros laboratorios sanitarios ascendieron a \$16,1 millones en 1995.

La distribución de las unidades y los equipos de alta tecnología se determina en un proceso de planificación y consulta minucioso entre los ministros de salud provinciales respectivos y las diversas juntas de hospitales regionales y distritales y sus comités de planificación<sup>44</sup>. En general, el equipo de diálisis se coloca en los hospitales docentes, los equipos de neonatología se encuentran en los hospitales de niños, o en los hospitales de urgencia u ordinarios que ofrecen atención por maternidad, etc. En la mayoría de las provincias, los procesos de reestructuración han incluido un grado de reducción de la magnitud y consolidación de los servicios hospitalarios y las funciones especiales, que a su vez han tenido una repercusión directa en el número y la distribución de los equipos de alta tecnología. Por ejemplo, la provincia de Ontario está emprendiendo la reforma en cada uno de los sectores. En vías de simplificar los servicios de diagnóstico y terapéuticos disponibles, los servicios del Centro de Cáncer se han regionalizado y se encuentran ahora establecidos en cuatro ciudades. Juntos, proporcionan una gama completa de servicios para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer desde la prevención hasta los cuidados paliativos. Se han establecido redes regionales similares para el sistema de tratamiento por diálisis en Ontario. El equipo necesario se distribuye según la función. Los servicios de neonatología también se han consolidado para prestar servicios normales y de urgencia.

### ***Funciones del sistema sanitario***

*Rectoría:* La función del gobierno federal en la asistencia sanitaria incluye el establecimiento y la administración de los principios o normas nacionales para el sistema de asistencia sanitaria (Ley de Salud de Canadá, 1984) y la cooperación en el financiamiento de los servicios provinciales de asistencia sanitaria mediante transferencias fiscales (Transferencia Sanitaria y Social de Canadá [CHST, por su sigla en inglés], 1996). El gobierno federal también tiene responsabilidad directa por la salud de la población militar, las poblaciones de las Primeras Naciones, la Real Policía Montada de Canadá (RCMP, por su sigla en inglés), los veteranos y los prisioneros. Con el uso de la gama completa de instrumentos de política, incluidas las medidas para gastos directos y de tributación, servicios de reglamentación e información, el gobierno federal se ha tornado más activo en el respaldo de las provincias a fin de llevar adelante objetivos con respecto a la situación sanitaria, redactar informes comparativos sobre la situación sanitaria, realizar investigaciones sobre organizaciones de práctica médica, analizar económicamente las opciones de intervención médica y evaluar tecnologías nuevas<sup>30</sup>.

Otra área de responsabilidad federal en la salud es el impulso de estrategias como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación. Además, el Departamento de Salud Federal cumple funciones por las cuales tiene responsabilidad constitucional, como garantizar que los canadienses posean información sanitaria exacta y oportuna sobre la cual basar las elecciones y las decisiones individuales. En este sentido, la formulación de políticas y programas dentro del país es apoyada por una gama amplia de sistemas de vigilancia e información sanitaria, todos los cuales se usan como base para el proceso decisorio en torno a pruebas. Otros instrumentos empleados por el gobierno federal para la formulación de políticas incluyen: la investigación teórica; las estadísticas, la investigación aplicada y la creación de modelos; la exploración ambiental, el análisis de tendencias y las proyecciones; el análisis de políticas y el asesoramiento; la consulta y la gestión de las relaciones; las comunicaciones; el diseño, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de programas<sup>40</sup>. Como parte de la estructura federada del gobierno, las provincias y los territorios canadienses planifican, financian y evalúan la prestación de atención hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica, algunos aspectos de la atención por prescripciones y la salud pública. Las provincias controlan generalmente los establecimientos mediante la vigilancia de los presupuestos y los gastos<sup>58</sup>.

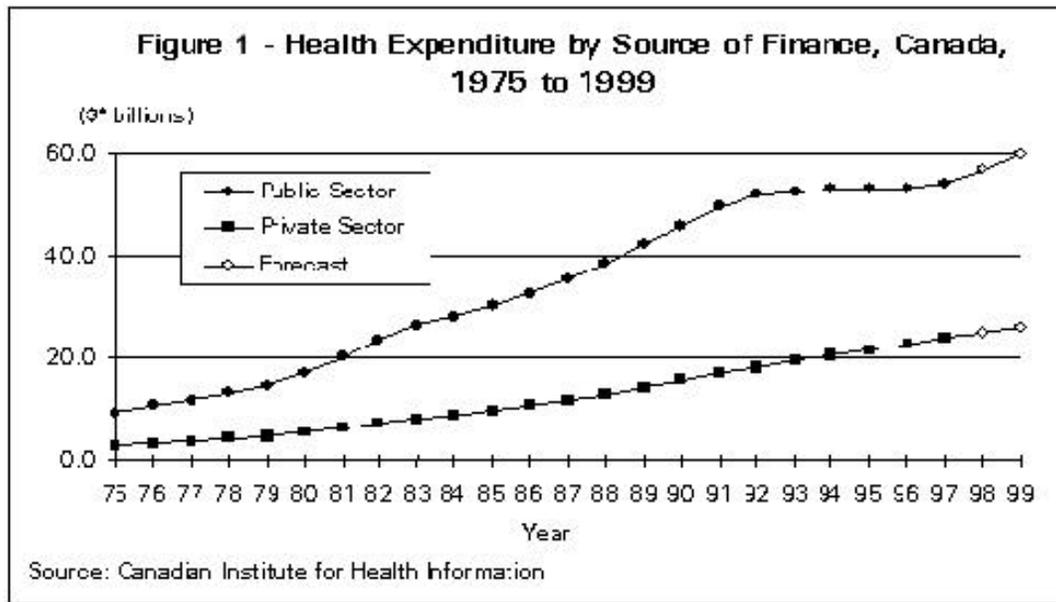
El Real Colegio de Médicos y Cirujanos evalúa regularmente los hospitales a fin de incluirlos en programas de capacitación para residencias, y profesiones relacionadas, como fisioterapeutas, determinan programas y departamentos de hospitales individuales como candidatos para pasantías. El Consejo Canadiense para la Acreditación de los Establecimientos de Salud vigila la calidad de los hospitales canadienses. El proceso de acreditación implica que los hospitales deben cumplir normas mínimas para mantener su condición. El incumplimiento de estas normas puede conducir a una modificación de la clasificación, la pérdida de la condición de hospital docente o, en algunos casos, una reducción en el financiamiento.

*Financiamiento y gasto:* El seguro de salud del sistema canadiense, con acceso para todos y que cubre servicios hospitalarios y médicos necesarios, se financia y administra públicamente. Es importante el grado de participación del sector público, como entidad pagadora de los servicios.

A partir del año fiscal 1996-97, la contribución del gobierno federal a la salud provincial y a los programas sociales se consolidó en una transferencia nueva de bloque único, la *Transferencia Sanitaria y Social de Canadá*. Se transfiere financiamiento federal a las provincias como una combinación de dinero en efectivo y transferencias tributarias. La Transferencia Sanitaria y Social de Canadá confiere a las provincias y a los territorios la flexibilidad para asignar pagos entre los programas sociales según sus prioridades, sin dejar de defender los principios de la Ley de Salud de Canadá y la condición de que no hay un período de residencia mínima en lo que se refiere a la

asistencia social. Del mismo modo que con las transferencias anteriores, los planes provinciales para el seguro de salud deben adherirse a los principios de la *Ley de Salud de Canadá* a fin de reunir los requisitos para los pagos completos de las transferencias federales.

Aunque la mayor parte del financiamiento público de los sectores proviene de flujos de ingresos centrales, dos provincias (Alberta y British Columbia) utilizan primas suplementarias para la asistencia sanitaria. Las primas no se determinan de acuerdo al riesgo en ninguna de las dos provincias y el pago previo de una prima no es una condición previa para el tratamiento. La asistencia dispuesta en las primas se ofrece a individuos y familias de bajos ingresos. Las primas para la atención de la salud también contribuyen a los ingresos centrales provinciales y se consideran una forma alternativa de tributación<sup>58</sup>.



Algunas provincias emplean métodos adicionales de financiamiento para la salud como impuestos sobre las ventas, gravámenes a la nómina de sueldos (Ontario, Manitoba, Terranova, Quebec) e ingresos por lotería. En general, los criterios de financiamiento basados en la población en las provincias canadienses han adoptado comúnmente una estructura de tres partes: i) un pago per cápita ajustado de acuerdo a la edad y el sexo de la población; ii) un segundo nivel de ajuste según la situación socioeconómica y, en algunos casos, la condición aborigen; iii) una asignación para el mayor costo de gestión resultado de la distancia y la dispersión de la población.

La distinción más importante en el financiamiento de los hospitales es la separación de los presupuestos operativos de los presupuestos de capital. Los proyectos de capital y la compra de bienes de capital están estrechamente controlados y son financiados solo parcialmente por las

provincias. Los fondos residuales se recaudan dentro de cada comunidad según se identifican y aprueban las necesidades de capital. Como resultado, la mayoría de los hospitales mantienen una dependencia o una fundación para la recaudación de fondos a fin de proporcionar una reserva de fondos ininterrumpida para las compras de capital. Las decisiones sobre el gasto del capital se determinan de acuerdo a los proyectos individuales mediante un proceso diferente, que incluye la negociación entre las juntas de los hospitales, las provincias, los prestadores y, cada vez más, los ciudadanos. Anteriormente, los presupuestos operativos de los hospitales se determinaban por rubro. La mayoría de los hospitales ahora trabaja a partir de presupuestos generales, que controlan la inflación en alza ocasionada por la presupuestación por rubro. Además del financiamiento provincial que reciben los hospitales, también pueden recaudar ingresos de servicios auxiliares como estacionamiento y estadía preferencial. Una reciente preocupación fiscal ha dado lugar a reducciones generales de los presupuestos de los hospitales así como de la reestructuración, las fusiones y los cierres de los hospitales en un intento de las provincias por controlar el segmento más costoso de la asistencia sanitaria. Algunas provincias también han incrementado la presión en los hospitales al insistir en que las iniciativas nuevas para la atención comunitaria se financien con los ahorros de estos centros sanitarios<sup>58</sup>.

La mayoría de las provincias canadienses han determinado cuatro criterios para el pago de los médicos: a) métodos basados en la actividad, conocidos también como honorarios por servicios prestados; b) métodos basados en los ingresos, de acuerdo con las tasas salariales o de sesión; c) métodos basados en las necesidades, que incluyen la capitación ajustada de acuerdo con la edad, el sexo y el riesgo; d) combinaciones de las tres anteriores.

En calidad de profesionales particulares, el pago de los médicos y los especialistas se basa principalmente en honorarios por servicios prestados. Los aumentos y las disminuciones en los planes de honorarios y, en los últimos tiempos, los presupuestos generales para los servicios médicos se negocian entre cada gobierno provincial y su asociación médica respectiva. La determinación relativa de los honorarios, es decir, el honorario real para un servicio específico, generalmente es determinado por la profesión. Los médicos reclaman el reembolso de sus aranceles directamente al plan provincial del seguro de salud.

Si bien los gastos para la atención de la salud sobre una base per cápita aumentaron en un 9,8% entre 1975 y 1991, entre 1991 y 1996 la tasa de crecimiento per cápita en el gasto descendió extraordinariamente a 1,4%. El gasto en asistencia sanitaria por persona en Canadá fue aproximadamente CAD\$ 2.598 en 1997 y se espera que alcance CAD\$ 2.700 en 1998 y CAD\$ 2.815 en 1999<sup>4</sup>.

En promedio, el porcentaje de gastos públicos destinados a la salud en las provincias oscila entre 30% y 37%. El gasto en la asistencia sanitaria por el sector público representó 69,4% de los gastos totales en salud en 1997. En 1998, se prevé que esta proporción aumentará levemente a 69,6% y permanecerá en ese nivel en 1999. El 30,4% restante se financia privadamente mediante el seguro complementario, las prestaciones por cuenta del empleador o desembolsos directos<sup>4</sup>. El gasto del sector público en Canadá incluye pagos directos por los gobiernos federal, provincial, territorial, municipal y las Juntas de Compensación de los Trabajadores. El financiamiento del sector privado comprende principalmente gastos en salud por los hogares (desembolsos directos) y aseguradoras privadas.

#### Gastos totales en salud por uso de fondos. Distribución del porcentaje. Dólares actuales.

	Año				
	1990	1995	1996	1997	1998 (p)
Hospitales	39,2	34,6	34,0	32,5	32,2
Otras instituciones	9,4	9,9	10,0	9,9	9,9
Médicos	15,1	14,2	14,1	14,2	14,0
Otros profesionales	10,6	11,5	11,9	12,5	12,7
Medicamentos	11,3	13,4	13,6	14,5	14,9
Capital	3,5	3,0	2,8	2,6	2,6
Otros gastos en salud	11,0	13,5	13,7	13,8	13,7
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instituto Canadiense de Información Sanitaria. p = proyección

#### Participación pública y privada en el gasto total en salud, mediante el uso de fondos, 1997.

	Pública	Privada	Total
Hospitales	90,6	9,4	100,0
Otras instituciones	69,1	30,9	100,0
Médicos	98,8	1,2	100,0
Otros profesionales	11,1	88,9	100,0
Medicamentos	30,6	69,4	100,0
Capital	80,8	19,2	100,0
Otros gastos en salud	80,3	19,7	100,0

Fuente: Instituto Canadiense de Información Sanitaria.

El cuadro anterior demuestra que 90,6% del gasto público se destinó a la atención terciaria de hospitales, dejando 9,4% para la atención primaria de la salud y otros gastos.

*Aseguramiento:* Los canadienses no pagan directamente los servicios hospitalarios y médicos asegurados como tampoco deben completar formularios para los servicios asegurados. No hay montos deducibles, copagos o límites en dólares para la cobertura de los servicios asegurados. Los servicios de salud asegurados definidos por la *Ley de Salud de Canadá* incluyen todos los servicios hospitalarios y médicos necesarios desde el punto de vista médico, al igual que servicios quirúrgicos dentales necesarios desde el punto de vista médico o dental que deben realizarse adecuadamente en un hospital. Los servicios extendidos de asistencia sanitaria, según se especifican en la *Ley de Salud*

*de Canadá*, significan atención intermedia en casas de convalecencia, atención residencial a adultos, asistencia domiciliaria y atención sanitaria ambulatoria. Los servicios forman parte de una gama amplia de servicios sanitarios y sociales ofrecidos por diferentes programas y establecimientos comunitarios e institucionales a los residentes de una provincia.

Si bien el costo del componente de los servicios médicos de la atención tradicionalmente ha sido cubierto por planes provinciales de seguro de salud, el principio de accesibilidad de la *Ley de Salud de Canadá* no permite cargos extras a pacientes en consultorios privados.

En la mayoría de las provincias la administración y el pago de los servicios asegurados son administrados también por un plan de seguro de salud provincial responsable ante el gobierno provincial. Estos planes se basan en la tributación, no tienen fines de lucro y poseen una entidad pagadora única para los servicios asegurados. Funcionan desde el ministerio de salud o por conducto de otro organismo estrechamente vinculado al ministerio. Estos planes administran el pago a los prestadores de servicios en nombre de los residentes de la provincia que reúnen las condiciones. La operación de estos planes debe estar de acuerdo con los principios de la *Ley de Salud de Canadá* para que la provincia reúna las condiciones para transferencias federales totales.

La mayoría de las provincias proporcionan cierta cobertura para los servicios no asegurados destinados a beneficiarios de asistencia social y personas de edad avanzada. Las prestaciones sanitarias para los beneficiarios de asistencia social y los ancianos generalmente incluyen medicamentos recetados y atención oftalmológica. Estos programas se administran generalmente desde los ministerios de salud. Todas las provincias ofrecen algunas “prestaciones adicionales” más allá de los servicios cubiertos por la *Ley de Salud de Canadá* y que se consideran complementarios de los servicios de nivel único. Estos últimos incluyen medicamentos y servicios prestados por quiroprácticos, optometristas, psicólogos y productos como tablillas, andadores y sillas de ruedas. Dado que no es necesario que todos tengan acceso a las prestaciones, las disposiciones para la cobertura son diferentes de costa a costa e incluyen con frecuencia el pago de cargos adicionales en forma de montos deducibles o copagos. Finalmente, hay servicios, que no se consideran necesarios desde el punto de vista médico (como la cirugía plástica) y que en gran parte son objeto de financiamiento privado.

#### *Prestación de servicios:*

Servicios de salud poblacional: Los servicios de salud pública en Canadá se establecieron originalmente con el fin de controlar la propagación de enfermedades infecciosas, garantizar el saneamiento público y, hasta cierto punto, proporcionar educación sanitaria básica a la población. Con el transcurso del tiempo, la función para los servicios de salud pública ha tendido a centrarse

más en la prevención de enfermedades y en las necesidades de ciertos sectores de la población con una prestación de servicios deficiente.

En la actualidad, los servicios de salud pública se financian por separado de los componentes principales de la asistencia sanitaria, y se administran mediante unidades locales o regionales de salud. Dado que el foco de los servicios de asistencia sanitaria se ha desplazado hacia un modelo de “bienestar”, los servicios de salud pública se han convertido en un componente mucho más importante del sistema de asistencia sanitaria. Por ejemplo, los servicios de salud pública en Canadá proporcionan programas de orientación para la salud maternoinfantil y se han mantenido a la vanguardia del esfuerzo para controlar la propagación del SIDA. Además, la mayoría de los servicios de salud pública también han adoptado una función de coordinación o de prestación directa de servicios personales y de asistencia domiciliaria como los programas de comidas sobre ruedas y la atención en casas de convalecencia. Como tal, son una parte integral de la asistencia sanitaria de la comunidad.

El Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial (FPT) de Canadá sobre Salud de la Población (ACPH, por su sigla en inglés) ha reconocido la importancia de destacar tres áreas prioritarias amplias para la acción en el ámbito de estrategias a corto y largo plazo<sup>30</sup>, a saber:

*1. Renovación y reorientación del sector sanitario mediante esfuerzos ininterrumpidos:* a) responder a los retos nuevos en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones y la protección de la salud así como en los servicios de tratamiento según se esboza en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud; b) aumentar la responsabilización de los servicios de salud mediante una mejor notificación sobre la calidad de los servicios de salud y mayor acceso a los servicios necesarios; c) aumentar la comprensión general de la manera en que los factores determinantes básicos de la salud repercuten en el bienestar colectivo y personal; d) evaluar e identificar estrategias para políticas y programas que funcionen y, e) ejercer influencia en los sectores fuera de la salud que significativamente puedan afectar la situación sanitaria.

*2. Invertir en la salud y el bienestar de grupos de población claves,* entre ellos: niños, jóvenes y aborígenes.

*3. Mejorar la salud con la reducción de las faltas de equidad en la distribución de ingresos, el alfabetismo y la educación.*

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente es el Programa de la Infancia y la Juventud que ha formulado una gama amplia de programas comunitarios para facilitar la creación y la prestación de intervenciones satisfactorias para los niños de poblaciones en riesgo que viven en comunidades canadienses mediante el *Programa de Acción Comunitaria para Niños (CAPC, por su sigla en inglés)* y el *Programa de Nutrición Prenatal de Canadá (CPNP, por su sigla en inglés)*.

En marzo de 1995, se formó el Consejo Canadiense sobre Diabetes (DCC) a fin de unificar los esfuerzos en el tratamiento del problema de la diabetes mellitus. El Consejo vigila el progreso logrado para establecer un criterio racional y coherente a fin de encontrar soluciones para los problemas principales asociados con la diabetes. Dentro del gobierno federal, la Dirección de Programas Sanitarios para las Primeras Naciones e Inuit (FNIHP, por su sigla en inglés) ha trabajado satisfactoriamente con el Programa Nacional de Investigación y Desarrollo Sanitario para financiar once proyectos de investigación sobre la diabetes en la población aborigen. La Sociedad Canadiense de Lucha contra el Cáncer es una organización nacional comunitaria cuya misión es erradicar el *cáncer* y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con cáncer. En todo Canadá, 350.000 voluntarios de la Sociedad, apoyados por aproximadamente 450 miembros del personal, llevan a cabo programas de educación pública, prestan servicios a los pacientes con cáncer y a sus familias, respaldan políticas de salud pública favorables y organizan actividades para la recaudación de fondos.

La vacunación no puede ser obligatoria de acuerdo con la Constitución canadiense. Solo tres provincias sancionaron legislación o reglamentos en sus leyes de protección sanitaria que requieren comprobantes de vacunación para el ingreso escolar. Ontario y New Brunswick requieren comprobantes de vacunación contra la difteria, el tétanos, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola. En Manitoba, solo está cubierta la vacunación antisarampionosa. En estas tres provincias, se permiten excepciones por razones médicas o religiosas y razones de conciencia; no se debe interpretar que la legislación y los reglamentos indiquen la obligatoriedad de la vacunación. Entre 1992 y 1994, se formularon metas y objetivos dentro del marco de referencia del Programa Ampliado de Inmunización contra la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola y el síndrome de rubéola congénito, el tétanos, la difteria, la tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la hepatitis B. Dichos objetivos incluyen el logro o el mantenimiento de la eliminación de la enfermedad (por ejemplo, la poliomielitis, el sarampión), o la reducción de la morbilidad y la mortalidad (por ejemplo, la tos ferina). Las metas incluyen niveles de cobertura de las vacunas (establecidos para lograr una cobertura de entre 95% y 97%) y disminuciones cuantificables en las enfermedades. En la Conferencia de los Viceministros en diciembre de 1995, se adoptó la meta de eliminar el sarampión en el año 2005.

Las mujeres canadienses tienen una cobertura de aproximadamente el 100% para la atención prenatal, y sus partos siempre reciben la asistencia de personal capacitado.

Las comunicaciones y las herramientas de información nuevas son útiles para mejorar la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de los servicios de asistencia sanitaria. En el nivel de atención primaria de la salud, *el intercambio espacial de información sobre la salud pública (SPHINX, por su sigla en*

*inglés*) es una herramienta para presentar información de las bases de datos existentes y permitir a los usuarios analizar y mostrar esta información en diferentes formatos, incluidos gráficos y mapas. La rápida creación de un *sistema electrónico para los registros sanitarios* garantiza cada vez más a los pacientes el acceso expedito a sus historias clínicas por parte de los profesionales y los prestadores de la asistencia sanitaria en diferentes entornos de atención<sup>19</sup>. Sin embargo, el acceso a estos registros sanitarios se protege estrictamente para asegurar la confidencialidad y la seguridad de las prácticas de los servicios sanitarios. Además, el uso de *Telesalud* en ciertas partes de Canadá se está convirtiendo rápidamente también en un ejemplo de tecnología que se utiliza para vincular los múltiples servicios de asistencia sanitaria en una red completa integrada y coordinada.

#### Servicios de atención individual:

Nivel de atención primaria de la salud: Aproximadamente la totalidad de los establecimientos para la atención primaria y la gran mayoría de las oficinas de los médicos tienen sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y de personal.

#### **Producción de los servicios de asistencia sanitaria, 1995 -1996**

	<b>Cantidad</b>	<b>Tasa cada 1.000 habitantes</b>
Consultas y chequeos por un médico (excluyendo llamadas especiales)	186.284.736	6.307
Consultas y chequeos por una persona sin título médico	ND	ND
Consultas y chequeos por un dentista	ND	ND
Consultas de urgencia (llamadas especiales fuera de hora + horas normales)	6.447.808	218
Pruebas de laboratorio	ND	ND

**Fuente:** Informe de Categorías del Sistema Nacional de Agrupamientos, Canadá 1994/95 y 1995/96; Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI)

#### Nivel de atención secundaria y terciaria:

Todos los hospitales con más de 50 camas tienen sistemas computarizados de información que se utilizan para los registros médicos, los ingresos, las unidades de asistencia, los resultados de laboratorio, las ventas farmacéuticas, los servicios de radiología, los recursos humanos y el software para la gestión de riesgos utilizado en la notificación de incidentes.

#### **Producción de los servicios de asistencia sanitaria, 1996-97**

<b>Indicador</b>	
No. total de altas	3.156.787
Tasa de ocupación	ND
Estadía promedio en días	10,7

**Fuente:** Base de datos de morbilidad del hospital 1996/97

Cerca del 15% de las altas se relacionó con el aparato circulatorio como cardiopatías. Otro 14% incluyó embarazos y partos, 11% el aparato digestivo, como hernias o úlceras, 9% asma, neumonía y otras enfermedades respiratorias y 8% lesiones o intoxicaciones<sup>49</sup>.

#### *Calidad:*

Calidad técnica: En Canadá, todos los niveles del gobierno, las organizaciones y los establecimientos para la asistencia sanitaria se han comprometido a mantener y mejorar la calidad de los servicios y de los programas. A nivel nacional, el *Programa de Calidad de la Atención* de la Asociación Médica Canadiense aborda temas pertinentes a la calidad. La mayoría de los hospitales canadienses cuentan con comités establecidos y en funcionamiento sobre ética y para la evaluación de la conducta profesional. Los principales temas éticos abordados por la Asociación Médica Canadiense se relacionan con tecnologías reproductivas y genéticas, y el carácter privado de la información sanitaria. Otras actividades éticas en curso incluyen la revisión de las políticas sobre la donación y el trasplante de órganos, los registros médicos, las relaciones entre los médicos y el sector, y pruebas para detectar el VIH y la hepatitis.

Desde 1991 a 1996 las cesáreas descendieron de 17,9% de los nacimientos a 17,7%<sup>51</sup>. A principios de los noventa el porcentaje se aproximaba más al 17,4%. Series de tiempo más prolongadas indicarían que las tasas de las cesáreas han descendido en Canadá en respuesta a las presiones internas y externas al sistema de asistencia sanitaria.

Cada provincia y territorio canadiense tiene una Ley sobre Estadísticas Vitales y una Ley sobre el Médico Forense o el Examinador Médico que determinan las defunciones que deben investigarse, incluidas todas las defunciones súbitas o inesperadas. De las defunciones que ocurren en los hospitales, en 15.146 ó 9,8% se realizaron autopsias. Sin embargo, en 6.281 defunciones no se mencionó ninguna autopsia. Específicamente, se examina la causa de muerte de las defunciones maternas y su clasificación según la CIE-9.

Calidad percibida: A nivel institucional, la mayoría de los hospitales tienen sistemas de información para documentar las percepciones de los usuarios acerca de la calidad de la atención de: 1) servicios ambulatorios 2) operaciones quirúrgicas sin hospitalización, o 3) hospitales de atención de corta duración. Se crearon también cuestionarios de satisfacción fiables y validados para las personas en los servicios geriátricos (ancianos y prestadores de asistencia)<sup>17</sup>. Con la introducción del Programa de acreditación centrado en el cliente por el Consejo Canadiense para la Acreditación de los Servicios de Salud en 1995, los principios de mejoramiento de la calidad se incorporaron en las normas para la acreditación.

### **3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTORIAL.**

#### ***Seguimiento del proceso***

**Seguimiento de la dinámica:** El Foro Nacional de la Salud fue lanzado en 1994 por el Gobernador General de Canadá con el propósito de “incluir e informar a los canadienses y asesorar al gobierno federal sobre maneras innovadoras para mejorar nuestro sistema de salud y la salud del pueblo de

Canadá”. El Foro se estableció como un cuerpo asesor, con el Primer Ministro en el cargo de Presidente, el Ministro de Salud federal como Vicepresidente y 24 miembros voluntarios que contribuyeron con una gama amplia de conocimiento fundado en la participación en el sistema sanitario en calidad de profesionales, consumidores y voluntarios. El Foro también logró deliberadamente la participación de varias comunidades que quizá de otro modo podrían enfrentarse a barreras para la participación, incluidos hombres sin hogar, niños de la calle, ciudadanos canadienses nuevos, madres de bajos ingresos, personas de edad avanzada y las Primeras Naciones. El Foro examinó la función federal actual en sus dos esferas de actuación y fue seguido por una segunda fase de consulta (1996)<sup>32</sup>.

Todas las revisiones a los programas existentes y nuevos se analizaron según los mismos principios y objetivos básicos enunciados en el debate internacional sobre salud y reforma del sector sanitario, a saber: a) cómo asignar y organizar recursos en salud y asistencia sanitaria para garantizar la equidad en situaciones sanitarias, el acceso y el uso y el financiamiento de los servicios; b) cómo pasar de la investigación a la acción sobre los factores determinantes de la salud; c) cómo promover el análisis basado en datos y la investigación en el proceso decisorio sobre la salud y la asistencia sanitaria con miras a mejorar la calidad de la atención desde el punto de vista técnico y la perspectiva del usuario; d) cómo identificar los valores de los canadienses con respecto a la salud y la asistencia sanitaria y garantizar que estos valores repercutan en las decisiones.

En 1997, los autores de más de 42 estudios publicaron el informe de cinco volúmenes titulado, “*Canada Health Action: Building on the Legacy*” [Acción sanitaria en Canadá: Aprovechar el legado]. A fin de apoyar la innovación en las direcciones esbozadas anteriormente, el Foro recomendó que el gobierno federal estableciera un fondo de transición de CAD\$ 50 millones/año. El fondo se utilizaría para subsidiar proyectos piloto, difundir resultados y promover la implantación de los mejores modelos.

La mayoría de las provincias han completado ahora sus reformas respectivas en lo que respecta a la descentralización y las estructuras administrativas, de gobernabilidad y responsabilización pertinentes. En general, Canadá hace hincapié en criterios que se centran menos en los hospitales y en los médicos, y que se basan en la asistencia no institucional, una variedad más amplia de prestadores de servicios de salud multidisciplinarios y una mayor dependencia de otras formas de atención comunitaria, incluidas actividades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Si bien se reconoce que los recursos deben reasignarse a la atención comunitaria, las presiones fiscales dificultan esto.

Las provincias que han introducido la descentralización o algún grado de transmisión de sus propios sistemas defienden esta medida de acuerdo con la siguiente justificación<sup>58</sup>: a) mejor salud de la

población; b) mayor control de gastos; c) mejor integración y coordinación de los servicios; d) participación pública mejorada y participación comunitaria; e) mayor flexibilidad y respuesta; f) mayor equidad; g) mejor accesibilidad.

Los criterios de evaluación han variado entre las provincias canadienses. Las provincias de Nueva Escocia, New Brunswick, Terranova, Saskatchewan, Alberta y British Columbia han publicado documentos formales sobre el *marco de referencia para la responsabilización* que plantean tres medios para medir la responsabilización y la gobernabilidad, a saber: i) responsabilización al nivel macropúblico; ii) oportunidad para la interacción y la influencia pública, y iii) capacidad provincial para notificar sobre el desempeño de los sistemas sanitarios.

Además, se formularon también *indicadores del consenso nacional* para permitir la mejor evaluación de las reformas del sector de la salud. Al mismo tiempo, se han definido y seleccionado *indicadores provinciales* específicos en la isla Prince Edward, Nueva Escocia, Terranova, Saskatchewan según las siguientes categorías generales: i) el entorno social y económico; ii) el entorno físico; iii) la atención de la salud; iv) los modos de vida y las aptitudes de adaptación; v) las características biológicas humanas; vi) el desarrollo sano del niño; vii) la situación sanitaria; viii) el desempeño de los sistemas de salud<sup>10</sup>.

Los resultados de estas estrategias y proyectos estarán listos y serán analizados por los encargados de formular las políticas entre septiembre de 2000 y marzo de 2001.

### Seguimiento del contenido

Marco Jurídico: Los procesos de reforma que se introdujeron en Canadá no indicaron la necesidad de reformar la constitución nacional o la *Ley de Salud de Canadá de 1984*. La *Ley de Transferencia Sanitaria y Social de Canadá* que se introdujo en el proyecto de ley del presupuesto de 1995 no repercutió en ninguno de los criterios o las condiciones de la Ley de Salud de Canadá o alguna de sus disposiciones para su cumplimiento. No obstante, a nivel provincial, las reformas necesitaron la aprobación de varios cambios legislativos en los reglamentos y los procedimientos sanitarios básicos. La mayoría de los cambios legales favorecen un enfoque intersectorial dentro de los procesos y las estructuras de descentralización y reconocen las vinculaciones entre la salud y demás factores determinantes de la salud como la educación, la vivienda decente, o un entorno sano. El siguiente cuadro esboza las leyes aprobadas en los años noventa en cada una de las provincias.

<p><b>Newfoundland</b>                      Department of Health Act – 1990                      Hospitals Act – 1990                      Auditor General Act – 1991</p>	<p><b>Prince Edward Island</b>                      Health and Community Services Act - 1993                      Audit Act – 1988</p>
<p><b>Nova Scotia</b>                      Act to Establish Regional Health Boards - 1994                      Auditor General's Act - 1989</p>	<p><b>New Brunswick</b>                      Hospital Act - 1992                      The Right to Information Act - 1978                      Health Services Act - 1997</p>

Ombudsman Act - 1989 Health Council Act – 1990	Auditor General Act - 1981
<b>Québec</b> Loi sur les services de santé et les services sociaux, Lois refondues du Québec (L.R.Q.) chapitre S-4.2, 1994.	<b>Ontario</b> Accountability Improvement Act (Bill89), 1996 Audit Act, revised statutes 1990 The Savings and Restructuring Act (Bill 26), April 1996 Health Protection and Promotion Act, revised statutes 1990
<b>Manitoba</b> The Department of Health Act - 1987 The Health Services Insurance Amendment Act - 1998 The Ombudsman Act - 1987 The Personal Health Information Act - 1997 The Regional Health Authorities and Consequential Amendments Act - 1997	<b>Saskatchewan</b> The Department of Health Act - 1973 The Health Districts Act - 1993 The Health Services Utilization and Research Commission Act - 1994 The Prescription Drugs Act - 1973 The Provincial Auditor Act - 1983 The Saskatchewan Medical Care Insurance Act - 1974 The Vital Statistics Act - 1995
<b>Alberta</b> Cancer Programs Act (1985) Government Accountability Act (1994) Hospitals Act (1994) Mental Health Act (1990) Public Health Act (1985) Regional Health Authorities of Alberta Act (1994)	<b>British Columbia</b> Auditor General Act 1996), Ministry of Finance and Corporate Relations Financial Administration Act (1996), Ministry of Finance and Corporate Relations Freedom of Information and Protection of Privacy Act (1997), Ministry of Advanced Education, Training and Technology Health Authorities Act (1996), MoH and Ministry Responsible for Seniors Health Act (1996), MoH and Ministry Responsible for Seniors Hospital Insurance Act (1998), MoH and Ministry Responsible for Seniors Mental Health Act (1998), MoH and Ministry Responsible for Seniors MoH Act (1996), MoH and Ministry Responsible for Seniors Seniors Advisory Council Act (1996), MoH and Ministry Responsible for Seniors

El derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento: El derecho a la asistencia sanitaria no está abiertamente garantizado en la Constitución de 1867 aunque muchos canadienses creen que se trata de un derecho constitucional. Sin embargo, el mecanismo aplicado para garantizar el acceso universal a los servicios de asistencia sanitaria se indica explícitamente en la *Ley de Transferencia Sanitaria y Social de Canadá*, que se actualizó en 1996.

Como consecuencia de las características demográficas cambiantes y nuevas exigencias para el sistema de asistencia sanitaria, se están analizando cuidadosamente criterios nuevos para el financiamiento de la prestación integrada de servicios, la reforma de la atención primaria, la asistencia domiciliaria y la cobertura para medicamentos necesarios adquiridos fuera del hospital (*Pharmacare*) en los niveles federal, provincial, territorial del gobierno.

Rectoría: Un componente central del proceso de regionalización ha sido el establecimiento de autoridades sanitarias regionales o distritales gobernadas por juntas compuestas por los residentes de la región específica. Las juntas sanitarias regionales y distritales de tres provincias, Quebec, New Brunswick y Saskatchewan se forman parcialmente mediante un proceso electoral, mientras que se nombra a la gran mayoría de las juntas relacionadas con la salud en todos los niveles institucionales

(desde hospitales a consejos asesores). Los procesos incluyen la asignación de ciertas partes del control presupuestario a las regiones y las comunidades por los ministerios de salud de las provincias respectivas. Todas las disposiciones financieras están diseñadas para coincidir con la flexibilidad conferida a las autoridades sanitarias regionales para asignar los fondos para los servicios de acuerdo con las necesidades en materia sanitaria de los residentes locales en lugar de comprometerlos a niveles de financiamiento específicos para los hospitales u otros. Por ejemplo, la isla Prince Edward ha introducido un modelo regional de nivel único en el cual cada región recibe un presupuesto general para la prestación de la mayoría de los servicios de asistencia sanitaria. Las autoridades diseñan sus propios presupuestos, pero sus niveles de financiamiento son determinados por el departamento central. British Columbia ha adoptado modelos con autoridades regionales interrelacionadas que controlan el financiamiento general y que elaboran los programas apropiados con juntas locales o comunitarias de salud. Saskatchewan ha empleado un modelo de transmisión de las juntas distritales de salud compuesto de representantes elegidos democráticamente encargados de administrar la planificación, los fondos e informar a los constituyentes y al gobierno sobre la situación sanitaria de los residentes y la eficacia de los programas de las juntas distritales de salud<sup>58</sup>. Sin embargo, las disposiciones para el financiamiento indican que las autoridades regionales de salud deben cumplir las normas de calidad y seguridad en todos los programas que administran. Se están diseñando criterios nuevos para el financiamiento basado en la población para las regiones junto con mejores sistemas de información y vinculaciones más estrechas con la enseñanza y la investigación. Muchas de las provincias en Canadá han formulado sus propias evaluaciones de las necesidades sanitarias a fin de proporcionar una base para el establecimiento de políticas y la puesta en práctica de programas, y como una herramienta práctica para el ciclo de planificación<sup>41</sup>. Estas evaluaciones integrales de las necesidades sanitarias incluyen sistemáticamente acopio y análisis sistemático de información sobre salud, enfermedades y lesiones, y mirar más allá de las causas obvias a fin de comprender las razones subyacentes también. Las evaluaciones cubren una zona geográfica o un grupo específico de personas. Incluyen el estudio de la salud general de una comunidad y los factores que determinan la situación particular, no solo las circunstancias que afectan a un único individuo. La información se comparte generalmente con planificadores, miembros del personal, otras partes y miembros de la comunidad que pueden utilizar la información para elaborar políticas y programas que mejoren y mantengan la salud.

Separación de funciones: El modelo resultante del contrato determinado por los valores para los sistemas sanitarios representa una separación de la entidad pagadora, o el comprador, y el prestador. Los gobiernos provinciales actúan como la entidad pagadora única de los servicios hospitalarios y médicos asegurados.

En lo que se refiere a las estructuras administrativas, de gobernabilidad y responsabilización, los gobiernos provinciales están comprometidos a descentralizar los servicios de asistencia sanitaria y conferir mayor énfasis al establecimiento de prioridades a nivel local. No obstante, existen variaciones considerables entre las provincias canadienses en lo que hace a la vinculación de los mecanismos de responsabilización en un marco de referencia conceptual para el sistema sanitario. Las provincias de Nueva Escocia, New Brunswick, Terranova, Saskatchewan, Alberta y British Columbia han publicado un documento formal sobre el marco de referencia para la responsabilización. Un marco de referencia general, que resume tres medios para medir la responsabilización, incluye: i) responsabilización al nivel macropúblico; ii) oportunidad para la interacción y la influencia pública, y iii) capacidad provincial para notificar sobre el desempeño de los sistemas de salud.

Modalidades de descentralización: La mayoría de los gobiernos provinciales han concluido ya lo planificado en cuanto a la reforma estructural, incluida la transferencia de la autoridad de la provincia a las regiones. Todos han expresado un compromiso para que sus sistemas sanitarios hagan hincapié en modelos basados en la comunidad que se centren cada vez más en la promoción y la prevención sanitaria en vez de modelos de prestación con base institucional. También se está realizando la reestructuración institucional incluida la consolidación de ciertos servicios de especialidad en hospitales designados, el cierre de hospitales y la redesignación de establecimientos como centros de salud comunitarios que anteriormente estaban clasificados como hospitales. Todas las provincias han adoptado ciertas medidas para establecer estrategias de “bienestar”, han comenzado a crear modelos y redes para la atención primaria y han aumentado el financiamiento para la asistencia domiciliaria.

Participación y control social: En febrero de 1999, el espíritu de colaboración entre los diferentes niveles del gobierno se reforzó cuando los gobiernos federales, provinciales y territoriales (con excepción de Quebec) firmaron el Convenio Marco para la Unión Social (SUFA, por su sigla en inglés). SUFA reconoció que los ciudadanos desempeñan una función importante en la determinación de la forma de la sociedad. Entre otros compromisos, como parte de SUFA, los gobiernos aceptan: a) respetar los principios de Medicare: el alcance, la universalidad, la facilidad de transferencia, la administración pública sin fines de lucro y la accesibilidad; b) trabajar en cooperación con individuos, familias, comunidades, organizaciones voluntarias, empresas y mano de obra y asegurar oportunidades apropiadas para que los canadienses realicen aportes significativos a las políticas y a los programas sociales.

Muchas iniciativas nuevas (mencionadas anteriormente) comenzaron a partir de 1997 cuando el Foro subrayó la importancia de una estrategia materno-infantil amplia integrada que incluyese

respaldo a los programas y los ingresos; la creación de una fundación nacional para fortalecer la acción de la comunidad; un Instituto de Salud Indígena, y la ayuda para las personas que intentan ingresar a la fuerza laboral.

Financiamiento y gasto: El Foro llegó a la conclusión de que el modelo de entidad pagadora única del seguro de salud pública (Medicare) es el mejor método para el control del gasto general en salud dado que garantiza que los canadienses reciban atención médica cuando la necesiten y evita la repetición, la superposición y las ineficiencias de un sistema constituido por cientos de planes privados. Recomendó que la reducción en los pagos por transferencias federales y provinciales se interrumpiera y estableció un piso por debajo del cual no debieran llegar los pagos por transferencias. Esto daría a las provincias cierta certidumbre y estabilidad en los acuerdos para el financiamiento así como aseguraría que el gobierno federal todavía podría hacer cumplir los principios de la Ley de Salud de Canadá. El gobierno federal actuó de acuerdo con estas recomendaciones en su presupuesto de 1997. Se estableció un Fondo de Transición para la Salud de CAD\$ 150 millones en el lapso de tres años para asignar fondos a las provincias destinados a proyectos piloto que conducirían a criterios mejores para la prestación de atención de salud, incluida la asistencia domiciliaria, *Pharmacare* y la reforma de la atención primaria. A fin de fortalecer el sistema de asistencia sanitaria, el gobierno federal anunció en el presupuesto de 1999 que las provincias y los territorios recibirán CAD\$ 11.500 millones extras durante el período que va de 1999-2000 a 2003-2004, específicamente para la asistencia sanitaria, según la Ley de Transferencia Sanitaria y Social de Canadá. Además, el presupuesto de 1999 introdujo medidas para eliminar las disparidades entre las provincias en los derechos a la Transferencia Sanitaria y Social de Canadá per cápita (transferencia de dinero en efectivo más transferencia impositiva). Para el período 2001-02, todas las provincias y territorios recibirán la misma cantidad sobre una base per cápita. En el presupuesto de 2000, el gobierno anunció \$2.500 millones extras en transferencias a las provincias por conducto de la Transferencia Sanitaria y Social de Canadá. Esto lleva el monto total de las transferencias a \$15.500 millones o un monto máximo sin precedentes de cerca de \$31.000 millones para el período 2000-2001.

A principios de 1998, la mayoría de las provincias aumentaron levemente el gasto general en salud. La tendencia general hacia un gasto mayor ha favorecido la inversión en iniciativas a nivel de la comunidad, pero en forma de sustitución de la atención de corta duración en lugar de iniciativas que se asocian con “acción comunitaria”. Los recursos asignados anteriormente a las actividades de prevención de la salud en la comunidad y en el hogar se están orientando a la prestación de servicios y atención para las personas que han recibido el alta hospitalaria. Pero todos los ministros de salud creen que, en el más largo plazo, las decisiones futuras deben basarse en un plan que

responda al deseo de los canadienses de contar con asistencia sanitaria como parte de un criterio más integrado, desde el primer contacto de la persona con los profesionales de la salud hasta la atención en hospitales y la atención a más largo plazo en el entorno del hogar o de la comunidad. Los recursos nuevos en el futuro deben basarse en datos compartidos que como país estamos alcanzando los objetivos de los canadienses para la asistencia de calidad.

Se han creado varios mecanismos a fin de contener los costos médicos como la fijación de presupuestos generales en contraposición con presupuestos para partidas; la negociación de planes tarifarios y aumentos; la creación de planes de pago alternativos (como sueldos o capitación). Otros instrumentos del nivel micro incluyen techos individuales para los médicos, honorarios diferenciales o números de facturación restringidos. A fin de contener los costos hospitalarios se aplican algunos mecanismos mediante la fijación de presupuestos generales para hospitales, el establecimiento de un proceso de aprobación separado para el financiamiento de capital. Todas las provincias han impuesto techos a los gastos médicos al nivel de los profesionales individuales como otro criterio para que los gastos médicos sean predecibles y controlables. Sin embargo, existen inquietudes generalizadas por el costo potencial de la asistencia domiciliaria asegurada y los programas farmacéuticos, y las perspectivas divergentes sobre la asistencia domiciliaria y *Pharmacare*. En respuesta a la necesidad de medir la repercusión de estos cambios, están surgiendo nuevos mecanismos de responsabilización para proporcionar orientación útil en el diseño de marcos de referencia futuros.

Oferta de servicios: El Foro reconoció que se registraron numerosas variaciones injustificadas en Canadá en los honorarios para los procedimientos quirúrgicos, los días de estadía hospitalaria utilizados por los pacientes que no requieren atención de corta duración y el uso inapropiado de medicamentos. Por consiguiente recomendó el uso más eficiente de los recursos en el sistema (en lugar de aumentarse). Se deben adoptar medidas también para que la asistencia domiciliaria y los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico se encuentren bajo la égida del sistema de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos. En otras palabras, los servicios fuera del hospital deben transformarse en una parte integrada de los servicios de salud financiados públicamente y reflejarían un criterio que “financia la atención, en lugar del proveedor o el sitio”<sup>32</sup>. El Foro recomendó la reestructuración cuidadosa de los servicios de atención primaria. No propuso ningún modelo en particular, pero sugirió que toda reforma de la atención primaria incluya: i) una reorientación del financiamiento a los pacientes en vez de los servicios, y ii) un método de remuneración que no se base en el volumen de los servicios proporcionados por los médicos, sino que promueva un proceso continuo de servicios preventivos y de tratamiento y el uso de equipos multidisciplinarios.

Los cambios en el sistema de asistencia sanitaria han ejercido presión considerable en el sector de los hospitales. Ha surgido una tendencia común en todas las categorías de hospitales públicos: el número de visitas de pacientes ambulatorios y operaciones quirúrgicas sin hospitalización ha aumentado, mientras que los días de hospitalización y la cirugía de pacientes hospitalizados han disminuido<sup>49</sup>.

Este cambio generalizado ha reducido el uso de algunos servicios hospitalarios y una demanda creciente de atención comunitaria y domiciliaria. Estas presiones han obligado a muchos hospitales a reestructurar, fusionar o consolidar sus servicios. De 1986-87 a 1994-95, los gastos hospitalarios descendieron, mientras que el número de hospitales públicos disminuyó 14% y el número de camas aprobadas en los hospitales públicos descendió 11%<sup>49</sup>. Con una reformulación de los números de hospitales y la manera en que prestan los servicios, los hospitales se organizan ahora como establecimientos de atención general o de corta duración, atención comunitaria o secundaria y atención a largo plazo o para afecciones crónicas. Según la afiliación con una facultad de medicina, cualquiera de estos hospitales también puede clasificarse como un hospital docente. En los centros más grandes, los hospitales quizá sean más especializados como hospitales de maternidad, hospitales de niños, establecimientos de rehabilitación o centros para el tratamiento del cáncer. En las ciudades más grandes, algunas instituciones se han tornado sumamente especializadas, con hospitales dedicados a la atención de la artritis, la ortopedia y la salud de la mujer. Además, como parte de la reestructuración del sistema de salud, muchos servicios altamente especializados se están consolidando en centros urbanos únicos responsables de atender a toda una provincia o región.

A su vez, mayor interés en servicios que se ofrecen fuera de las instituciones y necesidad por los mismos han activado el crecimiento en el sector de la asistencia domiciliaria<sup>21</sup>. Esto se realiza de diferentes formas, desde visitas de médicos, cuidados especializados y servicios para amas de casa hasta programas de comidas sobre ruedas y asistencia sin hospitalización para adultos. La asistencia domiciliaria ocurre tanto en el contexto de la comunidad como en el sistema sanitario. Algunos servicios necesarios para que el individuo pueda recibir asistencia domiciliaria en realidad tienen lugar en la comunidad circundante. Otros componentes de la asistencia domiciliaria incluyen medicamentos, equipos o suministros médicos.

Además, casi todas las provincias se han desplazado hacia una mejor integración de los servicios, que abarca el proceso continuo total de la atención. Sin embargo, no existe un modelo único para la integración. Esto es compatible con un criterio centrado en la población, que exige que las iniciativas de integración reflejen las necesidades únicas de la población atendida y tengan en cuenta el sexo y la edad. Las metodologías en las provincias incluyen: a) la integración de programas a nivel provincial (PEI y Terranova); b) el uso de las autoridades sanitarias regionales

como el cuerpo de integración (Saskatchewan); c) la proyección de los servicios a un segmento de la población (personas de edad avanzada en Edmonton, Alberta); d) una categoría particular de enfermedades (atención de casos de cáncer en Ontario), hasta iniciativas a nivel de la comunidad en East York, Ciudad de Toronto)<sup>21</sup>.

Modelo de gestión: Si bien la privatización de algunos servicios está aumentando, la repercusión de esta tendencia de la regionalización ha sido insignificante. La mayor parte de la privatización se ha manifestado a nivel institucional, con la contratación, por parte de los hospitales, de los servicios de apoyo no médicos como lavandería, preparación de comidas o control de inventarios.

Recursos humanos: Se han creado varios mecanismos a fin de ayudar a contener los costos médicos como: el otorgamiento de licencias; el control de la división entre médicos generales y especialistas; la ampliación de la función de los proveedores alternativos, y la mancomunación del seguro contra la malpraxis en un esquema único.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud: En 1997, el Foro llegó a la conclusión de que se necesita una variedad de acciones concertadas basadas en decisiones fundamentadas para aumentar la eficacia, la efectividad del sistema de asistencia sanitaria y que refleje más la práctica actual en la prestación de la asistencia sanitaria. En consecuencia, un objetivo clave para el sector sanitario debe ser lograr rápidamente la creación de un sistema de salud basado en datos, en los cuales las decisiones son tomadas por los prestadores de la asistencia sanitaria, los administradores, los encargados de formular políticas, los pacientes y el público sobre la base de datos apropiados, equilibrados y de alta calidad. De esta manera, debe explorarse la función potencial de la tecnología de la información y deben reunirse los recursos requeridos para alcanzar este objetivo. Por consiguiente, el reto enfrentado en el momento fue cómo concentrarse en generar capacidades nacionales para tomar decisiones basadas en datos como resultado de la investigación más sistemática y diseñar intervenciones que hagan hincapié en los factores externos al sistema de asistencia sanitaria que afectan la salud de una población, es decir las implicaciones de los factores sociales y económicos que son factores determinantes de la salud fuera del ámbito médico (desempleo, pobreza, funciones determinadas por consideraciones de sexo, influencias y prácticas étnicas y culturales, solidaridad de la comunidad, etc.).

Se consideró esencial el liderazgo federal en la generación de un sistema nacional de información sanitaria sobre la población. Dicho sistema reuniría un conjunto estandarizado de datos longitudinales sobre la situación sanitaria, los factores determinantes de la salud y el desempeño de los sistemas de salud, y aseguraría la privacidad y la confidencialidad de los datos del paciente. En esta dirección, mejor información recopilada en la comunidad o a nivel municipal e ingresada en un sistema nacional fortalecería los procesos nacionales de estandarización de normas y transferencia

de los recursos necesarios basados en datos comprobados para realizar intervenciones más eficaces, culturalmente apropiadas que en realidad mejoren el estado de salud del grupo o de la comunidad destinatarios. Otros instrumentos del nivel micro son la formulación de normas para la práctica clínica, el establecimiento de normas para la acreditación y la evaluación del cumplimiento para los hospitales, y la creación de organizaciones que evalúen la tecnología de la salud aplicada a nivel provincial, lo cual reglamentará el uso apropiado de tecnologías costosas.

***Evaluación de los resultados.***

La evaluación de los resultados del proceso de reforma sanitaria para mejorar los niveles de equidad, eficacia, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social es un cometido dinámico y en evolución. Todos los ministros de salud en Canadá consideran que, en el más largo plazo, los recursos nuevos en el futuro deben basarse en datos compartidos que satisfagan los objetivos de los canadienses para la atención de calidad. Actualmente se está realizando una contribución significativa a dichos datos a partir del trabajo de grupos como los *Institutos Canadienses para la Información Sanitaria*, la *Fundación para la Investigación de los Servicios de Salud Canadienses* y el *Fondo de Transición de la Salud*, iniciativas que se financiaron en presupuestos anteriores.

Se están observando los resultados de los procesos canadiense para la reforma sanitaria; se están realizando consultas y análisis y, cada vez más, las decisiones son tomadas por legisladores de acuerdo con los mejores datos disponibles. Todos los canadienses reconocen que el reto es cómo lograr la integración más eficiente y eficaz de las fuentes actuales de información en un cuadro uniforme del funcionamiento y del paso de un individuo por el sistema de asistencia sanitaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. A Framework to Improve the Social Union for Canadians. An agreement between the Government of Canada and the Governments of the Provinces and Territories. February 4, 1999.
2. Canadian College of Health Service Executives. Health Reform Update. 1996- 997 4th edition.
3. Canadian Institute for Health Information, Health Action Lobby, Health Canada "The Evolution of Public and Private Health Care Spending in Canada, 1960 to 1997. June 1999
4. Canadian Institute of Health Information. National Health Expenditure Trends, 1975-1998.
5. Canadian Institute for Health Information. Executive Summary of the Report, National Health Expenditure Trends (1975-1999) December 1999
6. Canadian Public Health Association. The Health Impacts of Unemployment. A Position Paper. 1996
7. Chen, J. E. Wilkins R. (Statistics Canada) "The Health of Canada's Immigrants in 1994 – 95. Health Reports 7,4 (spring 1996) 33-34 (Statistics Canada Cat. No.82-003-XPB)
8. Corvari, R. J. "Trends in Patented Drug Prices". Patented Medicine Prices Review Board. PMPRB Study Series S-9811
9. R. Deber, L. Narine, P. Baranek, N. Hilfer Sharpe, K. Masnyk Duvalko, R. Zlotnik-Shaul, R. Coyte, G. Pink, A. P. Williams. "Summary of the Public/Private Mix in Health Care." National Forum on Health and Health Care Issues. 1997
10. Department of Health and Social Services, Prince Edward Island; PEI Health Indicator Project Update. October 1996
11. EKOS Research Associates, What Does Workplace Change Mean for Different Segments of the Canadian Labour Market? 1995
12. Evans R. Why Are Some People Healthy and Other People Not? Canadian Working Paper Number 20. Toronto Institute for Advanced Research, Program in Population Health. December 1992.
13. Evans RG Health Care Reform: The Issue from Health. Policy Options. July –August 14(6): 35-41
14. Fortier, M. Health Care in Canada, The Changing Business of Health Care Financial Post Conference, Toronto, Ontario Speech given on May 2, 1995.
15. Fortier M. Canadian Medical Association Conference on Regionalization and Decentralization in Health Care Queen's University, Kingston Ontario June 15, 1995
16. F/P/T Working Groups, National Health Surveillance Network Working Group and Integrated Design Team. Partnership for quality, timely surveillance leading to action for better health: Proposal to Develop a Network for Health Surveillance in Canada. May 1999.
17. Health Canada. An Inventory of Quality Initiatives in Canada. Maintaining and Improving Quality in Health Care. 1996. Researched and compiled by MaryLou Harrigan
18. Health Canada. Canada Health Act Annual Report 1997 – 1998
19. Health Canada. Advisory Council on Health Infostructure . Canada Health Infoway Paths to Better Health. Final Report. February 1999
20. Health Canada, Health Insurance Division, Cost Containment Mechanisms – Canada March 1999

21. Health Canada. Integration in the Health Care System. March 1999
22. Health Canada. Investing in the Health of Canadians – Strategies for Population Health. 1994; 1999
23. Health Canada. Provincial Health Systems in Canada, Department Executive Committee Presentation, 1997.
24. Health Canada: Provincial Health Systems Reform Database. 1998
25. Health Canada. Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. Sept. 1999
26. Health Canada A Proposal to Develop a Network for Health Surveillance in Canada – Partnering for quality, timely surveillance leading to action for better health
27. Health and Welfare Canada, Health Insurance Directorate, "The Canadian Health Care System – Chronology of Key Events" June 1992.
28. Human Resources Development Canada, Labour Market Developments in Canada. Ottawa, Feb. 1997
29. Interamerican Development Bank, Modernization of the State, and Strengthening Civil Society
30. Maslove, Allan M. "Summary of National Goals and the Federal Role in Health Care." National Forum on Health, Health and Health Care Issues. 1997
31. Morgan, Steven . "Issues for Canadian Pharmaceutical Policy." National Forum on Health and Health Care Issues. 1997
32. National Forum on Health. Canada Health Action: Building on the Legacy. 1997 Volume 4, Striking a Balance Health Care Systems in Canada and Elsewhere
33. National Forum on Health. Canada Health Action: Building on the Legacy, Volume 5. Making Decisions - Evidence and Information
34. Organization of European Co-operation & Development (OECD) Health Data 98 (CD- Rom)
35. OECD Public Management Service, Strengthening Government-Citizen Connections: Health Policy in Canada. PUMA/CIT(99)7. November 1999. (Prepared by Laurie Ham).
36. Pan American Health Organization, Decentralization, Health Systems and Sectoral Reform Processes. Final Report, Valdivia, Chile. March 17-20, 1997.
37. Pan American Health Organization, Steering Role of the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform. CD40/13 July 1997 XL Directing Council Meeting, Washington D.C.
38. Patented Medicine Price Review Board. Annual Report, 1998. Trends in Drug Prices and Expenditures.
39. Picot, G.: "What is Happening to Earnings Inequality in the 1990s?" Statistics Canada 1998. ISBN 0-660-17528-0. See Statistics Canada Internet site: [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)
40. Report of the Task Force on Strengthening the Policy Capacity of the Canadian Federal Government, April 1995
41. Saskatchewan Health. A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Health Districts
42. Saskatchewan Health. Needs Assessment Framework for Health Districts and their Partners. February 1999
43. Scully, H.E. MD, FRCSC, FACS "Health Care in Crisis." The Independent, University of Toronto's community newspaper. January 2000.
44. Smith, K. "Capital Funding of Canada's Hospitals: Policy Versus Practice." Canadian Hospital Association, 1990.

45. Statistics Canada. Canadian Economic Observer Cat. No. 11-010-XPB Feb. 2000
46. Statistics Canada. "1996 Census Education" The Nation Series (Statistics Canada Cat. No. 93F0028XDB96001)
47. Statistics Canada Economic Indicators 1999
48. Statistics Canada, Health Statistics Division. Health Indicators, 1999 (Statistics Canada Cat. No. 82-221-XCB).
49. Statistics Canada. Hospital Utilization. February 1999
50. Statistics Canada. "Labour Force Update, An Overview of the Labour Market." Jan. 1999
51. Statistics Canada, National Population Health Survey 1996-97.
52. Statistics Canada and the Organization for Economic Co-operation and Development. "Literacy, Economy and Society: Results of the First International Adult Literacy Survey": Ottawa and Statistics Canada, 1995. (Statistics Canada Cat. No. 89-545-E)
53. Tulley, P. Saint Pierre, E. "Downsizing Canada's Hospitals, 1986-87 to 1994-95. Health Reports 8, 4. (Spring 1997)
54. Tulley, P. Saint Pierre, E: "Older Residents of Health Care Institutions", 1986-87 to 1994-95. Health Reports 7, 3. (1995)
55. United Nations Development Programme (selected years), Human Development Report, New York: Oxford University Press.
56. Waters, J. Litt, M: Pan American Health Organization XIII Meeting of the PAHO Technical Advisory Group on Vaccine Preventable Diseases. " Measles Elimination in Canada: An Update." Hull Quebec, Canada. April 1999
57. World Health Organization: Health For All For The Twenty -First Century; Geneva 1998
58. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Health Canada. "Health Care Systems in Transition – Canada " 1996.
59. World Bank Paper on Decentralisation. Washington D.C. 1998
60. Yalnizyan, A.: "The Growing Gap". Toronto: Centre for Social Justice, 1998