



Health  
Canada Santé  
Canada



# EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CANADÁ

# ***EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CANADÁ***

Canadá tiene un sistema de atención médica financiado en forma predominante con fondos públicos y de prestación privada que se puede describir como un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y tres planes territoriales. Conocido por los canadienses como el “seguro de enfermedad” (*Medicare*), el sistema proporciona acceso a atención universal y completa por servicios hospitalarios médicamente necesarios, y consultas médicas a pacientes hospitalizados y no hospitalizados.

Esta estructura resulta de la jurisdicción que otorga la constitución a los gobiernos provinciales sobre la mayoría de los aspectos de la atención médica. El sistema se designa como un sistema de seguro de enfermedad “nacional” porque todos los planes de atención hospitalaria y de seguro médico provinciales y territoriales están vinculados a través de la adherencia a principios nacionales establecidos a nivel federal.

La administración y la prestación de los servicios de salud son responsabilidad de cada provincia o territorio particular. Las provincias y los territorios planifican, financian y evalúan la prestación de servicios de médicos, hospitalarios y otros servicios sanitarios asociados, algunos aspectos relativos a los medicamentos y la salud pública.

El papel del gobierno federal en la atención médica implica el establecimiento y administración de principios y normas nacionales para el sistema de atención médica (esto es, la *Ley canadiense sobre la salud*), ayudar al financiamiento de los servicios de salud provinciales por medio de transferencias fiscales y realizar funciones de las cuales es constitucionalmente responsable. Una de esas funciones es la prestación directa de servicios de salud a grupos específicos tales como ex-combatientes, indígenas canadienses que viven en reservas, personal militar, presos de las

## **PRINCIPIOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD**

La *Ley canadiense sobre la salud* estipula los criterios que los planes de seguro de enfermedad provinciales deben seguir a fin de que la provincia tenga derecho a recibir los pagos de transferencia federales. Los cinco criterios se conocen como los “principios” del sistema de atención médica nacional de Canadá:

### **Administración pública:**

El plan de seguro de enfermedad de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.

### **Integralidad**

El plan debe asegurar todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos. Los servicios asegurados de hospitales incluyen la atención de pacientes hospitalizados en las salas comunes (a menos que sea médicamente necesario dar los servicios en salas privadas o semiprivadas) y todos los medicamentos, suministros y exámenes diagnósticos así como una amplia gama de servicios a pacientes no hospitalizados. Los servicios por enfermedades crónicas también están asegurados, si bien se puede exigir pago por costos de alojamiento a los pacientes que residan más o menos permanentemente en la institución.

### **Universalidad**

El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada (es decir, residentes admisibles) a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.

### **Accesibilidad**

El plan debe dar, en condiciones y términos uniformes, acceso razonable a servicios de médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. No se permiten cobros adicionales a pacientes asegurados por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.

### **Transferabilidad**

Los residentes conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajen dentro de Canadá o al extranjero. Todas las provincias tienen límites en las cantidades pagadas por los servicios prestados fuera de Canadá, y pueden exigir aprobación previa en el caso de servicios fuera de la provincia que no sean de urgencia.

penitenciarias federales y la Real Policía Montada de Canadá. Otras funciones del gobierno federal relacionadas con los servicios de salud incluyen la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

## *Cómo funciona el sistema*

El sistema de atención médica de Canadá depende en gran parte de los médicos que prestan atención primaria (por ej.: los médicos generales) que representan cerca del 51% de todos los médicos en ejercicio en Canadá. Normalmente son el contacto inicial con el sistema de atención médica oficial y controlan el acceso a la mayoría de los especialistas, a muchos proveedores asociados, a los hospitales, exámenes de diagnóstico y terapia con medicamentos.

Canadá no tiene un sistema de “medicina socializada”, con doctores empleados por el gobierno. La mayoría de los médicos ejercen la profesión en forma privada, trabajando en oficinas privadas o en grupos y tienen un alto grado de autonomía. Algunos doctores trabajan en centros de salud comunitarios o ejercen en grupo desde hospitales o están afiliados a departamentos de hospitales que prestan servicios a pacientes no hospitalizados. Los médicos privados reciben generalmente honorarios por los servicios prestados y presentan sus solicitudes de reembolso directamente al plan de seguro provincial para recibir el pago. Los médicos que ejercen de otra forma también pueden ser remunerados en función de los servicios prestados, pero generalmente reciben un salario o son pagados mediante un plan alternativo.

Cuando los canadienses requieren atención médica, en la mayoría de los casos van al médico o clínica de su preferencia y presentan su tarjeta de seguro de enfermedad que se expide a todos los residentes de una provincia que tengan derecho a ella. Los canadienses no pagan directamente por los servicios asegurados de hospital y de médicos, ni tampoco se les exige que llenen formularios por los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, participación en el pago ni límites sobre la cobertura de los servicios asegurados.

En la prestación de atención primaria también participa, en cierto grado, personal de salud asociado. Los dentistas trabajan independientemente del sistema de salud, excepto cuando se necesita cirugía dental en un hospital. Si bien las enfermeras están generalmente empleadas en el sector hospitalario, también prestan ayuda en los servicios primarios, normalmente en conjunto con oficinas privadas. Los farmacéuticos entregan medicamentos recetados y medicinas y también actúan como fuentes de conocimientos independientes, dando información sobre los medicamentos recetados o prestando ayuda en la compra de medicamentos vendidos sin receta.

Más del 95% de los hospitales canadienses funcionan como entidades privadas sin fines de lucro administradas por consejos comunitarios de fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades. Los hospitales tienen control sobre la asignación diaria de los recursos proporcionados, siempre que se mantengan dentro de los límites de los presupuestos establecidos por las autoridades de salud regionales o provinciales. Los hospitales rinden cuentas principalmente a las comunidades a las cuales prestan servicios, no a la burocracia provincial. El sector de hospitales sin fines de lucro comprende la mayor parte de instituciones de atención a largo plazo o de servicios especializados tales como centros de desintoxicación.

Además de los servicios asegurados de hospital y médicos, las provincias y los territorios dan también cobertura por otros servicios de salud que quedan fuera del seguro de enfermedad para ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos, niños y personas que reciben asistencia social). Estas prestaciones suplementarias a menudo incluyen medicamentos recetados, cuidado dental y oftalmológico, equipos y aparatos funcionales (prótesis, sillas de ruedas, etc.) para que las personas lleven una vida independiente y para los servicios de profesionales de salud asociados tales como podiatras y quiroprácticos.

Si bien las provincias y territorios ofrecen algunas prestaciones adicionales, los servicios de salud suplementarios tienen un financiamiento en gran

medida privado y los canadienses deben pagar de su propio bolsillo esos servicios de salud no asegurados. Los gastos individuales de las personas dependen de los ingresos o la capacidad para pagar. Las personas y familias pueden adquirir un seguro privado o recibir las prestaciones de los planes de seguro colectivos en la empresa donde trabajen para compensar en parte los gastos por los servicios de salud suplementarios. Conforme a la mayoría de las leyes provinciales, las compañías de seguros privadas tienen restricciones para ofrecer cobertura que duplique los programas gubernamentales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

### ***Hitos en la evolución del seguro universal de salud***

El sistema de seguro de enfermedad canadiense ha ido evolucionado durante un período de cinco décadas hasta alcanzar su forma presente .

Antes de finales de los años 40, la medicina privada dominaba la atención médica en Canadá, a consecuencia de lo cual el acceso a la atención se basaba en la capacidad de pagar. La tendencia al seguro de enfermedad universal con financiamiento público comenzó en 1947 cuando la provincia de Saskatchewan introdujo un plan de seguro público para los servicios de hospital. En 1956, el gobierno federal, tratando de fomentar la creación de programas de seguro hospitalarios en todas las provincias, ofreció compartir los costos por los servicios de hospital y diagnósticos pagando mitad y mitad. Para 1961, las diez provincias y los dos territorios habían firmado acuerdos estableciendo planes de seguro públicos que proporcionaban cobertura universal por lo menos para la atención de los pacientes hospitalizados que reunían los requisitos para la distribución de los costos con el gobierno federal.

El seguro médico público también comenzó en la provincia de Saskatchewan, ofreciendo cobertura de las visitas y los servicios prestados por los médicos fuera de los hospitales. El gobierno federal promulgó la legislación de atención médica en 1968 para compartir, en un cincuenta por ciento, los costos de los servicios médicos provinciales. Para 1972 todos los planes provinciales y territoriales se habían ampliado e incluían los

servicios prestados por los médicos. Por tanto, ese año se había logrado el objetivo de tener un plan de seguro de salud nacional para dar atención hospitalaria y médica en Canadá.

Durante los primeros veinte años, la contribución del gobierno federal en apoyo del Seguro Médico estuvo determinada por un porcentaje - cerca de la mitad - de los gastos provinciales respecto a servicios de salud asegurados específicos. En 1977 esos acuerdos de distribución de los costos fueron reemplazados por transferencias per cápita a las provincias y territorios, lo que se conoce como financiamiento global. Para el período de 1977 a 1996, la contribución federal se basó en una cifra uniforme per cápita y tomó la forma de transferencia de impuestos (poder tributario)<sup>1</sup> y pagos en efectivo.

Con el advenimiento de los acuerdos de financiamiento global en 1977, el derecho de las provincias a la contribución federal estaba condicionada solamente al cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación sobre atención hospitalaria y médica. Debido a que las transferencias ya no estaban ligadas al gasto provincial en hospitales y servicios de médicos, las provincias tenían la flexibilidad de invertir en otros métodos para dar atención médica tales como servicios ampliados de atención médica y centros de salud comunitarios, o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias tales como medicamentos recetados a personas de la tercera edad o atención dental para niños.

En 1979, un examen de los servicios de salud realizado por la Comisión Hall estableció que la atención médica en Canadá estaba entre las mejores del mundo, pero advertía que los honorarios suplementarios que los médicos cobraban a los pacientes-- a fin de suplementar los que el doctor recibía del plan provincial -- y las tarifas cobradas a los usuarios por los hospitales estaban creando un sistema de dos niveles que hacía peligrar la accesibilidad a la atención médica.

En respuesta a estas preocupaciones, el gobierno federal reafirmó su compromiso de lograr un sistema de seguro de enfermedad que fuera universal, accesible, íntegro, transferible y administrado públicamente, compromiso suscrito

cuando el Parlamento de Canadá promulgó la *Ley canadiense sobre la salud* en 1984. A fin de disuadir a las provincias de cobrar a los usuarios y de permitir honorarios suplementarios, la *Ley* dispone una multa de dólar por dólar que se deduce de las transferencias federales si cualquier provincia permite cobrar a los usuarios o permite cobrar honorarios suplementarios por servicios de salud asegurados.

El Gobierno Federal mantiene firme su compromiso suscrito con los principios de la *Ley canadiense sobre la salud*.

## Financiamiento

La atención médica en Canadá es financiada principalmente a través de tributos, en forma de impuestos provinciales y federales a la renta y los ingresos de las empresas privadas. Algunas provincias utilizan métodos auxiliares de financiamiento que están dirigidos nominalmente a la atención médica, tales como impuestos a la venta, deducciones salariales y entradas obtenidas en loterías. Sin embargo, estos fondos no están destinados específicamente a la salud y se agregan a los ingresos centrales de la provincia. Tienen un papel relativamente menor en el financiamiento de la atención médica.

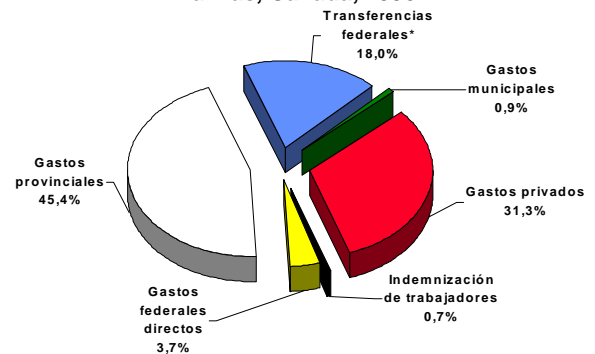
Dos provincias (Alberta y Colombia Británica) utilizan primas de salud. Las primas no están clasificadas según el riesgo en ninguna de las provincias y el pago anterior de la prima no es una condición previa para recibir tratamiento, de conformidad con la *Ley canadiense sobre salud*.

Durante el período de 1977 a 1996 la contribución federal por servicios asegurados de salud se combinó con la de educación postsecundaria y se proporcionó por medio de una transferencia global. La contribución federal se basó en un derecho igual per cápita que se ajustaba anualmente conforme a los cambios en el Producto Nacional Bruto y se calculaba independientemente de los costos provinciales.

A comienzos de 1996-1997 se consolidó la contribución del gobierno federal a los programas sociales y de salud provinciales en una nueva transferencia global, la Transferencia Social y de

Salud de Canadá. El financiamiento federal se transfiere a las provincias como una combinación de contribuciones en efectivo y puntos tributarios. De la misma manera que en el acuerdo previo de transferencia, los planes de seguro de enfermedad provinciales deben cumplir con los principios de la *Ley canadiense sobre la salud* a fin de tener derecho al pago completo de la transferencia federal.

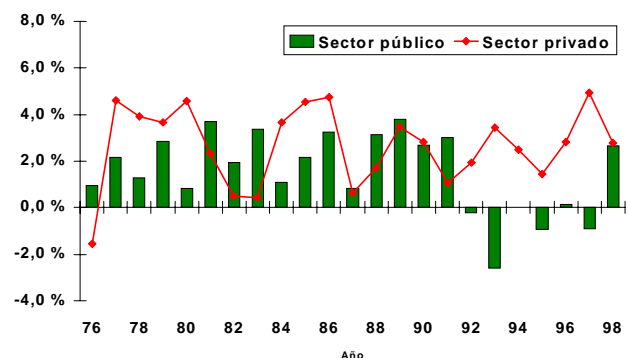
**Cuadro A**  
Distribución de gastos de salud por sector de finanzas, Canadá, 1998



\* Las transferencias federales son principalmente la parte asignada a la salud de la Transferencia Social y de Salud de Canadá que se estima utilizando la distribución de 1995-96 del Financiamiento de Programas Establecidos y del Plan Canadiense de Asistencia.

Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

**Cuadro B**  
Cambio porcentual de gastos de salud reales públicos y privados per cápita, Canadá, 1976 a 1998



Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

Para reforzar el sistema de atención médica, el gobierno federal anunció en el Presupuesto de 1999 que las provincias y los territorios recibirán una cantidad adicional de \$11.500 millones durante el período de 1999-2000 a 2003-2004, específicamente asignada a la atención médica bajo la Transferencia Social y de Salud de Canadá.



El diagrama esquemático de la Estructura del financiamiento del sistema de atención médica en Canadá (que se encuentra al final de este folleto) indica que el flujo de fondos de personas (a la izquierda del diagrama) en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, empleadores y compañías de seguro privadas, financian el sistema de atención médica y los proveedores (a la derecha del diagrama).

### Gastos del sector de salud

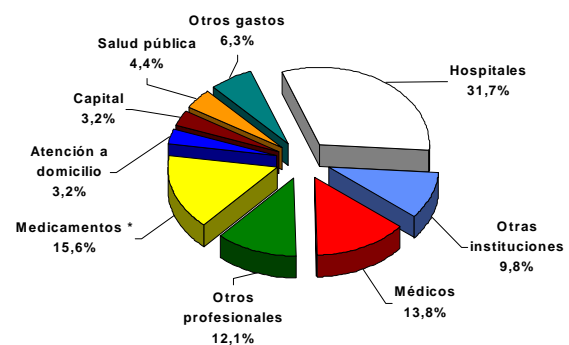
En 1998 los gastos totales en salud en Canadá (en dólares actuales) alcanzó los \$82.500 millones (Cdn) o \$2.694 (Cdn) per cápita (aproximadamente US\$1.785 per cápita). Los gastos de salud representaron un 9,3% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1998, una baja con respecto al porcentaje máximo alcanzado en 1992 de 10,1% del PIB. Los gastos en el sector de salud representan alrededor de un tercio de los gastos provinciales en programas.

El financiamiento del sector público representa cerca del 68,7% de los gastos totales de salud. El 31,3% restante está financiado privadamente a través del seguro suplementario, prestaciones cubiertas por los empleadores o por pagos directos. (Cuadros A y D). Se considera que los controles inherentes en el método de un solo pagador del sistema de salud son un factor importante en el reciente éxito de Canadá en contener costos. El atributo de pagador único del seguro público ha permitido que las provincias y territorios controlen mejor el crecimiento de los gastos en salud en el sector público que como ha ocurrido en el sector privado (Cuadro B). Las provincias y los territorios tienen un poder considerable para administrar los gastos en materia de atención médica. Por ejemplo, los costos de funcionamiento de un hospital son pagados con cargo al presupuesto anual que negocia con el ministerio de salud provincial o con la autoridad regional, dado que se devolvieron muchas funciones de planificación y prestación de servicios de salud a las comunidades desde principios de los años 90. En la mayoría de los casos, las propuestas de expansión de programas, servicios e instalaciones de salud deben ser aprobadas por la comunidad y las autoridades provinciales. La adquisición y distribución de

equipo costoso de alta tecnología entre los hospitales de una región también se somete a aprobación para evitar duplicación innecesaria de servicios y subutilización.

La compensación por los servicios de los médicos también se negocia entre las provincias y las asociaciones médicas provinciales sobre la base de aumentos de honorarios y de utilización, con sujeción a diversas formas de topes para médicos individuales y globales. Los salarios por los servicios de enfermería generalmente se determinan a través de negociaciones colectivas entre los sindicatos y los empleadores.

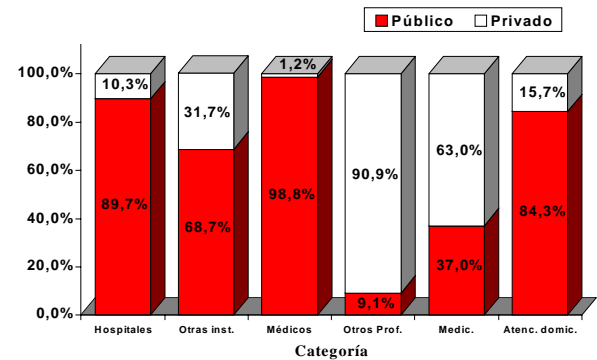
**Cuadro C**  
Distribución de gastos de salud por categoría, Canadá, 1998



\* Incluye los medicamentos en hospitales

Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

**Cuadro D**  
Distribución de gastos de salud públicos y privados por categoría, Canadá, 1998



Fuente: Ministerio de Salud de Canadá

## ***Los beneficios del seguro de enfermedad***

### **Condición de la salud**

Uno de los indicadores más importantes del éxito del sistema es la condición de salud favorable de los canadienses. La expectativa de vida para los canadienses nacidos en 1997 es de 78,6 años (81,4 para las mujeres y 75,8 para los hombres), situándose entre las más altas de los países industrializados, mientras la tasa de mortalidad infantil de 5,6 por 1.000 nacidos vivos en 1996 es una de las más bajas del mundo. El sistema de atención médica de Canadá se considera como uno de los factores determinantes para la clasificación del país en el primer lugar en el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas.<sup>2</sup>

### **Beneficios económicos**

El seguro de enfermedad proporciona una variedad de beneficios económicos que se derivan de la eficiencia y los ahorros de costos asociados con el financiamiento público y las ventajas competitivas que da a las empresas canadienses. El financiamiento público distribuye el costo de proporcionar servicios de salud en forma razonable y equitativa para toda la sociedad. Además de los beneficios derivados por el hecho de tener un solo pagador en el sector de salud canadiense, el financiamiento del seguro de enfermedad a través del sistema impositivo es eficaz ya que no requiere la creación de un proceso de recaudación separado.

*El sistema de atención médica de Canadá es uno de los determinantes claves de nuestra competitividad y de nuestra calidad de vida (Consejo de la Conferencia de Canadá, 1998).<sup>3</sup>*

Un estudio realizado en 1999 por KPMG, la firma internacional de consultores comerciales, en el que se comparaban los costos comerciales en América del Norte, Europa y Japón llegó a la conclusión de que Canadá era el país con los costos comerciales más bajos. Una ventaja importante fueron los costos más bajos de la mano de obra en Canadá como resultado de los beneficios más bajos a cargo del trabajador, sobre todo el seguro médico.<sup>4</sup>

Las empresas canadienses apoyan el programa del seguro de enfermedad, no sólo debido a su eficacia sino también porque ofrece ventajas competitivas al sector privado. Estas ventajas incluyen menor costo por los beneficios de los empleados y la promoción de una fuerza laboral sana y móvil. Mientras el acceso universal a servicios de salud de

### **FORO NACIONAL SOBRE LA SALUD<sup>5</sup>**

El Foro Nacional sobre la Salud fue establecido en 1994 para conseguir la participación del público y las partes interesadas en un diálogo a fin de fijar el curso futuro de la salud y la atención médica en Canadá. El Foro presentó su Informe Final *Canada Health Action: Building on the Legacy* el 4 de febrero de 1997. La fórmula general del Foro para mantener el sistema de salud del país en el futuro es un equilibrio entre medidas relativas a determinantes no médicos y medidas dentro del propio sistema de salud.

El Foro afirma, atendiendo a razones económicas, que el modelo de pagador único del seguro de salud pública (*Medicare*) es el mejor método para controlar las inversiones generales en salud. El informe concluye que se precisan una variedad de medidas concertadas basadas en decisiones informadas a fin de hacer que el sistema sea más eficaz y rápido, y que refleje mejor la práctica contemporánea en materia de prestación de servicios sanitarios. Entre las recomendaciones destacan:

- reestructurar la organización, financiamiento y prestación de los servicios de atención médica primaria; financiar la atención médica más que el proveedor o el lugar; tomar medidas para incluir la atención médica a domicilio y los medicamentos médicamente necesarios en el sistema de atención médica financiado con fondos públicos;
- una estrategia amplia e integrada en materia familiar e infantil que incluya ambos programas y apoyo a la renta; la creación de una fundación nacional para consolidar la acción comunitaria; un Instituto de Salud Indígena; y ayuda para personas que tratan de incorporarse al mercado laboral; y
- la adopción de un sistema demostrado a nivel clínico, administrativo y político, y a nivel de información al público (que cuente con el liderazgo federal en este área mediante la implantación de un sistema canadiense de información sobre salud.

En el presupuesto de 1997, el Gobierno de Canadá respondió a varias de las recomendaciones del Foro anunciando la asignación de \$300 millones durante los tres años siguientes para: un nuevo Fondo de Transición de Salud (centrado en innovaciones demostradas en atención domiciliaria, prestación de servicios farmacéuticos, atención primaria, y prestación integrada de servicios); una estrategia nacional para un Sistema Canadiense de Información sobre la Salud; y mayor asignación de fondos para las iniciativas comunitarias para la infancia y la nutrición prenatal.

calidad asegura una población saludable y, por lo tanto, una fuerza laboral sana y productiva, el carácter nacional del sistema de seguro de enfermedad canadiense mejora la movilidad de la fuerza laboral, que puede ser muy importante para responder a las necesidades y oportunidades económicas cambiantes.

El único requisito exigido en Canadá para estar asegurado es tener la residencia. El principio de transferibilidad de la *Ley canadiense sobre la salud* garantiza que la gente esté asegurada cuando se trasladan o mientras estén temporalmente fuera de su provincia. Por lo tanto, los trabajadores no temen perder su seguro de enfermedad para ellos y sus familias cuando cambian de trabajo o se mudan a otra provincia en busca de empleo.

## Renovación del sistema de salud de Canadá

A comienzos de los años 80, los gastos por concepto de atención médica requirieron una mayor proporción de los recursos provinciales totales, hasta el punto de llegar a representar 28% y 36% de los gastos provinciales asignados a programas. Al constituir los gastos de salud un porcentaje tan alto de sus gastos, la mayoría de las provincias iniciaron programas de austeridad y rentabilidad en ese sector. Las provincias pudieron realizar ese control de los costos utilizando el poder monopsonico que le otorga la estructura con un solo pagador.

Se tiene cada vez mayor conciencia de un cambio de las necesidades futuras de la población en materia de salud, así como una comprensión clara del impacto real de la atención médica en la salud general de la población. Esto es evidente cuando en vez de deliberar sobre los servicios de salud, se concentra la atención en *el sistema de salud*, que reconoce que la salud es algo más que la atención médica. La orientación general de las nuevas direcciones políticas provinciales es el continuo alejamiento del énfasis en la atención médica hacia una visión más global e integrada de la salud.

### CANADÁ: HECHOS SELECCIONADOS

Distribución demográfica	#	Año
Población	30,9M	1999*
% de población entre 0 - 24 años	332	1998*
" " " " " 25 - 44 "	323	1998*
" " " " " 45 - 64 "	222	1998*
" " " " " de + 65 "	123	1998*
<b>Indicadores de salud</b>		
Esperanza de vida al nacer (años)	786	1997*
Edad media de las mujeres	361	1996*
Edad media de los hombres	345	1996*
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	56	1996*
Años potenciales de pérdida de vida por 100.000 pers.	3.483	1996*
Principales causas de muerte (% de las causas)		
Cáncer	272	1997*
Enfermedades cardíacas	266	1997*
Enfermedades cerebrovasculares (principalmente apoplejía)	74	1997*
<b>Hospitales y otras instituciones</b>		
Días de enfermos hospitalizados por 1.000 pers.	1.132	1996-97*
Duración media de la estancia (días de enfermos hospitalizados)	107	1996*
Camas de hospital por 1.000 pers.	56	1993-94*
Camas de atención residencial por 1.000 pers.	81	1993-94*
Costos medios hospitalarios por día	\$623	1995-96 <sup>g</sup>
Personal hospitalario por cama	3	1995-96 <sup>g</sup>
<b>Proveedores de atención médica</b>		
N ° total de médicos	55.243	1997 <sup>g</sup>
Médicos en activo por 100.000 pers.	183	1997 <sup>g</sup>
N° de médicos generales	28.108	1997 <sup>g</sup>
% de médicos que son médicos generales	509	1997 <sup>g</sup>
N° de especialistas	27.135	1997 <sup>g</sup>
% de médicos que son especialistas	491	1997 <sup>g</sup>
Especialistas por 100.000 pers.	90	1997 <sup>g</sup>
Enfermeras tituladas	229.813	1997 <sup>g</sup>
Enfermeras tituladas por 100.000 pers.	763	1997 <sup>g</sup>

\* Dirección General de Estadísticas de Canadá

<sup>g</sup> Instituto Canadiense de Información de Salud



El gobierno federal y los gobiernos provinciales han respondido a la necesidad de adaptar el sistema a las realidades de hoy en varias formas, especialmente: adoptando determinantes de la salud que reconocen que mientras la atención médica es obviamente un factor importante para la salud, su papel debe ponerse en contexto como sólo un componente de un conjunto mucho más amplio de determinantes de la salud; en vez de poner el énfasis del sistema de salud en los modelos de prestación de servicios en instituciones (es decir, atención médica prestada por médicos y hospitales) se pone en modelos integrados basados en la comunidad que otorgan mayor importancia a la salud y la prevención de enfermedades; y elaborar estrategias para la gestión coordinada de la fuerza laboral del sector de salud, incluyendo la remuneración, distribución geográfica y uso adecuado de diversos proveedores de servicios de salud.

Los gobiernos, proveedores de servicios de salud y los canadienses están de acuerdo en que todos los esfuerzos para preservar y mejorar el sistema de salud de Canadá deben basarse en los cinco principios fundamentales de la *Ley canadiense sobre la salud* que guían la concepción y operación de nuestro sistema nacional de seguro de enfermedad. Los canadienses consideran la atención médica como un derecho básico y valoran enormemente su sistema de salud. Se identifican fuertemente con su sistema de atención médica porque ejemplifica muchos de los valores que nuestra sociedad comparte, como por ejemplo la equidad, la justicia, la compasión, y el respeto por la dignidad fundamental de todos. La adhesión a los principios de la *Ley canadiense sobre la salud* seguirá siendo una característica importante del sistema de atención médica de Canadá en su continua evolución a fin de responder a las necesidades de los canadienses.

## **Conclusión**

Canadá ha tenido éxito en sus esfuerzos para contener los gastos nacionales en materia de salud. A mediados de los años 90 los gastos de salud se nivelaron y llegaron a reducirse algo más posteriormente. Si bien el contenimiento de los costos dentro de sectores específicos sigue siendo prioritario a fin de lograr la reasignación de

recursos, se ha debido hacer frente a las preocupaciones de contener los costos generales. Canadá está ahora volviendo su atención hacia consideraciones de largo plazo acerca del futuro del sistema nacional de atención médica. El objetivo de estas consideraciones de largo plazo es garantizar que el sistema de atención médica siga respondiendo a las necesidades actuales de los canadienses y que, en el futuro, sea adecuado para obtener buenos resultados en el plano de la salud y el mejoramiento general del estado de la salud. Existe un consenso general sobre la necesidad de avanzar hacia un sistema de atención médica integrado y de alta calidad que preste la atención necesaria de manera eficaz y asequible si se quiere adaptar mejor el sistema de atención médica al público. Los canadienses esperan que se les informe sobre el funcionamiento del sistema de atención médica y que se les permita participar en la transición del sistema para responder a sus necesidades en el siglo XXI y posteriores.

En el Presupuesto de 1999 el Gobierno de Canadá anunció medidas claves para reforzar el sistema de atención médica de Canadá, mejorar la salud de los canadienses y aumentar la investigación en temas de salud. Las transferencias de fondos a las provincias y territorios para los servicios de salud aumentarán en \$11.500 millones durante los próximos cinco años desde 1999-2000 hasta el 2003-2004. Además de este aumento de las transferencias, el Presupuesto de 1999 asignó \$1.400 millones en un período de tres años en áreas claves como la investigación, la información y la tecnología, los sistemas y programas sanitarios de las Primeras Naciones e inuit, y mejoras en la promoción de la salud y programas de protección de la salud. Esta inversión en la salud de los canadienses y en su sistema de atención médica representa la inversión nueva más importante realizada hasta la fecha por el Gobierno.

Se anticipa que el sistema de seguro de enfermedad de Canadá continuará su desarrollo mediante un proceso evolutivo a medida que se renueva para reflejar la nueva visión de un sistema de salud. Mientras la atención médica, con su foco en la atención de médicos y hospitales, continúa desempeñando un papel prominente y vital, cada vez se considera más como un elemento que forma parte de un sistema de atención médica más amplio que comprende una mayor variedad de servicios,

proveedores y lugares de prestación de servicios. El apoyo y la adherencia, a nivel nacional, a los principios nacionales establecidos en la *Ley canadiense sobre la salud* asegurarán que los elementos esenciales y el carácter del sistema de atención médica canadiense siga siendo el fundamento sobre el cual evoluciona el sistema de salud.

## NOTAS

<sup>1</sup> “Transferencia tributaria” se refiere a la transferencia de un cierto número de puntos de impuestos a la renta y a las empresas del gobierno federal a las provincias; en otras palabras, el gobierno federal acuerda rebajar el impuesto a la renta personal y a las empresas para que las provincias puedan a su vez subir sus propios impuestos en el mismo porcentaje que la reducción tributaria correspondiente del gobierno federal.

<sup>2</sup> El Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas clasifica a los países según los siguientes factores: educación, acceso a la atención médica e ingresos medios de sus ciudadanos. Canadá ha encabezado el Índice durante seis años consecutivos (1944-1999). *Informe sobre Desarrollo Humano* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (años seleccionados), Nueva York: Oxford University Press.

<sup>3</sup> Consejo de la Conferencia de Canadá; *Performance and Potential 1998*: Ottawa.

<sup>4</sup> KPMG (1999); *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada and Prospectus Inc.

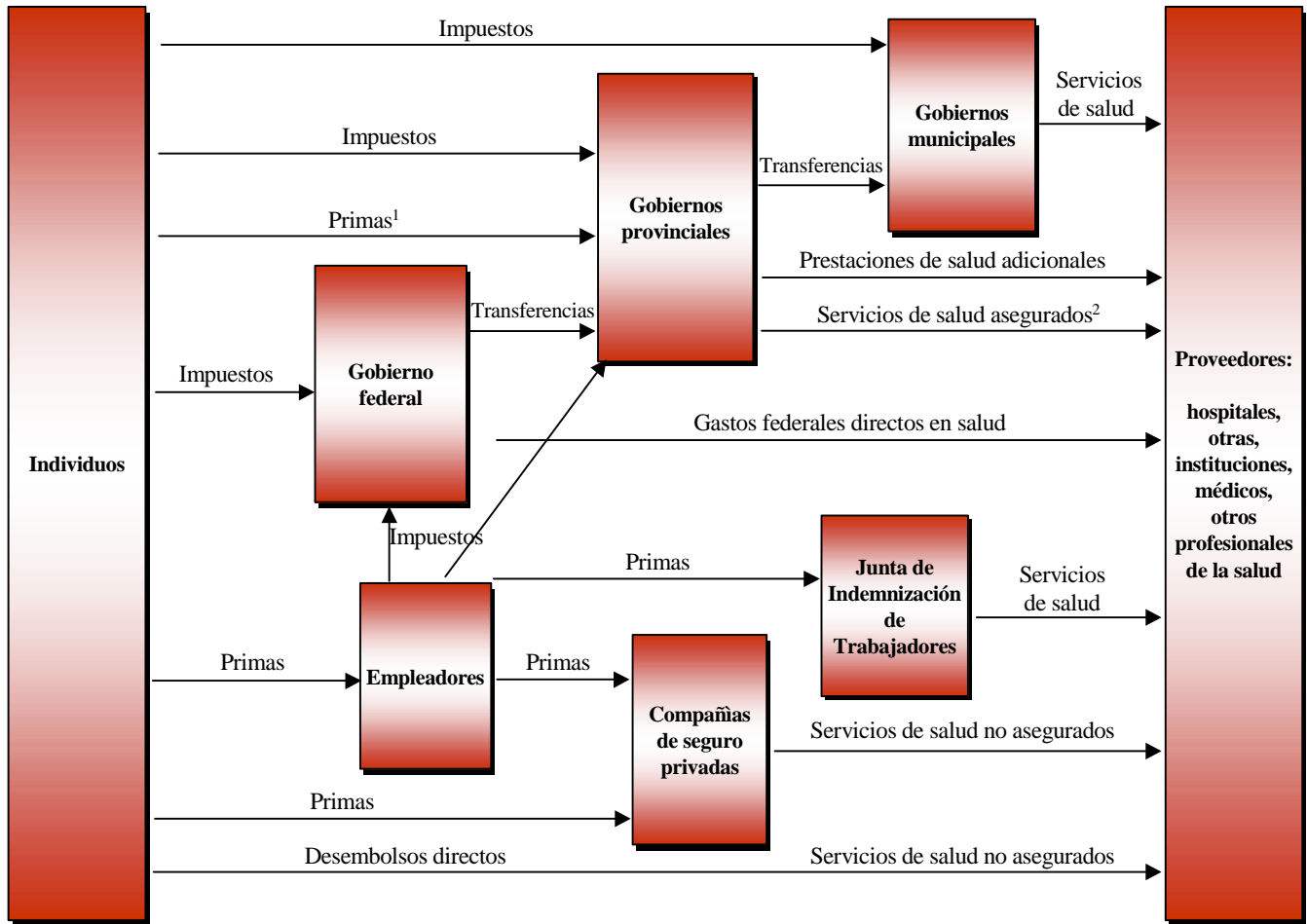
<sup>5</sup> Foro Nacional sobre Salud (1997); *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Informe final del Foro Nacional sobre Salud, Ottawa.

División de políticas y del sistema de salud  
Dirección de información y de política de la salud  
Dirección general de políticas y de consultas  
Ministerio de Salud de Canadá  
Brooke Claxton Building  
PL 0910A  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9

<http://www.hc-sc.gc.ca/>

Julio de 1999  
Spanish July 1999

# Estructura del financiamiento del sistema de atención médica en Canadá



1. Dos provincias, Colombia Británica y Alberta imponen primas de salud.
2. Servicios de atención médica y hospitalaria médicamente necesarios.

*Nuestra misión es ayudar a los ciudadanos canadienses a mantener y mejorar su salud.*



Health Canada  
Santé Canada