

SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Juan Esteban Valencia Zapata

PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Canadá es una democracia parlamentaria con una monarquía constitucional basada en el modelo británico. Es un Estado Federal de 30'600.000 habitantes cuya capital es Ottawa, tiene diez provincias (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Newfondland, New Brunswick, Nova Scotia, Ontario, Isla del Príncipe Edward, Quebec y Saskatchewan), cada una tiene su propio gobierno y un alto grado de autonomía dentro de sus áreas de jurisdicción asignadas constitucionalmente en 1.867, en donde se establecieron dos niveles gubernamentales llamados Central ó Federal y Provincial. Además posee dos territorios (Yukon y Noroeste) administrados por el Gobierno Federal. En términos constitucionales la responsabilidad frente a la salud recae sobre las provincias, el Gobierno Federal sólo responde directamente por la atención de la salud para grupos específicos (fuerzas armadas y población nativa, entre otras), asuntos de salud internacional, vigilancia, laboratorios, estadísticas, fomento de la salud, establecimiento de estándares e investigación.

Los asuntos de salud ambiental son asumidos en forma no bien delimitada por los gobiernos nacionales y provinciales. Estas y otras áreas presentan imprecisiones y son a veces motivo de disputas, por ello se realizan conferencias federales-provinciales y acuerdos intergubernamentales.

El mayor efecto del Gobierno Federal en la evolución del sistema de atención de salud es lo relacionado con la disposición constitucional del recaudo fiscal. A través de acuerdos con las provincias, transfiere los recursos bajo términos y condiciones específicas, por lo cual las provincias tienen que cumplir los mandatos constitucionales concernientes a salud y otras áreas, asegurando que todos los residentes de Canadá tengan derecho, sin ningún cobro a todos los beneficios necesarios de tipo médico y hospitalario.

Actualmente las provincias desempeñan un papel predominante en la planeación, regulación y obtención de fondos para el Sistema de Salud, incluyendo recursos humanos, recursos educativos y la planeación institucional y de programas. La tributación para financiar el Sistema es complementada con impuestos directos locales.

La salud para los canadienses es un servicio fundamental, el cual es soportado por mandato del Departamento de Salud enfocado en su visión y misión llevando a la salud a un servicio por excelencia. Su misión es "Ayudar a los personas de Canadá a mantener y mejorar su Salud"; y su visión es "Mantener actualizado el Sistema Nacional de Salud; fomentar un liderazgo nacional y provincial en salud y ejecutar acciones en una forma oportuna, responsable y con peso científico".

* Médico especialista en Economía de la Salud y Salud Ocupacional,
Coordinador de Diplomados Facultad de Medicina CES.

También se encuentran determinadas por el Gobierno las siguientes filosofías y prioridades del Sistema:

- Servicios de salud sin ánimo de lucro.
- Acceso equitativo e ilimitado del paciente a los servicios de salud bajo la cobertura pública.
- Libre elección de proveedores y usuarios.
- Alto nivel de discusión en la importancia de la calidad de vida.
- Deseo de disminuir el grado de autonomía médica.
- Rechazo público del pago al momento del servicio.
- Incremento en la promoción y mantenimiento de la salud ya que es el producto de la responsabilidad y acción de cada ciudadano.
- Mayor prioridad por los problemas físicos que los mentales.
- Énfasis en los costos de los servicios. Por ejemplo, en el cuidado Hospitalario agudo que es usualmente la puerta de entrada al sistema.

El Sistema de Salud Canadiense posee cinco grandes divisiones y una secretaría departamental, se encuentra representado por cinco regiones a lo largo de todo el país: (Atlántica, Quebec, Ontario, Manitoba/Saskatchewan y Pacífico Occidental). No todas las regiones poseen actividades de las cinco divisiones pero estas existen en el ámbito nacional. Entre sus funciones están las siguientes:

- 1. División de promoción y programas en salud**
Desarrolla, promueve y coordina programas para preservar la salud física y mental de los canadienses. Tiene a su cargo los siguientes programas: nutrición, tabaquismo, alcoholismo y

abuso de medicamentos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), salud familiar, enfermedades cardiovasculares y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

- 2. División de protección de la salud**

Conduce programas para garantizar la calidad de los alimentos, medicamentos, cosméticos, medio ambiente y equipos que emitan radiación.

- 3. División de servicios médicos**

Provee servicios de salud a la comunidad nativa, a los residentes de Yukon y a toda la población canadiense en caso de desastres nacionales.

- 4. División de consulta y política**

Provee análisis de las políticas, asesoría e información a las otras divisiones a través de planeación estratégica, desarrollo de políticas e información pública.

- 5. División de servicios corporativos**

Apoya el desarrollo de programas de las otras divisiones y provincias a través de administración y planificación financiera, manejo de recursos humanos, sistemas de información y auditorías internas

- 6. Secretaría departamental**

Coordina la relación entre los niveles políticos y ejecutivos del Sistema de Salud en actividades tales como relaciones parlamentarias y correspondencia ministerial; y sirve como un punto focal para planeación corporativa.

HISTORIA DEL SISTEMA

Los patrones de Salud y el Programa de Beneficios Sociales de Canadá se establecieron entre 1945 y 1972, o sea que el sistema se fue implementado gradualmente durante el periodo de la postguerra, en un contexto de promesas y abundancia resultante de un crecimiento económico que propiciaba la idea de un Estado benefactor. El Gobierno no Federal propuso a las Provincias un Programa General de Seguridad Social que incluía un Seguro de Salud de cobertura amplia con base en costos compartidos,

situación que se hizo realidad cuando mejoró la situación económica en la postguerra. Luego hubo un rápido crecimiento de Seguros Voluntarios Médicos y de Atención Hospitalaria sin ánimo de lucro que por el escaso recurso de personal médico fue perdiendo su carácter social. En 1947 en Saskatchewan se implantó el primer programa en Norteamérica de un Seguro Universal para Hospitales Públicos y en Swift Current, de un Seguro Público Provincial de Atención Médica.

En 1948 el Gobierno Federal introdujo un programa de Salud Nacional que brindaba subsidios condicionados en apoyo a provincias y en los siguientes 30 años proporcionó apoyos en infraestructura para la planeación en salud, servicios y laboratorios de salud pública, construcción de hospitales, servicios de rehabilitación, etc. En 1957 se firmó el Acta Federal de Seguros de Hospitalización y Servicios de Diagnóstico con base en la experiencia de los planes de seguros para hospitales provinciales como subsidio condicionado de apoyo a provincias, dándoles aproximadamente un 50% de reembolsos federales por sus gastos de atención en hospitales públicos, consulta externa y urgencias a la población que los requería.

En 1961, todas las provincias tenían programas universales públicos. En 1965 se estableció el Plan Federal de Asistencia de Canadá que estipuló la cobertura del 50% de los beneficios del programa provincial de asistencia pública incluidos los beneficios de salud no previstos en los planes públicos universales (medicamentos especiales, odontología, optometría, atención domiciliaria, prótesis, asilos y atención de enfermedades crónicas).

En 1966 se aprobó la Ley Federal de Atención Médica y se extendió el Seguro de Enfermedad para cubrir los servicios médicos. En 1971 se introdujo el Seguro Médico Universal el cual proporcionaba protección integral en términos iguales a toda la población. Luego se instauran otros programas de beneficio social como ayudas familiares y seguro para ancianos, planes de pensiones y seguro de desempleo, plan de necesidades de asistencia para la tercera edad y deducción de impuestos sobre el ingreso por familias dependientes.

En 1972 se estableció una Red de Programas de Beneficios Sociales y de Salud tanto a nivel federal como provincial y gracias al enfoque del subsidio condicionado (50%); el gobierno federal logró una dirección en el establecimiento y estándares de los programas de beneficio a la salud. Este impulso duró con optimismo hasta la década de los 80's, cuando el llamado MEDICARE gozó de gran popularidad,

superando las barreras económicas en la búsqueda y suministro de atención médica y hospitalaria, cubriendo más del 90% de los costos de operación; los salarios se incrementaron mediante arreglos negociados; un asegurador por cada provincia mantenía bajos los costos administrativos, pero comenzaron a dispararse los costos de atención en salud pasando del 25% al 33% de los gastos provinciales, por lo cual a partir de los años 70 diversas comisiones y estudios federales-provinciales formularon una serie de recomendaciones dirigidas a retomar el sistema de salud y prevenir el incremento desmesurado de costos y gastos más allá de lo que el crecimiento económico podía absorber.

En 1977 el Gobierno Federal notificó un cambio unilateral mediante el Acta Federal-Provincial de Acuerdos Fiscales y Financiamiento de Programas Estatales y reemplazó las fórmulas previas de costos compartidos por una combinación de transferencias de puntos fiscales y subsidios de caja en bloque, indexados anualmente según crecimiento poblacional y PNB. De ese modo la contribución fiscal no se ataba a los gastos provinciales y las provincias tendrían mayor flexibilidad en el control de sus gastos y se responsabilizarían de cualquier incremento que rebasara la tasa de inflación, siendo el control del gasto responsabilidad actual de las provincias.

Un aspecto importante de mencionar es que a partir de la Carta de Ottawa (1986) y el informe "Achieving Health for All" (Salud para Todos) el fomento de la Salud recibió un mayor apoyo, al igual que en el documento "A New Perspective on the Health of Canadians".

Por mandato constitucional la atención en salud es responsabilidad de las provincias, cada una de las cuales tiene un Plan de Seguro de Salud propio pero que satisface los requisitos mínimos establecidos en la Ley Federal de Canadá que se aprobó en 1984, dichos requisitos incluyen la universalidad de la cobertura de servicios, la cobertura del seguro entre provincias, la gestión pública del seguro de salud sin ánimo de lucro y el acceso a los servicios sin impedimentos de cargos.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA

Por sus características el sistema de salud canadiense se sitúa entre un servicio nacional de salud similar al de Gran Bretaña y la propuesta del LAISSER FAIRE, con la cual el Estado se limita a proteger a los sectores vulnerables de la población, como sucede actualmente en los Estados Unidos.

El modelo presenta una financiación pública de servicios que ofrecen los proveedores privados. Los médicos desempeñan un papel central en el funcionamiento del sistema con la garantía de ingresos superiores y protección a su autonomía profesional a cambio de una mayor intervención Estatal. El Sistema Canadiense tiene una ausencia virtual del sector privado en el campo del seguro médico y de hospitalización, ya que por principios que rigen la participación financiera federal se excluyen los mecanismos de recuperación de los costos, bajo pena de sanciones financieras cuantiosas, esto eliminó la sobrefacturación al exigir al paciente sumas adicionales al reembolso que recibe del programa público o el cobro por utilización.

Los médicos no pueden participar en el Programa Público y al mismo tiempo ejercer la medicina privadamente (cobro directo al paciente). Si opta por la última opción, puede cobrar tarifas no reguladas al paciente, quien solo puede obtener del seguro médico un reembolso equivalente a las tarifas autorizadas, pero el carácter público o sin ánimo de lucro de los hospitales limita esta opción, por ello menos del 2% de los médicos no están afiliados al sistema.

Los pacientes tienen libertad de elegir el proveedor de su predilección en busca de servicios de salud ya sea consulta médica en consultorio particular con médico afiliado al sistema ó consulta en el Hospital mas cercano; en caso de ser hospitalizados las habitaciones son compartidas con otros pacientes, un trato igual para todos y en caso de solicitar una

atención adicional que no lo cubra el sistema básico el paciente deberá pagar un Copago. Los médicos pueden elegir libremente el lugar para establecerse limitando las perspectivas de las provincias de controlar la prestación de la atención o cobertura de servicios.

Casi todos los hospitales pertenecen a corporaciones voluntarias, comunidades religiosas o gobiernos locales y son operados por Juntas directivas reguladas por normas sobre planeación regional y provincial. Los centros de convalecencia, asilos, centros de atención a enfermos crónicos e internación, pertenecen a organizaciones sin ánimo de lucro o privadas con ánimo de lucro, pero todos son regulados y financiados públicamente. La industria farmacéutica es privada aunque regulada en aspectos como aprobación e introducción de patentes y otros requisitos.

Los servicios de Salud Pública son ofrecidos por las provincias, gobiernos locales o regionales. Cada uno tiene un plan de salud propio enmarcado en las macropolíticas gubernamentales.

Existe un gran número de agencias sociales y de salud voluntarias, grupos de autoayuda y grupos de ciudadanos, para satisfacer necesidades especiales, apoyar investigaciones y fomentar la salud, los cuales obtienen fondos públicos y filantrópicos para luego rendir cuentas públicas de sus actividades.

Las compañías de seguros no gubernamentales, generalmente lucrativas, ofrecen coberturas suplementarias a los beneficios básicos (dentales, ópticos, farmacéuticos, hospitalarios semiprivados o privados) que los programas provinciales no cubren. Es de anotar que cada provincia ofrece coberturas de servicios en diferentes grados, incluidos servicios complementarios.

PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

ATENCIÓN AMBULATORIA

Canadá ofrece esta atención a toda su población, como resultado de ello el 70% de los médicos trabajan con pacientes ambulatorios. Más o menos el 43% de los médicos son generales, el 41.6% corresponde a especialistas que laboran en consultorios externos y el 15.4% restante a especialistas que laboran en los hospitales. El número de Médicos por cien mil habitantes es de 215.5.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

La mayoría de los hospitales son instituciones privadas sin ánimo de lucro con juntas directivas compuestas por particulares. Dado que la mayoría de recursos provienen de planes provinciales de seguro de enfermedad, su carácter es casi público. Cuando exceden su presupuesto son auxiliados por los ministerios provinciales, aunque la tendencia es a controlar cada vez más los costos. Las camas de pensionado solo son el 2.4% y el número de camas por mil habitantes es de 16.1.

Canadá comparativamente con otros países cuenta con un número alto de hospitales aunque son de menor tamaño, por ejemplo hospitales de 20 camas para poblaciones pequeñas. Los hospitales son independientes aunque en algunas provincias tienen representantes del gobierno en sus Juntas Directivas.

El sistema de prestación de servicios es sobre la base de reembolsos de los gastos. La mayoría de médicos no es empleada por el hospital sino que trabaja por honorarios por paciente atendido y pueden remitir pacientes al hospital de su predilección. En comparación con otros países, Canadá tiene un número relativamente alto de enfermeras percápita; gozan de prestigio, tienen acceso a capacitación y postgrados y sus salarios son buenos.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Algunas provincias tienen este servicio en escolares; las demás personas son cubiertas por seguros privados.

MEDICAMENTOS

Desde 1970 los planes provinciales cubren los medicamentos recetados a sus beneficiarios a precios bajos debido a la protección de patentes. Los gastos en medicamentos componen el 11% del costo total de atención en salud.

ATENCIÓN A LOS ANCIANOS

Canadá tiene una población relativamente joven, los mayores de 65 años en 1980 eran el 9.5%, se estima que en el año 2000 sean aproximadamente 12.8%. Los hogares para ancianos y convalecientes son financiados y administrados por las provincias. En 1980 había 3.1 camas por 1.000 habitantes en estos hogares. Los municipios también prestan asistencia institucional para los ancianos.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Tienen libertad de escogencia del proveedor de servicios médicos de su elección, médico o especialista o cualquier sala de urgencias sin necesidad de referencia. No se cobran honorarios extras en el hospital ni en consulta externa y es un requisito para el ingreso a hospitalización, la referencia de un médico. La concentración es de 6.6 consultas por persona por año (1987).

Como actual mecanismo de freno a la demanda existe la lista de espera para ciertas cirugías en algunas provincias, también para algunos procedimientos electivos y el uso de la alta tecnología.

El sistema legal canadiense desincentiva los juicios de mala práctica (el abogado demandante cubre los costos del tribunal cuando pierde el caso). La compensación por daños por mala práctica es rara y hay un límite a los daños no económicos que se pueden reclamar. Las decisiones de mala práctica se toman en un panel profesional (un médico, un abogado y un juez).

COSTOS Y FINANCIACIÓN

Los canadienses pagan un 55% en impuestos a la renta federal y provincial, además de un impuesto del 15% sobre las ventas.

El sistema canadiense es financiado por el Estado, predominantemente a través de cotizaciones compulsivas para el sector (25%), aportes federales (30 a 33%) y provinciales (42 a 45%). Por ello tienen mucha incidencia en la regulación del sistema en el ámbito de desarrollo e introducción de recursos humanos, físicos, tecnológicos y la formación de sus profesionales de salud.

Existen mecanismos de negociación bilateral entre Asociaciones Provinciales de Proveedores y las provinciales de médicos, determinando la naturaleza de los servicios, los presupuestos de los hospitales y los honorarios de los médicos. Los incentivos para economizar radican en que la negociación tiene en cuenta los toques de los recursos para salud en cada provincia, los cuales si son sobrepasados en una vigencia deberán recuperarse en el período siguiente.

Las personas subsidiadas cuentan con alternativas del proveedor en atención ambulatoria pero deben hacer copagos importantes. Los hospitales son financiados por presupuestos globales prospectivos determinados históricamente, los trabajadores de salud negocian su remuneración mediante convenios colectivos con sindicatos y los médicos mediante honorarios negociados entre las Asociaciones mencionadas, por servicios prestados. Esto plantea problemas a los hospitales en el control del gasto, ya que el médico tiene la llave del gasto en las manos incluido su propio ingreso, creando conflicto de intereses. Los médicos conservan la calidad de empresarios independientes; en su mayoría (98%) son remunerados por los programas provinciales por servicios facturados.

• El gasto en salud ha experimentado moderados aumentos desde los años 70's (7.3% del PIB en el 1970, 8.5% en 1985, 8.9% en 1989, 9.4% en 1990 y 9.9% en 1991). La proporción de gasto en salud

percapita en 1987 fue de US \$1.483. Las transferencias federales a las provincias oscilan entre 45 y 80%, según la situación económica de la provincia.

A partir de 1977 las transferencias federales no pueden exceder la tasa de crecimiento económico con el fin de impedir el aumento de los costos. El promedio federal de financiación de la atención en salud es ahora un 37% del promedio de los gastos provinciales de salud, luego de haber sido un 58% en los años 70's.

En 1991 el 72.2% de todos los gastos en salud provinieron de fuentes públicas y el 27.8% restante de fuentes no gubernamentales (gastos marginales, seguros privados suplementarios contratados por cerca del 60% de los canadienses y fondos filantrópicos de organizaciones voluntarias).

En cuanto a lo relacionado con los gastos de desarrollo de la infraestructura o adquisición de tecnología, los fondos para estos gastos no provienen del presupuesto ordinario de los hospitales sino que requieren autorización previa de las autoridades regionales y provinciales para su desarrollo y financiación, al igual que la introducción de programas nuevos.

GASTO SOCIAL

El servicio de salud en Canadá, representó una industria de 70.000 millones de dólares para 27 millones de habitantes durante 1992. Los gastos en salud representan el 33% del presupuesto de los gobiernos provinciales, de los cuales tres cuartas partes se gastan en servicios médicos e institucionales.

En 1992 Ontario gastó 17.000 millones de dólares, del erario público, con el cuidado de salud de cerca de 8 millones de residentes. Estos costos no son típicos de otras partes del mundo, de hecho; Canadá tiene el sistema de salud público más costoso del mundo.

Cuando Canadá introdujo el Sistema Nacional de Salud Universal y seguro hospitalario, los costos aumentaron rápidamente en los años 60's, pero se estabilizaron durante los años 70's, en un 7% aproximadamente, mientras que seguían aumentando en los Estados Unidos. Sin embargo durante la recesión prolongada de los años 80's, mientras el PIB aumentaba muy lentamente, el crecimiento de los costos de salud continuaba, y de ese modo, aumentando su participación del PIB a un 8.3% en 1983 hasta un 11% en 1992. De lo anterior se deduce que las políticas que mantuvieron los costos a un porcentaje constante del PIB durante los años 70's, no funcionaron durante periodos de estancamiento económico.

A pesar del aumento del porcentaje del PIB dedicado a salud, la presión para que se dediquen más recursos a este sector continúa aumentando.

Los gastos en salud per cápita aumentaron, en dólares de 1970, de 340 a 445, o sea un aumento del 31% durante el periodo 1972 a 1982. En el mismo periodo, el gasto total en salud creció un 48% y la población un 14%. Aunque estos costos continúan aumentando, el gobierno federal estabilizó su contribución a través de la "Acta de Financiación de Programas Permanentes" de 1977; y desde 1988; las transferencias a las provincias han ido disminuyendo desde un 4% del PNB y se espera que desaparezcan a comienzos del próximo siglo.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Son cinco fuentes de financiación, cuyos porcentajes varían de acuerdo a la provincia.

1. Gobierno Federal (27 a 36%): En forma de Fondos Federales Directos, dirigidos a grupos especiales como los nativos, personal de las fuerzas armadas y veteranos, además de gastos en investigación, promoción de la salud y servicios de protección; y en forma de transferencias a las provincias que incluye transferencia de impuestos para seguros de salud bajo el programa de el Acta de Financiación de Programas Permanentes (EPF=Established Program Financing) y lo

concerniente a salud del "Plan de Asistencia Canadiense".

2. Fuentes de la Provincia (38 a 50%): Además de las transferencias federales e incluye transferencias a gobiernos locales.
3. Gobiernos locales (0 a 5%).
4. Grupo de compensación de trabajadores (0.4 a 1.3%).
5. Fuentes privadas (17% a 29%).

Cuadro 1. Gastos en Salud en Canadá por categoría en 1990

CATEGORÍA	GASTO EN MILES DE DÓLARES	%
Hospitales	23.592	38.2%
Otras Instituciones	6.616	10.7%
Servicios Médicos	9.412	5.2%
Otros profesionales de salud	4.332	7%
Medicamentos	8.239	13.3%
Capital	2.389	3.9%
Otros	7.172	11.6%

El gasto en medicamentos es el de mayor crecimiento y el gasto en hospitales y servicios médicos el de menor crecimiento.

Es importante recordar lo relativo del tamaño de las diferentes áreas de gasto cuando se discute control de costos o redistribución de recursos. Por ejemplo: Una reducción de un 10% en gastos de medicamentos permitiría un aumento del 100% en gastos de investigación. Actualmente hay dos fuerzas que podrían acelerar esta redistribución:

1. La presión del SIDA.
2. La evidencia producida por los estudios de costo-efectividad.

Los costos relacionados con la salud tienden a aumentar por encima de la inflación. En 1986 la salud aumentó 5.6%, mientras el índice de precios al

consumidor fue de 3.9%, y eso que los costos en salud no aumentaron tanto como en otros años.

Las provincias varían en la forma en que ellas financian la parte que les corresponde de los costos de los servicios hospitalarios y médicos. Alberta y la Columbia Británica tuvieron copagos y actualmente contemplan la prima en el seguro de salud.

Si los costos en hospitales y servicios médicos son controlados, habrá un deterioro en la prestación de servicios de salud, pero hay una creciente evidencia de que Canadá deberá aceptar estos problemas, ya que los gastos en otras áreas producirían un mayor aumento en el nivel de salud del canadiense y tendrían un mayor retorno social por dólar gastado.

CARGOS AL SISTEMA

Canadá esta actualmente atravesando por una recesión y sin embargo los médicos están aumentando sus ingresos.

En Alberta durante 1991, hubo un incremento de un 15% en la utilización de servicios. El número de admisiones hospitalarios por 1000 habitantes está cayendo paulatinamente y el número de admisiones con fines quirúrgicos va en aumento. Las tasas de utilización de algunos procedimientos son difíciles de determinar y dependen en gran medida de la forma en que el médico asuma la conducta a seguir.

La magnitud en la utilización de servicios de salud como consecuencia de problemas mentales o emocionales es desconocida, pero muchos trabajadores de la salud a nivel primario, han identificado problemas psicológicos como la causa de más de la mitad de las consultas.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS DEL SISTEMA

La salud será considerada, primero que todo, un estado mental de razonable optimismo y satisfacción. Esta definición es escogida porque el estado mental es el mayor determinante de la calidad de vida. De ese modo la mayor amenaza a la salud de los canadienses son

aquellas cosas que interfieren con una adecuada calidad de vida. La tasa de mortalidad es aun usada como medida de salud de una población, sin embargo esta nos dice la causa aparente de muerte pero no nos dice que tan saludables somos.

Cerca de 200.000 canadienses mueren cada año; la mitad por enfermedades del sistema circulatorio y un 20 a 25% por cáncer. Sin embargo, si evaluamos los AVISA (Años de Vida Saludable) perdidos, las 5 más importantes causas en hombres fueron: Enfermedad coronaria, accidentes automovilísticos, suicidio, cáncer pulmonar y mortalidad perinatal, en ese orden, con excepción de Yukon y los territorios del Noroeste donde el suicidio ocupa el primer lugar. Con las mujeres ocurre un orden similar con excepción del cáncer de seno, que ocupa el primer lugar.

Si miramos las causas anteriores, vemos que las primeras cuatro responden más a prevención que a tratamiento y la última a factores que son abordables.

EXPECTATIVA DE VIDA

En Quebec, la esperanza de vida para las mujeres es de 81 años con 63 años de completa salud, en comparación con los hombres que tuvieron una esperanza de vida de 78 años con 62 años de completa salud. El 12.8% de las personas mayores de 15 años son discapacitados.

En el Canadian Health Promotion Survey (1985), se exploraron en la población sus conocimientos en salud, sus actividades, creencias y conductas con el fin de saber "que piensan, sienten y saben los canadienses acerca de salud". El 61% dijo que su salud era buena o excelente, 42% que eran muy felices y 54% aceptablemente felices. El 5 a 20% de la población adulta tiene hipertensión (por estimativos) y de estos, del 50 al 66% no son conscientes de sufrirla.

ESTATUS DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La principal preocupación de salud entre los adolescentes fue el acné, seguido por las dificultades académicas; los problemas menstruales (33% de las

mujeres), problemas familiares, problemas emocionales y nerviosos, obesidad, contracepción etc.

MORTALIDAD INFANTIL

Se sitúa por debajo de 6.3 por 1000 nacidos vivos y es debida en su mayor parte a muerte súbita, anomalías congénitas y prematuridad.

SALUD EN LOS NATIVOS

Los servicios de salud de los nativos son administrados a través de un departamento federal inoperante. El estado de salud está muy por debajo del promedio canadiense; la violencia es la causa del 35% de todas las muertes y las mujeres nativas tienen

ratas de cáncer pulmonar 15 a 30 veces mayor que las de las canadienses. El 23% de las muertes estuvieron relacionadas con el alcohol (Alberta 1982) y los niveles de suicidio en el grupo de 15 a 24 años es 6 veces mayor que el promedio nacional.

ESTILOS DE VIDA

A pesar de que el hábito del cigarrillo esta siendo atacado por presión social, legal, laboral, etc, el 35% de los canadienses adultos continúa fumando. El 65% de los adultos consume alcohol al menos una vez al mes, y medio millón son alcohólicos. A pesar de que los impuestos por alcohol exceden los 5.000 millones de dólares, el costo social puede ser el doble.

TENDENCIAS

Controlar los costos en salud es parte de la justicia distributiva practicada en Canadá y el recorte presupuestal se esta dando a todos los niveles, este control de costos se hace de dos formas:

- Bajando los costos de producción
- Comprando solo aquellos servicios costo-efectivos

Muchos sistemas de información han sido desarrollados para permitir una mejor evaluación de los costos. Debido a los costos ascendentes del sistema de salud canadiense, las provincias empiezan a reconocer la necesidad de explorar otras alternativas al modelo de honorarios por servicios ya que fuera de disparar los costos, algunos usuarios se quejan de no recibir suficiente información o no les dedican el tiempo necesario.

- Aumento en la expectativa de vida en todas las edades, especialmente atribuible a una reducción en las muertes por enfermedad cardiovascular y accidentes automovilísticos.

- Las tasas de mortalidad por cáncer, excluyendo el cáncer pulmonar, ha disminuido 5% en hombres y 12% en mujeres en los últimos 20 años.

- La mortalidad materna ha disminuido en un 94% en los últimos 40 años. En 1981 solo hubo 23 muertes maternas en todo Canadá.

- Reducción del 10% de los ingresos de los estudiantes a las Facultades de Medicina e instauración de topes legislativos a los ingresos del personal médico.

Los indicadores de salud parecen apuntar a que los canadienses son más saludables (como Nación) que lo que eran hace 2 ó 3 décadas, al menos en lo relacionado a salud física. Sin embargo, si un saludable estado mental se considera como la característica más importante de una persona sana, no podemos afirmar lo anterior ya que no poseemos información acerca de las expectativas, optimismo, felicidad, paz mental y satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://hpb1.hwc.ca/>
- <http://www.hwc.ca/medicare/index-e.htm>
- <http://www.statcan.ca/>
- <http://www.droit.umontreal.ca/opengov/provinces.htm>

- **Fulton, Jane.** *Canada's Health System.* Faulkner and Gray.- Washington DC - 1.993.
- **Paganini, José María y de Moraes, Humberto.** *El Hospital Público Tendencias y Perspectivas.* OPS. Washington DC - 1.994.
- **Miranda R. Ernesto.** *La Salud en Chile.* pg 176 - 180.
- **Hastings, John .** *Innovaciones de los Sistemas de Salud.* pg 139 - 157.
- **Godue, Charles y Dussault, Gilles.** *Educación Médica y Salud.* Vol 26 # 4. pg. 453 - 467. 1.992