

La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva

Attention to health in Canada: A perspective

Guillermo Fajardo Ortiz*

Roberto Antonio Olivares Santos**

.....»

Resumen

En este trabajo se esboza el sistema de atención a la salud de Canadá, descrito como una coordinación de diez planes provinciales y tres territoriales de seguro de salud, los que protegen íntegramente y dan importancia a los aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Creado hace ya cinco décadas, sus cambios han obedecido a razones sociales, económicas, políticas y médicas. El propósito sin embargo es el mismo: cobertura universal, independientemente de las posibilidades económicas de las personas.

Abstract

In this paper is presented in general, the Canada's Health care system, it has been a work in evolution since inception. Changes have been made over the past five decades and will continue in response to social, economics, political and medical reasons. The purpose, however, will continue the same: universal coverage provided on the beginning of need, rather than the individual ability to pay; it is best described as a coordination system of ten provincial and three territorial health insurance plans with integral protection with emphasis in health promotion and disease prevention.

» **Palabras clave:** Atención, salud, Canadá.

» **Key words:** Care, health, Canada.

».....»

*Profesor Titular "C" tiempo completo. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Educación Médica Continua. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. fgortiz@servidor.unam.mx.

**Académico. Profesor Adjunto. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Educación Médica Continua. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. rosti@servidor.unam.mx.

Dinámica

El sistema de atención a la salud de Canadá, iniciado hace cinco décadas, está en proceso de mejoría continua como respuesta a dinámicas médico-sanitarias, demográficas, sociales, tecnológicas y económicas. Desde un enfoque político-administrativo se describe como una interconexión de "planes de salud semejantes" de las 13 entidades federativas de Canadá: diez provincias y tres territorios. Su descripción es importante por la "unicidad" que presenta.

A diferencia de otros países en los que la orientación política define o por lo menos modula los servicios de salud, en Canadá los partidos dominantes (Conservador Progresista y Liberal Nacional) han apoyado los principios fundamentales de la atención a la salud: universalidad, "integralidad", accesibilidad y no lucro.

El sistema de salud canadiense es posible concebirlo como el resultado de combinaciones del individualismo sajón; la actividad solidaria de los grupos francófonos así como las acciones y experiencias de emigrantes europeos, que han dado lugar a la construcción de un sistema de salud adecuado a necesidades y recursos, basado en la confianza recíproca de habitantes y autoridades públicas, siendo la tercera fuente de empleo, después de los sectores manufacturero y comercial.

Fundamentos y resultados

La atención a la salud en Canadá se sustenta en cinco pilares:

1. Cobertura universal. Abarca a toda la población residente.
2. Servicios integrales. Comprende promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.
3. Accesibilidad. No hay barreras por razones de enfermedad, edad, sexo, actividad laboral, residencia, etcétera.
4. Portabilidad. Se conservan los derechos a los servicios de salud aun cambiándose de residencia.
5. Administración pública no lucrativa. Es de carácter gubernamental, sin fines lucrativos.

En el sistema de salud canadiense se ha logrado: eficiencia macroeconómica, satisfacción del usuario, efectividad técnica, productividad aceptable, libertad de elección por los pacientes y autonomía de los proveedores de servicios; se dedica a la salud de 9 a 10% del PIB.

Las estadísticas vitales figuran entre las mejores del mundo. En la práctica los resultados del sistema de salud son satisfactorios: de 1961 a 2008 la esperanza de vida al nacimiento aumentó en siete años, en la actualidad es de 80.9 años; la mortalidad infantil disminuyó más de tres veces, en el presente es de 5.4; el número de médicos por mil habitantes se elevó de 1.2 a 1.9 y sus honorarios se incrementaron en relación con los ingresos de la población en general; el número de camas se ha mantenido constante respecto al número de habitantes, de 3.6 por cada mil personas.¹

Financiamiento

Su financiamiento es básicamente con fondos públicos –impuestos– sin embargo los servicios se otorgan en forma privada. Las autoridades públicas cubren los honorarios de los médicos con base en pago por servicio, según tarifas previamente aprobadas por las asociaciones médicas y los gobiernos. En ciertos casos hay contrataciones gubernamentales.²

En otros términos el financiamiento y la prestación médica se ejercen en forma separada.

Hay cinco tipos de financiamiento de acuerdo con el origen de los fondos: federales, provinciales, locales, empresariales y privados. Los recursos federales se reparten entre las provincias y los territorios, en forma descentralizada; también se comparten con la Royal Canadian Mounted Policia (Policía Real Montada de Canadá). Se dirigen a la investigación y la promoción de la salud; provienen de los impuestos y constituyen 75% del financiamiento total. Los recursos de las provincias, además de originarse en transferencias del nivel federal, se constituyen con lo que cada provincia aporta. Las aportaciones locales provienen de los gobiernos correspondientes, su monto es muy pequeño. Los fondos empresariales están destinados a la atención de trabajadores en caso de accidentes o enfermedades del trabajo y constituyen menos de 1% del presupuesto de salud. Los fondos de origen privado se encaminan a servicios que no cubren plenamente los servicios de salud gubernamental: algunas medicinas, ciertas atenciones dentales y determinadas prótesis.

De 1939 a 2009

Canadá fue un dominio británico, bajo la autoridad de un gobernador. Después de la Segunda Guerra Mundial (1939–1945) se convirtió en miembro de la Comunidad Británica. Su gobierno es parlamentario y bilingüe oficialmente (francés–inglés). Hasta los años 40 del siglo pasado su servicio médico se basaba por una parte en el modelo inglés, al seguir una estructura compuesta por hospitales comunitarios y práctica privada; los colegios reales de medicina, cirugía y ciencias determinaban los tipos de estudios médicos. Por otra parte, la estructura de los aspectos tecnológicos y comerciales semejaba a la atención médica estadounidense: ejercicio médico individual competitivo y lucrativo; multiplicidad de seguros médicos privados; hospitales no lucrativos y gastos médicos individuales elevados.

En 1942 en la provincia agrícola de Saskatchewan, caracterizada por sus manifestaciones sociales, se

organizó un seguro público que cubriera gastos hospitalarios de todos sus habitantes; su antecedente era el “Plan Doctor Municipal”, estructurado en 1914 con el propósito de eliminar barreras financieras de acceso a los servicios médicos. En 1945, con base en la experiencia de Saskatchewan en cuanto a gastos hospitalarios, el gobierno federal propuso a todas las provincias compartir el financiamiento de los servicios hospitalarios. En Saskatchewan se pusieron en práctica en 1947 y en 1950 tres provincias más lo adoptaron; el resto de entidades federativas lo rechazó, pues favorecían la atención privada.

En 1956 el gobierno federal envió al parlamento la iniciativa denominada Hospital Insurance and Diagnostic Service Act (Ley del Seguro de Hospitalización y Servicios de Diagnóstico). Ésta indicaba que los gastos de internación en hospitales y diagnóstico se compartirían a partes iguales, entre el gobierno central y las provincias. La Ley entró en vigor en 1957, para 1961 todas las provincias y territorios la habían adoptado. En 1959 la provincia de Saskatchewan amplió la atención médica abarcando servicios extrahospitalarios: consulta externa, medicamentos, rehabilitación y otras prestaciones. Posteriormente en 1962 la ampliación se extendió a todo Canadá, no sin problemas, durante tres semanas hubo una huelga: los médicos no deseaban perder clientela.

En 1961 el Partido Liberal Nacional, que se encontraba en la oposición, propuso un plan de seguro médico nacional, subsidiado federalmente y administrado por cada provincia. Entonces el gobierno del primer ministro John Diefenbaker (1895-1979) del Partido Conservador Progresista, bajo presión de la Canadian Medical Association (Asociación Médica Canadiense), designó una comisión para examinar y opinar sobre la propuesta. Con gran sorpresa en 1964 los conservadores recomendaron la adopción de un programa de seguro médico semejante en financiamiento al propuesto por el Partido Liberal Nacional y como consecuencia en 1966 se promulgó el Medical Care Act (Ley de Atención Médica).

En los dos años y seis meses siguientes todas las provincias habían establecido el plan y en 1972 se encontraba en vigencia en los territorios; como consecuencia las compañías de seguros médicos

privados se minimizaron. El programa tuvo tres efectos no positivos: a) Elevación de los gastos por atención hospitalaria; b) Limitación en el financiamiento de programas comunitarios y c) Aprobación de los gobiernos provinciales para que los médicos cobraran “extras” por servicios que no cubrían el seguro médico nacional.

En 1977 el Parlamento determinó un nuevo sistema de financiamiento, estableciendo que los fondos para la atención a la salud destinados a las provincias y territorios serían de acuerdo con la relación de impuestos obtenidos, el crecimiento demográfico y la variación en el PNB (Producto Nacional Bruto). Por otra parte, el gobierno federal acordó aportar 20 dólares canadienses per cápita ajustable al PNB con destino a servicios extrahospitalarios y servicios de consulta externa. Hubo nuevamente problemas entre los gobiernos provinciales y de los territorios con los médicos, debido a los cobros por servicios extras, y que las autoridades rechazaban. El problema quedó resuelto cuando en 1980 el gobierno federal recomendó la eliminación de dichos cobros, después de conformarse una comisión *ad hoc*.

En 1983 el Partido Liberal, en el poder, propuso en la Canadian Health Act (Ley de Salud para Canadá), eliminar los cargos extras;³ el Parlamento lo aprobó un año después. En la provincia de Ontario los miembros de la Asociación Médica Canadiense determinaron ir a un paro; el 12 de junio de 1984 la mitad de médicos acordó suspender actividades, excepto en los servicios de urgencias. La opinión pública estuvo en contra del movimiento y la Asociación suspendió el paro. Actualmente en Canadá la atención a la salud privada tiene poca importancia, pues los seguros médicos privados no pueden incursionar en áreas cubiertas por los servicios gubernamentales.

Para comprender íntegramente la estructura de la salud en Canadá es necesario apuntar que el Ministerio de Salud es responsable de conservar y mejorar la salud de los canadienses, dependencia que tiene como pilar el Health Portafolio que comprende a su vez otros organismos, entre los que se refiere la Public Health Agency of Canadá (Agencia de Salud Pública de Canadá), que tiene como objetivos proteger la salud y dar seguridad a los canadienses

en particular; prevenir enfermedades crónicas, como cáncer y enfermedades cardíacas; además de evitar accidentes y confrontar emergencias sanitarias y brotes de enfermedades infecciosas.

Servicios de salud

La atención a la salud ha conjugado varios sistemas: la Atención Primaria de la Salud (APS), la medicina familiar, los servicios hospitalarios y los servicios domiciliarios.

La APS es la base del sistema de atención, el lugar de entrada del usuario al sistema. Está coordinada por un médico, una enfermera u otro profesional de la salud; equipos de salud que atienden a individuos, familias o comunidades. Su conducta es proactiva en cuanto a prevención de problemas y fomento de la salud; además de que hay una relación estrecha entre la APS y los otros niveles de atención a la salud.

En la medicina familiar un componente básico es el médico de familia, profesional seleccionado libremente por los beneficiarios y preparado para resolver apropiadamente las necesidades correspondientes; es totalmente aceptado por la sociedad. Dichos profesionales están en general satisfechos con su ingreso económico. Durante los estudios de posgrado de medicina familiar, los profesionales que han decidido al graduarse ejercer en poblaciones de tamaño mediano o pequeño son objeto de prestaciones especiales.

Las personas atendidas en APS pueden ser referidas a otros médicos de familia, médicos de otras especialidades, hospitales, instituciones de atención prolongada o su domicilio. La consulta directa de un paciente a un médico especialista es la excepción; los especialistas desean y deben coordinarse con los médicos de familia. La mayoría de los hospitales son públicos, a cargo de cuerpos de gobierno de las comunidades, organizaciones voluntarias o autoridades municipales. Las instituciones de atención prolongada –asilos– están financiadas por los gobiernos provinciales o territoriales; la internación y la alimentación son pagadas por los beneficiarios, pudiendo ser subsidiados por los gobiernos correspondientes. En caso de atención a domicilio o

comunitaria se otorgan servicios gubernamentales de enfermería y domésticos.

En algunas provincias hay servicios adicionales: psicológicos, odontológicos, quiroprácticos, etc. Hay restricciones en cuanto a servicios dentales, razón por la que alrededor de 40% de la población tiene un seguro privado para atención dental.

El sistema de salud de Canadá tiene otras peculiaridades:

- Gastos administrativos bajos, si se comparan con los de Estados Unidos: 18 dólares anuales por persona versus 95 dólares en Estados Unidos.
- Utilización óptima de instalaciones y equipos costosos, se evita la duplicación y subutilización, debido a la regionalización de los servicios.
- Enfoque creciente al practicar acciones de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades.
- Desarrollo de informática en todos los servicios.
- Subrogación en los establecimientos médicos a empresas privadas de los servicios de alimentación, limpieza y lavandería.
- Evaluación permanente de los servicios de salud por comisiones provinciales.
- Participación comunitaria (consejos distritales), que analizan los presupuestos asignados a la salud, pero no controlan el ejercicio del presupuesto.

Los médicos

El sistema canadiense dispone de un número semejante de médicos familiares y de especialistas. Médicos internistas, pediatras y otros especialistas, están acreditados por el Royal College of Physicians and Surgeons (Colegio Real de Médicos y Cirujanos); en tanto los médicos familiares lo están por el College of Family Physicians of Canada (Colegio de Médicos Familiares de Canadá). En las escuelas de medicina de Canadá hay departamentos de medicina familiar,

que estructuran residencias no consideradas por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

El informe de enero 11 de 2006 del Canadian Institute for Health Information (Instituto Canadiense de Información de la Salud) expresó que en el año 2004, 9% de todos los médicos en Canadá trabajaban en el medio rural o en pequeñas comunidades, donde se encontraba una quinta parte de la población. El documento agregaba que los médicos familiares eran más requeridos que los médicos especialistas.⁴

La equidad de los servicios médicos es una realidad en Canadá. La proporción de médicos por habitante no es muy diferente entre las provincias. Los incentivos financieros para radicar en zonas menos pobladas y otras prestaciones para los médicos que deciden vivir después de recibirse en las ciudades pequeñas han favorecido una distribución casi satisfactoria de los profesionales de la medicina.

El Informe Lalonde

La mejoría de la salud de la población en Canadá tiene una tradición importante, basada en la salud pública, la promoción de la salud y la Atención Primaria de la Salud. Se originó en 1974, año en que el gobierno federal dio a conocer el "White Paper. A New Perspective on the Health of Canadians" conocido también como el Lalonde Report (Informe Lalonde), documento en el que se propusieron cambios en los estilos de vida, medio social y físico para mejorar la salud, prácticas que serían más útiles que gastar en atención médica curativa. El Informe Lalonde motivó la estructura de exitosos programas, proactivos de promoción de la salud, creando conciencia de los riesgos a la salud por realizar conductas y estilos de vida personales, familiares y sociales inadecuados referentes a alcoholismo, tabaquismo, nutrición, sedentarismo, etcétera.⁵ Una guía para la atención a la salud basada en el famoso informe Lalonde fue "A New Perspective on the Health of Canadians" (Una perspectiva nueva sobre salud para los canadienses), documento importante que informó a la población y orientó la política de salud al señalar que en la atención de la salud, los servicios médicos, la medicina preventiva y los exámenes médicos periódicos tienen igual importancia que la herencia, el ambiente y el

estilo de vida, la protección ambiental, la regulación sanitaria de alimentos y bebidas, la publicidad de alcohol y tabaco, la promoción de la salud, el ejercicio físico y las dietas adecuadas.

Otros servicios

Canadá ha desarrollado otros servicios médicos con el propósito de disminuir las demandas de atención hospitalaria y los costos elevados, sin afectar la calidad de las mismas. Algunas innovaciones han sido:

Atención domiciliaria. Los enfermos en recuperación posthospitalaria, que no necesitan la infraestructura hospitalaria, reciben servicios domiciliarios otorgados por enfermeras visitadoras que se ocupan de la vigilancia de signos vitales, la alimentación y los cuidados higiénicos.

Hospitales extramuros. Los pacientes reciben en su domicilio servicios hospitalarios proporcionados por personal profesional, disponen de equipo portátil y están bajo la responsabilidad de un hospital de base. La modalidad se inició en la provincia de Nueva Brunswick en 1981; también se le conoce como "Hospital en la casa" u "Hospital sin paredes". Los servicios se otorgan a pacientes con problemas agudos y crónicos.

Clínicas Médico Quirúrgicas. En instalaciones mixtas con servicios de consulta externa, hospitalización general y cirugía, se realizan intervenciones diagnósticas y quirúrgicas que no ameritan estancias mayores a 24 horas.

Hospitales de día para enfermos mentales. Durante el día, los pacientes con problemas mentales controlados están en hospitales, donde se les proporcionan tratamientos; al llegar la noche regresan a su domicilio.

Health Canada

Otro pilar del Health Portafolio es el departamento federal llamado Health Canada (Salud Canadá), responsable de colaborar en la conservación, la mejoría de la salud general de los canadienses y el favorecimiento de calidad de los servicios que se otorgan,

respetando las individualidades y circunstancias de diversa índole. La meta del departamento, de acuerdo con su misión y visión es que Canadá continúe calificando en el grupo de los países más saludables del mundo, teniendo en cuenta:

- Investigación científica de elevada calidad.
- Realización de encuestas para conocer y satisfacer las necesidades de la población.
- Información a los habitantes en cuanto a prevención y protección de enfermedades y protección contra riesgos probables.
- Participación activa de la población en el cuidado de su propia salud, por ejemplo actividades físicas y alimentación adecuada.

En el sistema de salud de Canadá, una mejor atención de salud es una necesidad y una responsabilidad de Health Canada y de todos los habitantes, deseándose estándares de servicios, de calidad y de seguridad para los pacientes. Los prestadores de servicios de salud, investigadores, diseñadores de políticas y público tienen como propósito la mejora continua en términos de calidad y excelencia de los servicios.

Se han realizado estudios en instituciones de atención a la salud orientados a determinar problemas y fijar prioridades. Al respecto, el Canadian Patient Safety Institute (Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente) se ha ocupado, entre otros temas, de tiempos de espera en consulta externa para que los pacientes reciban servicios médicos con oportunidad.⁶

Retos

El sistema de salud de Canadá confronta los siguientes retos:⁷

1. Listas de espera prolongada en atención quirúrgica.

2. Inaccesibilidad a cierta tecnología de punta.
3. La universalidad, "integralidad", portabilidad y gratuidad del sistema tiende a promover un "consumo" médico elevado por parte de los beneficiarios.
4. La estructura administrativa de los servicios médicos no favorece siempre la innovación en la prestación de servicios y en las modalidades de financiamiento.
5. Los gastos en salud están en incremento.

Comentario final

En Canadá la atención médica tiene características de homogeneidad, situación no ajena a razones culturales, ideas y creencias. Canadá se ha inclinado por el modelo de Seguridad Social de William Beveridge (1879-1963), otorgamiento de prestaciones sociales de carácter universal, sostenidas impositivamente, lo que ha favorecido elevados niveles de salud.

Referencias bibliográficas

1. Canadian Institute for Health Information. Statistics Canada. Health Care in Canada, Ottawa. 2005.
2. Robertson EC. Health Legislation Trends in Canada 2001-2005. Pan American Health Organization Washington, D.C. 2006.
3. Harvey AG. An explanation of Canada's Health Insurance Program Hospitals. Chicago. Illinois, U.S.A. 1943;17:79-82.
4. Pong R, Pitblado R. Geographic Distribution of Physicians in Canadá: Beyond How Many And Where? Canadá Institute for Health Information. Ottawa, Canadá. 2005.
5. Health Canada. Health Care System. July, 2006.
6. Health Canada. About Health Canada. Northern Ontario. Canada, 2006.
7. Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada.