Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

VOL. 4 NÚM. 2 SEGUNDO SEMESTRE DE 2008
Publicación Semestral

Bienestar y Política Social

Aseguramiento Público en Salud
Editor Invitado
Gabriel Martínez

Gabriel Martínez — INTRODUCCIÓN

Carolyn Hughes Tuohy — EL PARADIGMA EMERGENTE EN LAS POLITICAS DE CUIDADOS A LA SALUD: EL CASO DE CANADÁ

Jorine Muiser, Andrew Herring, Juan Rafael Vargas — ENTENDIENDO DIEZ AÑOS DE ESTANCAMIENTO EN EL ESFUERZO DE COSTA RICA PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL

Ramiro Guerrero C. — FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN UNIVERSAL A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: LECCIONES APRENDIDAS DE COLOMBIA

Tapen Sinha, Sandra Orcí — UNA INVESTIGACIÓN SOBRE EL COSTO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN MÉXICO

Gabriel Martínez — RESEÑA DEL LIBRO. *BEYOND SURVIVAL. PROTECTING HOUSEHOLDS FROM HEALTH SHOCKS IN LATIN AMERICA*, POR BAEZA, CRISTIAN C., Y TRUMAN G. PACKARD

CISS

BIENESTAR Y POLITICA SOCIAL
VOL 4, NÚM. 2, pág. 3-51

EL PARADIGMA EMERGENTE EN LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LA SALUD: EL CASO DE CANADÁ

Carolyn Hughes Tuohy, Ph.D., FRSC
Escuela de Política Pública y Gobierno, Universidad de Toronto
c.tuohy@utoronto.ca

Resumen

El modelo de financiamiento y provisión de cuidados a la salud de Canadá es reconocido internacionalmente por su sistema de cobertura universal, pagador único, y de primer dólar para servicios médicos y hospitalarios. Por varias décadas, luego de su establecimiento, a finales de los cincuenta y sesenta, este modelo proporcionó financiamiento público con recursos provenientes de la base fiscal general (como en el Reino Unido), en niveles de generosidad, relativo al PIB, como los de Europa Continental, manteniendo un sistema de provisión de servicios, basado en la práctica médica de cobro por servicio, independiente de los hospitales sin ánimo de lucro (como ha sido históricamente el sistema de Estados Unidos). Ésta es una importante combinación de cualidades y parecía que durante un tiempo Canadá había encontrado un modelo que fue extraordinariamente popular entre el público y apoyado también por los proveedores.

De hecho, el sistema completo del cuidado a la salud es mucho más amplio y complejo que lo que este esquema implicaría. En los últimos 15 años el sistema ha estado bajo una fuerte presión fiscal y política. Muchas propuestas están en curso. Mientras el modelo de pagador único para los servicios médicos y hospitalarios está todavía esencialmente intacto, éste representa una disminución de la participación del sistema y está siendo cuestionado marginalmente por alternativas privadas. Entre tanto, los servicios no-médicos y no-hospitalarios, especialmente los productos farmacéuticos fuera del hospital, están creciendo en importancia clínica y participación financiera y muestran una mezcla de acuerdos organizacionales y financieros. En este contexto, las cuestiones de la "organización y administración del consumo de cuidados de la salud" (aunque no en virtud de este rubro) están directamente en la agenda política.

Palabras clave: gasto del gobierno y salud, regulación, relaciones intergubernamentales, Canadá.
Clasificación JEL: I18, H2, H51, H7.

Introducción

Antecedentes

La geografía, demografía, política económica y la estructura gubernamental de Canadá, fijan el marco en el cual se formula la política de salud.

Canadá es el segundo país más grande del mundo en área total, ocupando la parte norte de América del Norte, compartiendo una frontera con los Estados Unidos al sur y al noroeste. Como veremos, la cercanía de los Estados Unidos presenta retos particulares para Canadá con respecto a los sistemas de salud, dada la prevalencia de los medios de Estados Unidos y el potencial para la movilidad laboral. Canadá es una monarquía constitucional federal con una democracia parlamentaria. Por la unión de primeras colonias francesas y británicas, Canadá tiene dos idiomas oficiales, inglés y francés. La constitución de Canadá divide los poderes entre el gobierno central federal, diez gobiernos provinciales y tres territoriales que comprenden la federación. La población de Canadá supera los 32 millones, de acuerdo con el censo más reciente (2006).

Canadá es enorme geográficamente (casi 1 billón de kilómetros cuadrados) pero es un país altamente urbanizado. Por lo tanto los cuidados a la salud tienden a estar concentrados, con la masa de la población en los centros urbanos y existen importantes desafíos para garantizar que la población dispersa fuera de estos centros tenga adecuado acceso a los cuidados a la salud. Según el censo de 2006, más del 80 por ciento de la población vive en centros urbanos,[1] haciendo de Canadá uno de los países más urbanizados en la OCDE. De hecho, las seis más grandes Áreas Metropolitanas del Censo (AMCs) en Canadá—Toronto, Montreal, Vancouver, Ottawa-Hull, Calgary y Edmonton—en conjunto representan el 45 por ciento de la población Canadiense. Las tres más grandes AMCs son también los principales sitios de inmigración, con graduales incrementos de poblaciones multiculturales. Una provincia, Québec, es hogar para la gran mayoría de población de habla francesa, la cual procede de los primeros asentamientos Europeos de principios del siglo XVII. Desde mediados del siglo XX, Québec ha tenido un firme movimiento de independencia asertivo políticamente, lo cual es un factor constante en la competencia y desarrollo de políticos dentro de la estructura gubernamental federal de Canadá.

La población de Canadá es relativamente joven en la perspectiva internacional, pero al igual que las naciones más avanzadas, ésta proyecta un incremento de adultos mayores y una tasa de dependencia creciente en las próximas décadas. En el año 2000, Canadá se comparaba con Australia y Nueva Zelanda obteniendo el cuarto lugar más bajo en "razón de dependencia en la vejez" (la tasa de personas de 65 años y mayores a aquellas de 20 a 64 años), de 25 naciones de la OCDE, después de Corea, Irlanda e Islandia. Sin embargo, los canadienses también tienen expectativas relativamente altas de una larga vida, lo que significa que entre la población de mayor edad, la tasa de aquellos de más de 80 años sobre todos los que superan los 65, ocupó el 8º lugar *más alto* en

[1] Definido como centros con más de 1,000 habitantes y densidad de población de por lo menos 400 por kilómetro cuadrado.

la OCDE. Por otra parte, para el año 2050, se espera empeore la tasa de dependencia de la longevidad hacia el 9º lugar más bajo en la OCDE.[2]

La economía de Canadá es la más pequeña de las "grandes" economías que componen las naciones avanzadas del G8 y la segunda más próspera: su PIB per cápita, de unos $34.000 USD,[3] es segundo, sólo después del de Estados Unidos (OCDE 2001:http://www.oecd.org/dataoecd/28/17/36396820.xls). Su rica dotación de recursos naturales ha sido históricamente uno de los pilares de la economía. Aunque las industrias basadas en recursos actualmente constituyen sólo alrededor del 6 por ciento del PIB, ejercen una influencia sustancial en otros sectores de la economía, como las finanzas y el transporte y continúan siendo de gran relevancia en términos geopolíticos. Al igual que otras economías avanzadas, una gran y creciente proporción del PIB de Canadá (70 por ciento en 2006) se tiene en cuenta para las industrias de servicios. La economía también presenta fuertes variaciones regionales, creando regiones "ricas" (principalmente las provincias ricas en gas y petróleo en la provincia de Alberta y el centro industrial de Ontario), así como regiones "pobres" (principalmente las provincias del Atlántico con su histórica dependencia de la pesca). Otras provincias tienden a mostrar economías altamente cíclicas dada su base en recursos distintos del petróleo y el gas.

La estructura gubernamental de Canadá intenta comprender esta diversidad dentro de una estructura federal que es marcadamente descentralizada en la perspectiva internacional. En 1999, el gobierno federal destinó poco menos del 40 por ciento del total del gasto público, aunque esta proporción se elevó al 47 por ciento del total de los ingresos gubernamentales, reflejando el hecho de que las transferencias a las provincias forman una proporción sustancial del gasto del gobierno federal (Boadway 2001). La autoridad federal constitucional del gobierno para el cobro de impuestos es casi ilimitada, pero las áreas en las que ésta tiene autoridad explícita para desarrollar programas son mucho más restringidas. Lo más relevante en el contexto actual, es que la constitución asigna la responsabilidad para el cuidado a la salud a las provincias: por tanto, la autoridad del gobierno federal en esta área es en gran medida ejercida mediante la transferencia de fondos a las provincias para el cuidado a la salud, fijando condiciones a esas transferencias. Dadas las disparidades de la economía regional, aquellas transferencias han incluido un factor "de igualación", en adición al programa federal general de transferencias de igualación.[4] A mediados de los años 90, las transferencias federales fueron reducidas drásticamente, como se detalla más adelante y a pesar del aumento de transferencias en el año 2000, el nivel de transferencia sigue siendo un asunto de considerable controversia entre lo federal y lo provincial.

[2] Según cálculos de un estudio de la OCDE, en Canadá la tasa de dependencia de longevidad fue del 20.4 por ciento en 2000. De esos habitantes de 65 años o más, 23.8 por ciento tenían 80 años de edad o más. Para el año 2050, la tasa de dependencia de las personas mayores es proyectada para ser el 45.9 por ciento (Casey et al 2003).
[3] Medida en paridad del poder de compra.
[4] El presupuesto federal de 2007 se comprometió a eliminar este factor de igualdad en favor de una transferencia per cápita plana, como parte de una revisión amplia de los acuerdos de equidad.

Indicadores de salud básicos y 'desempeño' (comparado con las naciones desarrolladas de la OCDE)

Como la mayoría de los países de la OCDE, Canadá ha disfrutado de grandes avances en el terreno de expectativa de vida en los últimos 40 años, gracias a las mejoras en las condiciones de vida, las intervenciones de salud pública y los avances en el tratamiento de enfermedades graves como las cardíacas y el cáncer. En 2003, la expectativa de vida al nacer era de 79.7 años, unos dos años por encima del promedio de la OCDE. La tasa de mortalidad infantil en Canadá, como en otros países de la OCDE, se ha reducido mucho a través del tiempo. Ésta se situó en 5.4 muertes por cada 1,000 nacimientos en 2003, por debajo del promedio de la OCDE.

Sobre medidas de estatus de salud que presumiblemente tienen más que ver con el desempeño del sistema de cuidados a la salud *per se*, el record de Canadá varía en comparación con los rangos de otros países de la OCDE, como Marchildon ha señalado, "de muy buena a mediocre." En el año 2000, Canadá clasificó como el 7º mejor en la OCDE, en términos de años de vida potencial perdidos por cada 100,000 habitantes y fue el segundo combatiendo la mortalidad en enfermedades cerebrovasculares; pero con respecto a otras enfermedades (isquemia del corazón, enfermedades respiratorias y tumores malignos) Canadá clasificó como 10º, 12º y 15º, respectivamente (Marchildon 2006:127).

Con respecto a las medidas preventivas, el record de Canadá es variado. Canadá proporciona un ejemplo de un país que ha logrado considerables progresos en reducir el consumo de tabaco, cuya tasa de fumadores diarios entre adultos se redujo del 34 por ciento en 1980 al 17 por ciento en 2003, la tasa más baja entre todos los países de la OCDE junto con Suecia. Una buena parte de esta disminución en Canadá y en otros países puede ser atribuida a políticas encaminadas a reducir el consumo de tabaco mediante campañas públicas de prevención, prohibiendo su publicidad y aumentando los impuestos. Al mismo tiempo, la tasa de obesidad entre los adultos Canadienses se mantuvo en un 14.3 por ciento en 2003, por encima del 12.7 por ciento en 1994-95. Sin embargo éste sigue siendo mucho más bajo que el de los Estados Unidos (30.6 por ciento en 2002), el Reino Unido (23 por ciento en 2003) y Australia (21.7 por ciento en 1999). El costo por obesidad para los sistemas de cuidados a la salud en los Estados Unidos a finales de los noventa ha sido calculado entre el 5.5 y el 7 por ciento del gasto total en salud, y del 2 al 3.5 por ciento en otros países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Thompson y Wolf 2001).

De gran preocupación es el relativo mal estado de salud de las poblaciones aborígenes. La Comisión Real de Pueblos Aborígenes (*Royal Commission on Aboriginal Peoples, RCAP*) informó que la tasa de mortalidad infantil, a pesar de haber disminuido en las últimas décadas, es todavía dos veces más alta que en los pueblos de las Primeras Naciones y tres veces más alta que la de los *Inuit* en los Territorios del Noroeste, así como la de otros Canadienses.[5] Las tasas de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, así como las enfermedades del corazón, la tuberculosis y el síndrome de alcoholismo fetal también son desproporcionadamente elevadas. La mayor parte

[5] Royal Commission on Aboriginal Peoples, "Report of the Commission on Aboriginal Peoples, vol. 3", (Ottawa: Supply & Services Canada, 1996), en 127.

de este lamentable récord es atribuido a factores más allá del sistema de salud, en particular por la exclusión social: por las tasas de utilización del cuidado a la salud y porque los costos de los cuidados a la salud son más altos para la población aborigen que para la población en general (Canadian Institute for Health Information 2007; Marchildon 2006:7).

1. El Sistema de Salud

1.1 Organización y finanzas[6]

El sistema de salud de Canadá se basa en proveedores organizados privadamente, financiados a través de una mezcla de financiación pública y privada, que depende del sector en el cual ellos operen. Por lo tanto los programas públicos se han caracterizado por una forma de "separación de comprador y proveedor" desde su inicio a mediados del siglo XX. Cerca del 98 por ciento de los hospitales Canadienses están organizados sobre una base propia sin ánimo de lucro—ya sea de propiedad de las empresas sin capital accionario, o por órdenes religiosas o municipios. Del mismo modo, los médicos operan en mayor medida en establecimientos privados de proveedores o grupos de proveedores. Efectivamente, sin embargo, la enorme preponderancia de financiación para los hospitales y médicos proviene de fuentes públicas (un estimado de 91 por ciento para la financiación hospitalaria y un 99 por ciento para servicios médicos, en 2006).[7] La financiación para los servicios distintos de aquellos proporcionados por los médicos y hospitales muestra una mayor variación.

Canadá no tiene un plan único nacional de seguro de salud, sino un marco común en políticas para determinados servicios básicos. La constitución canadiense hace del cuidado de la salud un objetivo provincial; por tanto, las provincias y territorios tienen el control sobre la administración de los cuidados a la salud y han promulgado su propia legislación para provisión de cuidados a la salud, salud pública y planes de seguro. El papel del gobierno federal en la financiación directa de los cuidados a la salud está limitado a poblaciones específicas (aborígenes, fuerzas armadas, veteranos, reclusos de establecimientos penitenciarios federales). Esto lo hace, sin embargo, transfiriendo fondos a los gobiernos provinciales con el propósito de contribuir con sus costos en cuidados a la salud y hace que esas transferencias sean condicionadas por el cumplimiento provincial de ciertos principios. Todos los planes de seguro médico de las trece provincias y de los territorios comparten características comunes y normas básicas de cobertura. La ley de salud de Canadá *(Canada Health Act, CHA)* es un estatuto federal el cual exige que con el fin de beneficiarse de transferencias federales, una provincia deberá operar con un plan de seguro gubernamental que reúna cinco criterios:

[6] Además de la visión general proporcionada aquí, se remite al lector al excelente, conciso pero exhaustivo, perfil del sistema canadiense proporcionado por Marchildon (2006).
[7] Calculado de los datos disponibles del Canadian Institute for Health Information, http://qsat.cihi.ca.

(a) administración pública: el plan de seguro debe ser operado por una autoridad pública sin ánimo de lucro (es decir, un responsable ante el gobierno provincial y con sujeción a las auditorías provinciales);

(b) amplitud: todos los servicios médicos y hospitalarios "médicamente necesarios" deben ser cubiertos;

(c) universalidad: todos los residentes de una provincia deben tener derecho a cobertura (en la práctica, hay algunas pequeñas variaciones en los requisitos de duración de residencia necesarios para establecer el estatus de "residente");

(d) portabilidad: los residentes que se trasladen de una provincia A hacia una provincia B deben seguir siendo cubiertos por la provincia A durante todo el período de espera necesario para calificar para la cobertura en la provincia B, pero el período de espera no puede superar los tres meses; y,

(e) accesibilidad: todos los destinatarios elegibles deben tener derecho a la prestación de servicios "dónde y como estén disponibles" en "términos y condiciones uniformes" y, en particular, no debe haber obstáculos para acceder, por cargas financieras, edad o estados de salud.

El seguro privado existe para una serie de bienes y servicios no cubiertos por los planes públicos, en particular la prescripción de medicamentos por fuera del hospital, también algunos servicios hospitalarios, así como cuartos privados, como se explicara detalladamente más adelante. Pero en todas las provincias, el seguro privado como una alternativa de cobertura pública es efectivamente inexistente para la mayoría de los servicios médicos y hospitalarios, dado que los gobiernos provinciales han creado sólidos desincentivos para el surgimiento de mercados para el servicio de cobertura privada. Cinco provincias oficialmente prohíben dicha cobertura; el resto de los mercados privados se disuaden a través de medidas tales como exigir a los proveedores estar completamente en o fuera del sistema público o por la prohibición de tarifas que excedan la tasa pública. A comienzos del año 2007, Québec permite un seguro privado para un limitado número de procedimientos que son públicamente asegurados (principalmente reemplazos de articulaciones y cirugía de cataratas). Al mismo tiempo, sin embargo, ésta provincia ha introducido las garantías de tiempo de espera para estos servicios en el sector público y no es claro que un mercado privado para seguros de estos servicios se desarrolle.

El principal cambio organizacional en el sistema de salud desde mediados del siglo XX se ha producido en el sector hospitalario. A pesar de que los hospitales están organizados de manera privada, son efectivamente controlados por los gobiernos provinciales a través de una combinación de instrumentos fiscales y regulatorios. Los hospitales están regulados bajo legislación provincial y más del 90 por ciento de su financiación proviene de fuentes del gobierno provincial. Este control efectivo está más claramente demostrado por los programas de regionalización en todas las provincias, analizadas adelante (sección 5.2). A partir de los años 70s en Québec y luego en otras provincias (excepto Ontario) en los noventa, la legislación provincial instauró las Autoridades Regionales de Salud (ARSs) constituidas como corporaciones sin ánimo de lucro. En todas estas provincias, excepto Québec, las ARSs reemplazaron a los consejos de hospitales individuales (así como los órganos rectores de una variedad de organismos de atención comunitaria). En Québec, las reformas a partir de 2003 sustituyeron los consejos regionales de salud con organismos

regionales encargados del desarrollo y luego del financiamiento de las "Redes Locales de Salud y Servicio Social (*Local Health and Social Service Networks*)", incorporando hospitales locales y agencias comunitarias en las estructuras de administración y gobernabilidad únicas. En Ontario, las autoridades regionales conocidas como Redes de Integración de Salud Local (*Local Health Integration Networks*) se establecieron en 2006 y comenzaron a hacerse cargo de la función de asignación de presupuestos para hospitales y organismos de atención comunitaria en abril de 2007. En particular, los servicios médicos, así como la prescripción de medicamentos fuera de los hospitales, quedan fuera del ámbito de competencia de las autoridades regionales en todas las provincias.

La organización y financiación de los cuidados a la salud canadiense pueden ser representados esquemáticamente como se muestra en la Gráfica 1. A pesar de la complejidad de esta representación gráfica, ésta simplifica en exceso los diversos acuerdos que existen en las provincias y sectores. Estos acuerdos son esbozados en la siguiente sección sobre elegibilidad y cobertura. Cabe señalar también que la Gráfica 1 omite una gran y creciente variedad de asesoría de los órganos encargados de coordinar y recopilar la información a los niveles provinciales e inter-gubernamentales, como el Instituto Canadiense de Información de Salud (*CIHI*), la Agencia Canadiense para Medicamentos y Tecnologías en Salud (*CADTH*), el Consejo de Salud de Canadá (*Health Council of Canada*) y las instancias para promover la calidad de salud en varias provincias.

1.2 Derechos

A grandes rasgos, el derecho a la cobertura pública para los cuidados a la salud en Canadá se divide en tres categorías:

a) Totalmente público, *la mayoría de servicios médicos y hospitalarios*: La financiación para casi la totalidad de éstos se incorporan bajo el ámbito de la ley de salud de Canadá y está representado en la Gráfica 1 por flechas gruesas. Los pagos privados a hospitales y médicos, representados por flechas delgadas, se limitan en gran medida a los servicios médicos y hospitalarios no estimados como "médicamente necesarios" y los servicios hospitalarios, tales como semi-privado y de acuerdo privado.

Los términos servicios médicos "médicamente necesarios" y servicios hospitalarios "médicamente requeridos", son señalados pero no definidos en la ley de salud de Canadá. Históricamente, el alcance de esta cobertura ha sido determinado a través de dos grupos de negociaciones: de las tablas de tarifas médicas por los gobiernos provinciales y asociaciones médicas y de los presupuestos hospitalarios por los gobiernos provinciales y hospitales individuales.

b) *Mezcla público–privada. Prescripción de medicamentos fuera del hospital, cuidado en casa y de largo plazo, cuidado dental y cuidado de la visión, fisioterapia, terapia del lenguaje, audiología y servicios médicos seleccionados:* Todas las provincias manejan programas que cubren algunos servicios que estén por fuera de la ley de salud de Canadá, aunque el rango de servicios cubiertos y las condiciones de elegibilidad varían

considerablemente entre las provincias. Con frecuencia, por ejemplo, la elegibilidad es limitada a los beneficiarios de asistencia social y ancianos y pueden ser requeridos los deducibles y/o co-pagos.

La *cobertura de medicamentos* es el mayor componente de esta gama de servicios y de aquel en el que los costos están creciendo más rápidamente. Cada provincia establece su propio catálogo enlistando los medicamentos que cubrirá fuera de la cobertura hospitalaria y hay variación entre provincias en este sentido. En 2003, las provincias acordaron establecer una revisión común de medicamentos (*Common Drug Review, CDR*) como parte de la Agencia Canadiense para Medicamentos y Tecnologías, uno de los varios organismos de coordinación federal-provincial-territorial. Las decisiones del *CDR* no son vinculantes para los gobiernos provinciales: mientras que no es probable que las provincias listen un medicamento después de una recomendación negativa del *CDR*, una recomendación positiva por el *CDR* no es garantía de cobertura provincial.

Para los medicamentos intra-hospitalarios, los hospitales individuales o más inusualmente las autoridades regionales de salud mantienen sus propios formularios dentro de la perspectiva de sus asignaciones presupuestales generales. La medicina para el cáncer (la categoría que incluye la mayoría de nuevos medicamentos que son altamente costosos por caso) son una excepción: cinco provincias (Columbia Británica, Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Ontario) han establecido organismos de atención del cáncer que, entre otras cosas, cubren medicamentos para el cáncer en hospitales y mantienen sus propios formularios. En CB, Alberta y Saskatchewan, los organismos para el cuidado del cáncer también cubren medicamentos fuera de los hospitales, mientras que en las otras provincias tales medicamentos son cubiertos bajo el plan de medicamentos provincial. Estas diferencias entre los diversos formularios provinciales significan que hay una considerable desigualdad en la gama de medicamentos cubiertos por planes públicos, dependiendo de la provincia de residencia.

Por otra parte, la elegibilidad para la cobertura bajo planes públicos también varía considerablemente entre provincias. Todas las provincias manejan planes cubriendo a los receptores de asistencia social, aunque algunos requieren co-pagos y/o deducibles. Además, seis provincias proporcionan cobertura a todas las personas de 65 años y más edad, a menudo con algún tipo de co-pago o deducible y una (Newfoundland), ofrece cobertura a personas de la tercera edad con bajos ingresos. En la última década, tres provincias (Columbia Británica, Saskatchewan y Manitoba) pasaron de una cobertura basada en la edad a una basada en el ingreso para toda la población, para costos de medicamentos por encima de un determinado deducible (sobre la base del porcentaje de los ingresos de los hogares) y otra (Ontario) combina dicha cobertura para toda la población con programas más amplios para las personas de edad avanzada y beneficiarios de asistencia social. Una provincia, Québec, ordena para todos los residentes tener amplios seguros para medicamentos prescritos y ofrece un programa público con una prima basada en el ingreso, además de su cobertura de personas mayores y los beneficiarios de asistencia social. Alberta complementa su cobertura para las personas mayores y beneficiarios de asistencia social con un programa voluntario público abierto a todos con primas basadas en los ingresos (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology 2002: 130-137; Morgan 2006).

En cuanto a otros servicios, la mayoría de provincias incluyen el cuidado dental y de visión, dentro de ciertos límites, al interior de sus programas de asistencia social. Además, todas las provincias a través del tiempo han revisado la gama de servicios médicos considerados "médicamente necesarios" y han eliminado de la lista ciertos servicios como resultado—ya sea quitando totalmente la cobertura pública o restringiéndola a los receptores de asistencia social. En general, los servicios completamente eliminados de la lista han sido concentrados en las categorías de cirugía estética y tecnología reproductiva, aquellos cubiertos solamente para beneficiarios de asistencia social tienden a ser ciertos servicios no-médicos, tales como servicios de fisioterapia y de audición.[8]

c) *Totalmente privado, todos los demás servicios*: Por último, hay un paquete variado de servicios que se encuentra completamente fuera del alcance de los programas públicos y completamente al interior de los mercados totalmente privados. Estos incluyen aquellos pocos servicios médicos y hospitalarios que nunca fueron cubiertos bajo planes públicos como los "médicamente necesarios" o han sido posteriormente eliminados de la lista, además de una variedad de servicios proporcionados por practicantes no-médicos y los proveedores de medicina alternativa, así como cuidados en casa y de largo plazo, más allá del alcance de los programas públicos.

1.3 Personal e instalaciones

Históricamente, Canadá tenía relativamente un gran número de camas de hospital, reflejando en parte la dispersión de la población que promovió la construcción de hospitales en numerosas pequeñas comunidades. Sin embargo, una serie de factores—incluyendo la concentración de instalaciones en las zonas urbanas, dado el aumento de la urbanización de la población, y los avances tecnológicos—desplazaron los servicios fuera de los hospitales y en los noventa las agendas de contención de costos—no sólo el número de camas de hospital por cada 1000 habitantes, sino también la tasa de admisión hospitalaria ajustada por edad—ha disminuido constantemente desde que alcanzó un máximo a finales de los sesenta. A mediados del 2000, el suministro hospitalario en Canadá estuvo muy por debajo de la mayoría de las naciones europeas, pero todavía más arriba que en los Estados Unidos.

Las restricciones en el número de médicos y enfermeras en Canadá en los noventa, también ha tenido sus efectos, como se indica más adelante en la sección 4.1. Examinando los datos para el año 1990, un estudio de la OCDE señaló que, "el número de médicos practicantes y enfermeras per cápita [el 2.1 y el 7.5 por cada 1000 habitantes, respectivamente, en 1999] es generalmente bajo para los niveles de la OCDE y esta brecha se ha ampliado durante el período de contención de costos de los noventa. Entre 1992 y 1997, el número de médicos practicantes se mantuvo sin cambios, mientras que el número de enfermeras per cápita en realidad disminuyó. En la mayoría de otras

[8] Véase el debate a continuación, Sección. 5.1.

naciones de la OCDE, estas cifras continuaron en aumento, aunque a un ritmo más lento que en los últimos años" (OCDE 2001). A mediados de la década del 2000, con nuevas formas de inyección de recursos de las finanzas públicas, el número de enfermeras per cápita ha aumentado considerablemente. Las afiliaciones en las escuelas de medicina aumentaron de nuevo a comienzos del 2000, pero dado el largo tiempo de educación médica, el número de médicos per cápita se mantuvo sin cambios. Más recientemente, los requerimientos para el licenciamiento de médicos graduados en el extranjero han sido flexibilizados. En Ontario, por ejemplo, El Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario emitió un número y proporción récord (42 por ciento) de nuevas licencias para los médicos formados en el extranjero (no incluyendo los de los Estados Unidos), aunque casi las dos terceras partes de estas licencias fueron para los sectores académicos en la configuración de postgrado y posiciones en la facultad (College of Physicians and Surgeons of Canada 2007).[9] Esto fue tres veces tan alto como la proporción de nuevas licencias expedidas anualmente a médicos graduados en el extranjero, a mediados de 1990.

La proximidad geográfica de los Estados Unidos y la relativa movilidad de personal altamente calificado a través de la frontera también significa que Canadá corre el riesgo de perder personal de atención de salud, si los términos y condiciones del trabajo difieren mucho de las del sur de la frontera. La Asociación Médica Canadiense (*CMA*) se encarga de registrar el número de médicos que salen de Canadá y aquéllos que regresan del extranjero, y encontró que la emigración neta de "salidas y regresos" tuvo un máximo de aproximadamente 500 en 1996. A mediados de los 2000, este patrón se ha revertido y Canadá estuvo experimentando una modesta ganancia de "quienes entran" sobre "quienes salen".[10] Estos son flujos relativamente pequeños comparados con el número total de médicos, aproximadamente 32,000. Sin embargo, tienden a tener un desproporcionado impacto político y económico al señalar a los gobiernos que incurren en riesgo de restringir las condiciones de empleo en Canadá.

En cuanto a la oferta de avances tecnológicos tales como los equipos de imagen, las restricciones de Canadá en 1990 la situaron por debajo de la media OCDE en la adquisición de escáneres de tomografías computarizadas (CT) e imágenes por resonancia magnética (MRIs). En 1995, Canadá ocupó el 4º lugar más bajo de la OCDE en unidades de MRI por cada millón de habitantes. En el período de reinversión en el 2000, la compra de equipos de diagnóstico y la reducción de los tiempos de espera para servicios de diagnóstico fueron áreas de prioridad; y para el año 2003, Canadá se ubicó alrededor de la mediana de los países de la OCDE (OCDE 2006).

2. Fuentes y Medios de Financiación

En general, las finanzas públicas se encargan de alrededor del 70 por ciento del gasto de cuidados a la salud, el pago de bolsillo alrededor del 15 por ciento, seguros privados cerca del 12 por ciento

[9] Otro 37 por ciento de nuevas licencias fueron expedidas a los médicos formados en Ontario, con el 21 por ciento restante a los médicos formados en el resto de Canadá y los Estados Unidos.
[10] www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Statistics/19-Abroad_Returns.pdf.

y el restante tres por ciento representa fuentes de ingresos no relacionados con pacientes tales como ingresos de inversión (Marchildon 2006: 41).

En Canadá el seguro nacional de salud fue creado a finales de los años 1950 y 1960 como parte del establecimiento del estado de bienestar canadiense moderno. Tomados en su conjunto, los programas que componen el estado de bienestar canadiense muestran una mezcla universal, contributiva y de elementos sujetos a prueba de medios y por lo tanto, una mezcla de principios solidarios y orientados al mercado. En el caso del cuidado a la salud, a nivel federal fue seguido un modelo universal, influenciado por la experiencia en algunas provincias, especialmente pero no exclusivamente, los programas adoptados por los gobiernos democráticos en Saskatchewan (Tuohy 1999:50-56). El modelo fue aprobado sobre una base sectorial sucesiva, comenzando con el seguro hospitalario bajo la Ley de 1957 del Seguro de Servicio Hospitalario y de Diagnóstico (*Hospital and Diagnostic Services Insurance Act of 1957*) y extendiéndose a los servicios médicos en virtud de la Ley de 1966 de Atención Médica (*Medical Care Act of 1966*). Los dos segmentos de la legislación fueron consolidados en 1984 con la aprobación de la ley de salud de Canadá. La consideración se hizo con el fin de incluir la cobertura universal para la prescripción de medicamentos, así como servicios médicos en 1960, pero el asesoramiento de una comisión gubernamental fue aplazar dicha cobertura hasta el momento en que el costo de los medicamentos llegó a un plano más estable y predecible; ¡en retrospectiva, una proyección notablemente optimista! (Morgan 2006: 7). Este modelo de base sectorial de financiación se ha mantenido esencialmente en su lugar, con el resultado de que la división pública/privada de la financiación de cuidados a la salud varía considerablemente entre sectores tal como se muestra en el Cuadro 1.

2.1 Fuentes de la financiación pública

Ingresos generales: Del 70 por ciento de la financiación total de los cuidados a la salud que proviene de fuentes públicas, la mayor parte proviene de los impuestos generales. Dos provincias, Columbia Británica y Alberta, imponen primas obligatorias (desde las cuales las personas de bajos ingresos están exentas en su totalidad o en parte), además de los impuestos generales y por haberse aumentado sustancialmente las primas en los últimos años (Marchildon 2006:41-43). En 2004, el gobierno de Ontario presentó lo que es en efecto un impuesto adicional, graduado por cinco niveles de ingresos, el cual es denominado como una prima de salud. Cuatro provincias impusieron un impuesto a la nómina, a partir de la cual pequeños empresarios están exentos, ya sea rotulado como impuesto de salud (Ontario y Québec) o como impuesto para la salud y la educación post-secundaria (Manitoba y Terranova). En todos estos casos, sin embargo, los ingresos adicionales no son etiquetados para salud, por el contrario, se permite el flujo de ingresos consolidados y son asignados como parte del proceso general presupuestario del gobierno, y constituyen una proporción relativamente pequeña del total de los gastos de salud pública.[11]

[11] Por ejemplo, los ingresos por primas se ubicaron en menos del 13 por ciento del gasto total en salud a principios del año 2000 (Marchildon 2006:43).

Los ingresos generales por impuestos desde los cuales el cuidado a la salud es financiado son incrementados por ambos niveles de gobierno, federal y provincial/territorial, aunque en virtud de un acuerdo de recaudación de impuestos el gobierno federal recauda el impuesto sobre la renta provincial (para todas las provincias excepto Québec) y lo envía a la provincia. El gobierno federal también transfiere fondos de sus propios recursos a las provincias con el propósito de financiar sus planes de cuidados a la salud, pero éstos también fluyen hacia los ingresos generales provinciales, que son fondos no etiquetados para salud.

Transferencias federales: Tras el establecimiento de los programas federales para los hospitales y el seguro de servicio médico a finales de 1950 y 1960, las transferencias federales a las provincias para el seguro hospitalario y médico se basaron sobre los costos promedio nacionales per cápita. A partir de 1977, sin embargo, la política federal fue esencialmente reducir gradualmente la proporción de las contribuciones financieras a los programas de seguro de salud provincial, conservando al mismo tiempo suficiente control fiscal para garantizar el cumplimiento de los cinco "principios" mencionados anteriormente. La reducción de la participación federal se produjo a través del tiempo por la operación de una fórmula muy arcana, modificada con el tiempo ya sea a través de negociaciones federales-provinciales o unilateralmente por el gobierno federal.

El proceso comenzó en 1977 cuando las transferencias federales fueron mudadas de las bases de los costos de participación a una combinación de "puntos fiscales"[12] incondicionales y a una asignación en bloque condicionada. El gobierno federal todavía conservaba una considerable influencia financiera en los primeros años de este acuerdo. Esto fue demostrado con la aprobación de la ley de salud de Canadá en 1984, la cual reforzó los cinco principios para las transferencias de fondos federales e hizo explícita la exigencia de que no haya cargos directos a los pacientes por servicios médicos asegurados públicamente y en los servicios hospitalarios. Aun así, las transferencias de fondos federales continuaron disminuyendo como una proporción de gastos de la salud provincial. Luego, en 1995, impulsado totalmente por una agenda de disminución de déficit, el gobierno federal liberal consolidó las transferencias para la salud, la asistencia social y las relacionadas con la educación postsecundaria para crear una nueva: "Transferencia Social y de Salud de Canadá, *CHST*" y estableció un nuevo programa para la reducción de aquellas transferencias con el tiempo.

Calcular los efectos de esos cambios sobre el equilibrio fiscal entre el gobierno federal y el cuidado a la salud de las provincias no es simple pues las provincias han tenido en cuenta la original transferencia de "puntos fiscales" como su propia fuente de ingresos. Un cálculo admisible se ha realizado por Banting y Boadway (2004:17), quienes muestran que las transferencias federales (incluidas las transferencias de ingreso, así como los "puntos fiscales") se redujeron de alrededor de más del 40% a principios de 1970, a más o menos el 30 por ciento a finales de 1990. De esto, sin embargo, el monto total antes de 1977, pero sólo aproximadamente del 13 por ciento a finales de 1990, fue en la forma de una transferencia condicional de ingresos, con vigilancia del control fiscal.

[12] Esencialmente, este fue el ingreso generado por un número determinado de puntos porcentuales del ingreso por impuestos sobre la renta, de la base de impuestos federales en una provincia dada.

En los años 2000, 2003, 2004, como la situación fiscal cambió, el gobierno federal se comprometió esencialmente a incrementar las transferencias a las provincias para los cuidados a la salud. Sin embargo, éste no se recuperó en consonancia con el control fiscal. Inicialmente, gran parte del incremento fue dirigido hacia una reforma de atención primaria, reduciendo los tiempos de espera para los servicios designados, incrementó la cobertura para los costos de medicamentos para enfermedades graves y cuidados domiciliarios y equipos de diagnóstico y tecnología de información, y con el acuerdo de 2004, el gobierno federal se comprometió a adelantar una programación multi-anual de las transferencias de base incrementadas. Como condición para el recibo de estas mayores transferencias, las provincias, por su parte, se comprometieron a informar públicamente sobre los indicadores comparables de desempeño, para ser proporcionados por un Consejo de Salud de Canadá (*Health Council of Canada*), que inicialmente fue concebido como un órgano imparcial, pero que luego surgió de las relaciones intergubernamentales con sus miembros (mitad "gubernamental", mitad "no gubernamental"), determinado por los ministros de salud federal/provincial/territorial. El informe de compromiso elaborado por los gobiernos provinciales, en general no se había cumplido al momento en que el Consejo de Salud publicó su tercer informe anual en 2007, el cual señaló su preocupación por este fracaso y por la disolución del comité federal/provincial/territorial encargado de la supervisión del trabajo (Health Council of Canada 2007).

Gastos fiscales: Además de los gastos directos, a menudo se dan fuentes de apoyo financiero federal y provincial para el cuidado a la salud que toman la forma de "gastos fiscales": es decir, las diversas deducciones provenientes de los ingresos gravables que las personas y las empresas corporativas puedan reclamar bajo el sistema de impuesto. Por ejemplo, en 2001 las deducciones federales del impuesto de renta y los créditos relacionados con los costos de salud totalizaron C$2.473 miles de millones y las exenciones y reembolsos del impuesto federal sobre las ventas dirigido a los cuidados a la salud y los servicios registraron otros C$1.33 miles de millones. Esto es superior al total del gasto federal directo sobre los cuidados a la salud de C$2.325 miles de millones en 2001, pero mucho menos que las transferencias federales a las provincias de $C18.5 miles de millones (Banting y Boadway 2004:7).

2.2 La regulación de la financiación privada

Aquellos que no califican para la cobertura bajo los programas gubernamentales, o quienes buscan servicios fuera del ámbito de beneficios de los planes públicos, deben pagar privadamente ya sea de su bolsillo o a través de seguros privados. Gran parte de los seguros privados están basados en el empleo y el alcance de los beneficios varía considerablemente según los planes. A partir de 2004, alrededor del 95 por ciento del cuidado odontológico, el 93 por ciento del cuidado oftalmológico y el 54 por ciento de los medicamentos formulados tuvieron financiación privada, con los seguros privados contabilizando el 54 por ciento, 23 por ciento y 34 por ciento de estas categorías, respectivamente (Marchildon 2006:50).

Más allá de las restricciones sobre los servicios privados para los servicios de cobertura pública en algunas provincias y la regulación de las tarifas privadas de médicos y hospitales, como

se ha señalado anteriormente (sección 2.1), hay muy poca reglamentación del servicio financiado privadamente *per se*. Aparte de la regulación de solvencia hay pocas restricciones reglamentarias de aseguradores privados, como a quiénes pueden afiliar (por ejemplo, no hay "clasificación a nivel de comunidad" o requisitos para libre afiliación) o lo que deben cubrir (a diferencia de lo que no deben cubrir). Los laboratorios privados, las clínicas y los proveedores de cuidados de largo plazo deben cumplir la regulación de calidad y los requisitos de seguridad o no reciben financiación pública para sus servicios.

La prohibición contra el cobro de cualquier carga directa a los pacientes para los servicios asegurados por el sector público significa que los servicios adicionales que son financiados privadamente no deben ser presentados como "canasta" con los servicios financiados públicamente como una condición de acceso. Es decir, si una clínica privada desea facturar a un plan público por los servicios prestados a un paciente, no puede exigir que para poder acceder a este servicio el paciente deba pagar privadamente por los servicios relacionados. Varias clínicas, especialmente en Columbia Británica, Alberta y Québec, están probando estas restricciones regulatorias y el significativo aumento de los asuntos que deben hacerse cumplir para los gobiernos provinciales.

3. Política y Políticas Públicas de Cuidados a la Salud en Canadá – Tendencias Recientes

3.1 Ciclos fiscales, 1990-2000

La fuerte dependencia de los impuestos generales para financiar los cuidados a la salud en Canadá tiene importantes consecuencias políticas y financieras. En primer lugar, hace que gran parte del sistema de atención en salud y especialmente los dos sectores básicos (médicos y hospitales) sean muy vulnerables a los ciclos fiscales de los gobiernos. Esto nunca fue más claramente demostrado que en los años noventa (Gráfica 2). Entre 1992 y 1996, el gasto real de los cuidados a la salud pública per cápita se redujo alrededor del 8 por ciento. Entre 1996 y 2000, el gasto se recuperó, con un incremento de casi el 18 por ciento. Estos cambios fiscales fueron parte de amplias agendas gubernamentales, tanto a niveles federal y provincial, de recorte del déficit y posterior re-inversión. En 1993, combinado el déficit federal y provincial en Canadá llegó a un pico de alrededor de $65 mil millones. En 2000, el total combinado de los presupuestos federal y provincial tenía un excedente con un superávit de más de $16 mil millones. A lo largo de este período, el gasto del programa tuvo que competir no sólo con la reducción del déficit, sino también con recortes de impuestos en ambos niveles de gobierno (Conference Board of Canadá de 2001; 85-95).

La depresión en el gasto público en el cuidado a la salud dio como resultado un ahorro fiscal de cerca de $30 mil millones en conjunto para el gobierno Canadiense durante el período 1992-2000, en comparación con lo que podría haberse invertido si el gasto hubiera seguido un patrón de aumento constante hasta el punto que éste llegó en 2000 (Tuohy 2002). El gasto en atención de salud, entonces, fue objeto de un gran control de déficit y de las agendas en reducción de impuestos. Pero a medida que los presupuestos mejoraron, la primera prioridad para el programa de inversión en todas las provincias fue la atención en salud y ese incremento continuó hasta los primeros años de la siguiente década.

Este dramático ciclo fiscal probó de manera severa la estabilidad del sistema y la resistencia de los acuerdos a su interior. Se agravó aún más la creciente acritud entre los gobiernos federal y provincial y redujo la posibilidad de alcanzar un acuerdo intergubernamental de refuerzo o la modificación del sistema. Esto fomentó el conflicto entre los gobiernos provinciales y proveedores de servicios de salud sobre los recursos, poniendo a las organizaciones de proveedores, especialmente a las asociaciones médicas y hospitalarias, bajo extrema presión para gestionar los conflictos internos y estableció las bases para incrementar el "alcance" de las demandas; las cuáles están relacionadas no sólo con los ingresos, sino además con el tamaño del personal. Como menciona la OCDE, "El número de médicos y enfermeras practicantes per cápita (a razón de 2.1 y 7.5 por cada 1000 habitantes, respectivamente, en 1999) es generalmente bajo en Canadá de acuerdo a los estándares de la OCDE. Esta brecha ha aumentado durante el periodo de contención de costos a mediados de los 90s. Entre 1992 y 1997, el número de médicos practicantes permaneció sin cambio, mientras que el número de enfermeras per cápita disminuyó. En la mayoría de los demás países de la OCDE estas cifras se incrementaron, aunque a una velocidad menor que en años previos" (OECD 2001:2).

La restricción de recursos también disminuyó la redundancia en el sistema, una condición esencial para introducir gradualmente reformas en la provisión de cuidados a la salud. Aunque la escasa evidencia disponible sugiere que las medidas tales como la re-estructuración de hospitales no tuvieron un impacto negativo sobre los resultados de salud (Brownell et al 1999), crearon una atmósfera de crisis que sacudió la confianza del público en el sistema de cuidados a la salud y en la capacidad de los gobiernos para gestionar la misma. Las encuestas a finales de los años noventa y principios de 2000 consistente y dramáticamente demostraron este desgaste. La proporción de los canadienses que en una encuesta nacional consideró que lo que necesitaba el sistema de cuidados a la salud era "sólo un cambio menor", disminuyó desde el 56 por ciento al 29 por ciento entre 1988 y 1994 y se redujo al veinte por ciento hacia 1998. Quizás aún más importante, la confianza del público no retornó con un incremento de la inversión pública después de 1997: en el año 2001, la proporción que consideró "sólo cambios menores" como necesarios, todavía se situaba en el 21 por ciento; y permaneció allí en 2004, a pesar de la continua trayectoria ascendente de la financiación pública. La proporción de creencia de que el sistema necesitaba "reconstruirse por completo" disminuyó algo, del 23 por ciento en 1998 al 14 por ciento en 2004, pero aún así se mantuvo por encima del nivel insignificante del 5 por ciento a finales de los ochenta (Blendon et al 2002; Schoen et al 2004).

En cuanto a sus propias interacciones con el sistema de cuidados a la salud, los Canadienses mostraron un cuadro algo más positivo. Ellos eran más inclinados que quienes respondieron en Australia, Nueva Zelandia, el Reino Unido o los Estados Unidos a estar un poco más confiados de que podrían obtener cuidado seguro y de calidad cuando lo necesitaran y menos probable que los de cualquiera de esas naciones, excepto el Reino Unido para reportar los problemas en el acceso a los cuidados a la salud por razones de costo. Las presiones sobre el sistema fueron evidentes en los informes sobre la atención de la "válvula de seguridad" de la sala de emergencias (SE). Los canadienses tuvieron las tasas más altas de utilización de SE que los que respondieron en cualquiera de las otras cuatro naciones en el 2004 según la encuesta antes citada, y fue más probable que esperaran durante dos horas o más en una visita a la SE (Schoen et al 2004).

Al mismo tiempo, sin embargo, los cambios en el amplio sistema gubernamental estaban acordando establecer las condiciones del significativo cambio de políticas. A comienzos del decenio de 2000, la aparente disminución de la amenaza separatista en Québec, las disputas constitucionales asociadas y el éxito en la reducción de estrategias fiscales y de reducción del déficit, disminuyeron la importancia de los temas que habían dominado la agenda política de los ochenta y noventa y bloquearon cualquier progreso en la política de salud en el ámbito federal-provincial. Con el aumento de la preocupación pública a raíz de la restricción fiscal sobre los cuidados a la salud y la creciente alarma de los gobiernos provinciales por el aumento de parte de sus presupuestos consumidos por el gasto en salud, la política de salud ahora llegó a definir el clima de las relaciones federal-provincial en lugar de estar restringida por ese clima, como en el pasado. Las reuniones de los "Primeros Ministros" (los trece Primeros Ministros provinciales y territoriales y del Primer Ministro federal) fueron sometidas por las negociaciones de atención de la salud. Para los políticos en ambos niveles de gobierno, además de los cambios de ánimo del público los riesgos de la inacción en los cuidados a la salud se consideraron tan altos como los riesgos de acción. En cuanto a las relaciones entre los gobiernos provinciales y proveedores médicos y hospitalarios, se ahondaron las fisuras dentro de las dos comunidades médica y hospitalarias y bajo la presión de restricciones crearon algunos puntos de apoyo para el soporte de las reformas, especialmente en atención primaria. Una época de re-inversión permitió, por lo menos en teoría, hacer fluir los recursos financieros de tal manera que hubiera fondos en períodos de transición.

3.2 Reafirmación del modelo canadiense, 2000-2004

En consecuencia, los primeros años del siglo XXI fueron un momento de agitación en las políticas de salud canadiense. Las comisiones gubernamentales en Alberta, Québec y Saskatchewan y en el plano federal indagaron una gran variedad de opciones que habían estado en juego desde el inicio de Medicare en el decenio de 1960. El sistema parecía estar preparado para un cambio significativo. La cuestión clave era si este cambio se produciría dentro de los parámetros del modelo universal canadiense de pagador único, o si el propio modelo sería cambiado. Más concretamente, el aumento de las funciones de los instrumentos de mercado (mediante la apertura de la posibilidad de competencia entre las clínicas privadas y hospitales públicos para la provisión de los servicios financiados por el sector público) y para la financiación privada (permitiendo alternativas compradas privadamente a los servicios financiados públicamente) fueron activamente debatidos.

Sin embargo, a pesar de que la retórica varió considerablemente, todos estos informes en su base formularon recomendaciones que mantuvieran y mejoraran las características esenciales del modelo canadiense. En Alberta, una opción que abriría la puerta a un mayor grado de financiación privada como una cuestión de diseño político – a saber, la posibilidad de establecer Cuentas de Ahorros Médicas (CAM) - fue considerada seriamente. Pero incluso allí las CAM fueron presentadas como una opción que "amerita mayor estudio" (Premier's Advisory Council on Health 2002:61). Otros informes, después de obtener toda una serie de posibilidades, rechazaron aquellas que incrementarían el papel de la financiación privada, aunque el informe del Comité del Senado observó el actual modelo como razonable sólo si se hacían cambios cruciales para mejorar el desempeño. El informe del Comité del Senado y de Alberta abogaron por una mayor competencia para acercar más

la separación comprador-vendedor hacia un verdadero "mercado interior" a través de una contratación más explícita entre las autoridades públicas y una serie de proveedores sin fines de lucro y con fines de lucro; otros informes, en particular el informe federal de Romanow, se manifestó en contra de la oferta con fines de lucro. Ambos informes federales defendieron el aumento de fondos federales, de la reforma en atención primaria (adoptando proveedores de cuidado primario en grupos para proporcionar el 24/7 de atención para la población) definida con presupuestos basados en la población y basándose en los planes provinciales de medicamentos y programas de atención domiciliaria para proporcionar una cobertura más amplia y uniforme. Como se señaló anteriormente, la financiación federal a comienzos del 2000 se incrementó en varias etapas, e inicialmente se dirigió hacia éstas áreas de preocupación.

En resumen, el modelo canadiense de cuidados a la salud pasó por una prueba crucial a comienzos de los 2000. Para el cambio principal fue necesario agrupar algunas características claves, sin embargo, las decisiones se adoptaron con el fin de reafirmar las características esenciales del sistema de pagador único. Pero estas decisiones fracasaron para canalizar las presiones fiscales subyacentes que siguieron a su implementación durante la primera mitad de la década. La proporción del PIB representó para el gasto de la salud pública el punto más alto alcanzando un máximo de 7.4 por ciento durante la recesión de comienzos de los noventa, que se redujo posteriormente y permaneció por debajo del 7 por ciento a mediados de 2000. La participación pública del gasto total en salud durante el mismo período se redujo del 74.5 por ciento a alrededor del 70 por ciento. No obstante, el cuidado a la salud ha absorbido una gran parte del presupuesto de los gobiernos provinciales. Esto refleja la disminución en el total de los ingresos públicos como una proporción del PIB en una era de reducción de impuestos y la alta prioridad asignada al cuidado a la salud dentro de los presupuestos provinciales. Por otra parte, todos los gobiernos observaron con inquietud las proyecciones de costos a futuro.

Estas proyecciones, por supuesto, dependen del marco del tiempo elegido como base para la proyección y diversas hipótesis sobre otras variables, en particular el impacto de un envejecimiento de la población. En 2004, un documento oficial del departamento financiero federal proyectó la participación de gasto en salud pública como una participación del PIB para 2040, teniendo en cuenta los efectos de envejecimiento de la población en ambos, tanto en los gastos de cuidados a la salud como el PIB. Ahí se prevé que el envejecimiento por sí solo aumentaría el gasto público en salud al 9.8% del PIB en 2040. Adicionalmente el crecimiento dependería de la tasa "crecimiento-a-productividad" del gasto del cuidado a la salud (es decir, la tasa de crecimiento en el gasto del cuidado a la salud per-cápita ajustado por edad a la tasa de crecimiento en el PIB per cápita). Las proyecciones basadas en la experiencia de la década de 1980 (período de rápido aumento en la tasa de enriquecimiento-a-productividad) vería el aumento de gasto público de salud por encima del 30 por ciento del PIB en 2040; mientras que utilizando como base el período de 1975-2001 (el cual incluye tanto períodos de expansión como de restricción) proyectaría el gasto público en salud a aproximadamente el 16 por ciento del PIB. Para mantener el gasto público en salud al 10 por ciento del PIB en 2040 sería necesario repetir la tasa de crecimiento-a-productividad de los noventa, un período que incluyó varios años de dramática restricción de costos.

Un documento de trabajo del 2006 de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE 2006) proyectó que el gasto público en salud en Canadá aumentaría del 7.3 al 13.5 por ciento del PIB para 2050, teniendo en cuenta los cambios demográficos y suponiendo que,

por encima de éstos efectos, los costos de salud se aumentan a una tasa anual del uno por ciento más rápido que los ingresos. Si la tasa de aumento de la utilización fuera restringida para reducirla progresivamente de manera que los costos en salud sólo crecieran paralelamente con los ingresos hacia 2050, el gasto público en salud aumentaría al 10.8 por ciento del PIB. El estudio de la OCDE también deja claro que Canadá no está sola frente a estas perspectivas. A pesar de que está por encima de la media de la OCDE significa que en promedio, los gastos de cuidados a la salud están proyectados para incrementarse desde el 6.7 por ciento del PIB en 2005 al 12.8 por ciento (bajo la situación de «presión de costo") o 10.1 por ciento (bajo la situación de " contención del gasto ") para el año 2050 en todas las naciones de la OCDE.

3.3 ¿Resurgimiento de la financiación privada? - 2005

En junio de 2005, el sistema fue golpeado por un choque exógeno mayor - es decir, un evento que tenía su origen fuera de la escena política de salud y de los acuerdos provistos por el estado y las provinciales federales. La Corte Suprema de Canadá, quien aceptó inesperadamente más de un año antes la apelación de un caso retando la legislación de Québec (la cual prohibía los seguros privados para los servicios de cobertura pública), contraria a las constituciones de derechos y libertades (*Charter of Rights and Freedoms*) de Québec, y la canadiense, elaboró una ley aún más inesperada. En una decisión de 4 a 3 (había al momento dos vacantes de los nueve miembros de la Corte) la Corte Suprema revocó las decisiones de las Cortes provinciales de Québec y revocó la legislación. Tres de los cuatro magistrados en la mayoría consideraron que las disposiciones violaban la sección 7 de la Constitución Canadiense de Derechos y Libertades que garantizan el derecho a "la seguridad de la persona" y el cuarto sentenció que es violada la Constitución Canadiense de Derechos y Libertades de Québec pero no se pronunció con respecto a la Constitución Canadiense. La cuestión de si casos similares en otras provincias tendrían éxito con una Corte plena de nueve miembros y en virtud de la Constitución Canadiense permanece abierta, pero este tipo de problemas son casi inevitables.

En respuesta, el gobierno de Québec aprobó la legislación, para ser implementada en 2007, la cual establece "el tiempo de espera de garantías" para determinados servicios y permite un seguro privado para un muy restringido campo de servicios (en la actualidad restringido a reemplazos de la cadera o rodilla y a cirugía de cataratas) para las personas que deseen pagar privadamente para acceder a la atención a un ritmo más rápido que el del sistema público. Sin embargo, esto requiere, que la operación de los proveedores de servicio esté totalmente dentro o totalmente fuera del sistema público de pago. Aunque esta legislación, tiende a limitar el papel de la financiación privada, se ha interpretado como la legitimación de ese papel. En respuesta, incluso antes de que la legislación fuera implementada, algunos proveedores comenzaron a manifestar su intención de probar sus límites al iniciar la oferta de "canastas" de servicios con financiación pública y privada. El gobierno respondió fuertemente y hasta el momento, estos retos han llegado a conflictos sobre los límites del sistema público. No obstante, el papel de la financiación privada parece lejos de resolverse. Québec es una provincia de referencia en este aspecto, pero desarrollos relacionados están sucediendo en Alberta y Columbia Británica.

4. La Organización y Administración del Consumo de Cuidados a la Salud *(OMCC)*

Históricamente, los terceros pagadores para los cuidados a la salud en Canadá ya sean públicos o privados, desempeñaron fundamentalmente un papel pasivo. Debido a que se estableció en un período de bonanza económica y fiscal en los 60, el modelo Canadiense de financiación de cuidados a la salud pública se basaba en la premisa de lograr un acceso universal para los servicios médicos y hospitalarios, con una atención considerablemente menor al control de costos. Esencialmente, los gobiernos suscribieron los costos del sistema existente y no realizaron sustanciales cambios organizacionales. Los aseguradores privados, por su parte, fueron relegados a lo que entonces eran las zonas menos costosas del sistema, sobre todo en la prescripción de medicamentos y las amenidades hospitalarias y había pocos incentivos para administrar activamente los costos.

Concentrarse en los proveedores médicos y hospitalarios obligó a estos proveedores a un acuerdo cercano con el estado y ese acuerdo ha formado el eje central económico y político del sistema desde entonces. Cuando ocurrió el período de apretón fiscal en los noventa, fue a través de negociaciones entre los gobiernos provinciales y las asociaciones médicas y hospitalarias que las implicaciones de la restricción fiscal fueron elaboradas (Tuohy 1999: cap.7).

En el período de re-inversión y por la creciente preocupación por los costos sanitarios como una creciente participación de los presupuestos públicos en el 2000, la atención se ha dirigido más hacia los posibles candidatos que lleven a cabo un papel más activo en la *OMCC* en el control de presupuesto y en la compra sofisticada. En el contexto canadiense, estos candidatos son mostrados como cajas sombreadas en la Gráfica 1. El alcance en que este papel ha sido hasta ahora efectuado, sin embargo, es limitado y variado según las provincias. La mayoría de estos actores juegan un papel más afín al concepto de "encargo" que al de "contratación" en el sentido inglés de estos términos: hay poca competencia real entre los proveedores para la asignación proveniente de estos órganos. La siguiente discusión resume brevemente los perfeccionamientos con respecto a cada uno de estos posibles candidatos para el papel en la *OMCC*.

4.1 Gobiernos provinciales

Con el advenimiento del cuidado a la salud universal en los años cincuenta y sesenta, los gobiernos provinciales se convirtieron en el lugar principal para el mantenimiento y asignación de presupuestos de los servicios médicos y hospitalarios. Al principio, estos "presupuestos" que eran esencialmente planes de seguros de salud provincial de composición específica funcionaron sobre un simple modelo de indemnización, garantizando los costos de los servicios médicos y hospitalarios y otros cuidados a la salud proporcionados de conformidad con las decisiones tomadas por los mismos proveedores. En Canadá de hecho, la política central y eje económico de los cuidados a la salud pública es un acuerdo entre los proveedores médicos y hospitalarios y el gobierno provincial en el cual los proveedores dejan a discreción el precio de sus servicios sobre una base por unidad y conservan su autonomía clínica para decidir cuáles servicios ofrecer, mientras que los gobiernos

ejercen un amplio control presupuestal pero se abstienen de intervenir en la toma de decisiones de los proveedores (Tuohy 1976, 1992, 1999; Naylor 1986). Como los gobiernos provinciales posteriormente adicionaron o expandieron programas de cobertura para los productos farmacéuticos fuera del hospital y del hogar y los cuidados de larga duración, inicialmente adoptaron de la misma manera una postura distanciada. Cuando el programa de restricción de costo se encumbró en la década de los noventa, los gobiernos en general procuraron limitar los costos a través de instrumentos gruesos, como límites presupuestales (en particular, mediante la reducción de afiliaciones en escuelas de medicina y el cierre de camas de hospital) en lugar de intentar instrumentos de precisión mejor calibrados.

Con el tiempo, los gobiernos provinciales han avanzado lentamente para adoptar algunas medidas que les permitan desempeñar un papel más activo en la *OMCC*. En el ámbito hospitalario, un modelo presupuestal históricamente-basado (línea por línea o global, con ajustes anuales ya sea como una cuestión de discreción ministerial o a través de un efecto lineal multiplicador) siguió siendo el predominante a través de los inicios del año 2000, aun cuando estos presupuestos fueron trasladados a órganos regionales como se señala más adelante (McKillop, Pink y Johnson 2001). En algunos casos, sin embargo, los gobiernos provinciales contrataron con los proveedores para determinados tipos de servicios. En Ontario, por ejemplo, una serie de "áreas prioritarias" se financiaron fuera de los presupuestos globales a través de contratos con hospitales para volúmenes de servicio acordados. La contratación para estos servicios, los cuales incluyen diálisis, reemplazo de articulaciones, trasplante de órganos, el acceso a MRI y una serie de otros, permaneció con el gobierno provincial después de que la autoridad para la asignación de presupuestos hospitalarios globales fuera reintegrada (devuelta) a las autoridades regionales.

En todas las provincias la financiación de los servicios médicos se apoya (o recae) en el gobierno provincial y es negociado entre el gobierno provincial y la asociación médica provincial. Para los médicos en práctica independiente de cobro por servicio (históricamente el modo predominante de remuneración y que todavía representa más de la mitad de médicos practicantes en el país en su conjunto,[13] con el cruce de las variaciones provinciales), la remuneración se basó en un Cuadro de Beneficios que lista las tarifas para cada servicio médico asegurado públicamente. Periódicamente, en los comienzos de los noventa (un poco antes en Québec), los gobiernos habían establecido límites en el total del presupuesto de los servicios médicos y/o límites en la remuneración médica individual, a través de la negociación o en ocasiones de manera unilateral. Estos límites habían sido ampliamente categóricos y por instrumentos ajustados sin precisión: **l**a administración para la utilización de servicios médicos en Canadá ha sido muy limitada y en gran medida delegada a los propios órganos médicos y se enfoca a aquellos "fuera de la norma" (es decir, los médicos cuyo perfil de práctica en general difiere mucho de aquellos de sus iguales). En el 2000, los gobiernos provinciales se dirigían cada vez más a negociar modos de remuneración de otra forma que no fuera la del cobro por servicio con grupos de médicos, quienes entonces administrarían sus propios mecanismos internos para la remuneración de practicantes individuales.

[13] Según datos de la Canadian Medical Association. "Percent Distribution of Physicians by Mode of Remuneration, 1990, 2003." Disponible en www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Statistics/pwr-percent2.pdf.

Estos mecanismos, junto con los mecanismos de asalariados y los de capitación, establecidos anteriormente para una minoría de médicos, ahora se aplican a algo más del 40% de los profesionales en práctica.

El punto central de enfoque de los gobiernos provinciales que llevaron a cabo sus funciones en la *OMCC* para los servicios médicos ha sido el precio o costo total en lugar del volumen y la mezcla de servicios prestados. Como se señaló anteriormente, la ley de salud de Canadá requiere a las provincias para cubrir todos los servicios médicos "médicamente necesarios" y todos los servicios hospitalarios "médicamente requeridos", pero no define el término. Por lo tanto, como Evans y sus colegas (2007:16) lo han puesto, la definición de la canasta de servicios asegurados públicamente es "inferida de la práctica clínica observada", y efectivamente toma lugar en el contexto de las negociaciones provincia por provincia entre el gobierno provincial y los proveedores. El alcance de cobertura es en general muy similar entre provincias, aunque hay diferencias en el margen de beneficio.

En este sentido, existe una marcada asimetría en la toma de decisiones en torno a la eliminación de la lista de servicios que históricamente han sido cubiertos y en el registro en la lista de nuevos procedimientos para la cobertura. Esta asimetría es impulsada por un cierto grado de inercia en el sistema, y significa que los nuevos servicios que son candidatos para ser listados son sometidos a un mayor escrutinio crítico que es el extenso rango de servicios que ya están listados A comienzos del período de fuerte restricción de costos a mediados de 1990, la mayoría de las provincias pasaron a eliminar de la lista algunos servicios médicos, en general funcionando dentro del marco de negociaciones de tarifas con la profesión médica. La mayor parte de los servicios eliminados de la lista se ubicaron en las siguientes categorías: servicios que podrían ser prestados por practicantes de cuidados a la salud que no fueran médicos (tales como audiología, quiropráctica, fisioterapia y exámenes oftalmológicos); procedimientos cosméticos (como otoplastía y remoción de tatuajes y verrugas); y procedimientos de reproductividad (como la reversión de la esterilización y la fertilización in Vitro); (Banting y Boadway 2004:42). Pero las provincias variaron en el rango de los servicios eliminados de la lista y el alcance de los mismos: por ejemplo, Ontario redujo la cobertura para la rutina de exámenes oftalmológicos de 1 cada año a 1 cada dos años en 1998 y la cobertura de restricción para audiología y fisioterapia fuera de los hospitales a los beneficiarios de asistencia social en 2004.

La toma de decisiones en relación con la inclusión en la lista de nuevos procedimientos derivados del desarrollo tecnológico también presenta considerables variaciones entre las provincias. En teoría, los hospitales individuales pueden decidir financiar nuevos procedimientos dentro de sus presupuestos globales, particularmente si tales procedimientos sustituyen los establecidos; pero en la práctica su capacidad para hacerlo es limitada por tomar decisiones aisladas de los procedimientos para el componente de servicio médico del procedimiento, el costo de tales nuevos aparatos que pudieran estar implicados y el costo de capital de cualquier nueva tecnología. Por consiguiente, las decisiones sobre si financiar o no procedimientos recientemente desarrollados por los médicos en los hospitales implica un múltiple entrecruzamiento de procesos de toma de decisiones, a menudo con resultados diferentes en diferentes provincias.

Como un mecanismo de coordinación, los ministros provinciales de salud establecieron la Oficina de Coordinación Canadiense para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (*CCOHTA*), en 1989, órgano intergubernamental con un mandato relativamente limitado el cual se centró en

productos médicos. Con el tiempo, el alcance de su investigación se amplió y en 2006, *CCOHTA* cambió su nombre al de Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud (*CADTH*) y recibió un presupuesto expandido para reflejar su más amplio mandato, el cual incluye medicamentos según se detalla más adelante. *CADTH* está destinado a proporcionar el intercambio de información nacional, la consolidación de recursos y la coordinación de la evaluación de las tecnologías de cuidados a la salud para garantizar su uso adecuado y podría proporcionar un recurso importante para aquellos que realizan funciones en la *OMCC* en Canadá.

En efecto, las decisiones para la mayoría de inversiones de capital en los cuidados a la salud se apoyan en los gobiernos provinciales. Cerca del 82 por ciento de los gastos de capital para los cuidados a la salud son financiados públicamente; y los hospitales (ahora las autoridades regionales de salud) requieren la aprobación provincial para incrementar los fondos privados para nuevos equipos e instalaciones. El gobierno provincial en Ontario y las autoridades de salud sub-provinciales en Alberta, British Columbia y Québec, han ingresado dentro las llamadas "asociaciones público-privadas" con empresas privadas para la construcción de instalaciones de cuidados a la salud. Bajo los términos de estos acuerdos, similares a las "iniciativas de financiación privada" en el Reino Unido, la empresa privada o un consorcio financia, construye y en algunos casos opera la dimensión no clínica de la instalación, en rendimientos por pagos anuales provenientes de la autoridad pública. En algunos casos la propiedad formal de las instalaciones recae en la autoridad pública, ya sea desde el principio o después de un período de tiempo. Estos acuerdos han sido altamente controvertidos en Canadá y opuestos de forma vociferante por los sindicatos del sector salud. Los críticos utilizan la evidencia del Reino Unido que sugiere que a lo largo del tiempo han resultado ser más costosos que la alternativa financiada públicamente (Marchildon 2006:76). La experiencia con estas iniciativas muy probablemente será observada muy de cerca en Canadá.

4.2 Órganos regionales

Varias clases de autoridades "regionales" se han establecido en todas las provincias canadienses. Cada provincia ha seguido un modelo algo diferente de la regionalización; y ciertamente, las estructuras regionales dentro de cada provincia han sido sometidas a una considerable reorganización en el transcurso de su existencia. Las características comunes a todos los modelos son un foco en la integración horizontal y vertical de los hospitales y los servicios comunitarios, (incluidos los servicios sociales en Québec y la Isla del Príncipe Eduardo) y una exclusión de los servicios médicos y prescripción de medicamentos de la supervisión de las autoridades regionales. Todos obtienen sus presupuestos de la provincia; ninguno tiene una base de ingresos independiente. Aunque la mayoría de las provincias han anunciado la intención de trasladar la financiación a las autoridades regionales en base al tamaño de su población, sólo tres lo habían hecho a comienzos del 2000 (McKillop, Pink y Johnson 2001:46) y otra (Ontario) lo había hecho sólo en el escenario del cuidado en casa, tal como se describe a continuación. Los mecanismos de ajuste de la población por edad, sexo y otras variables en relación con las necesidades de salud proyectadas se encuentran en diferentes etapas de desarrollo en diferentes provincias y están más completamente desarrolladas en Saskatchewan. En las otras provincias, las asignaciones

presupuestales para los órganos regionales son conducidos por patrones históricos, con ajustes anuales a discreción del Ministro o, menos comúnmente, por un efecto lineal multiplicador (ídem).

La laxitud financiera de las autoridades regionales es bastante restringida. En siete provincias tienen prohibido incurrir en déficit; los otros tres permiten que el déficit se produzca bajo ciertas condiciones. En todas las provincias excepto una, los órganos regionales pueden retener todo o parte de cualquiera de los excedentes, aunque en dos provincias se requiere la aprobación acerca de cómo gastar el excedente (McKillop, Pink y Johnson 2001: 61, 64). Excepto para el uso potencial de cualquier excedente para gastos de capital, las autoridades regionales son totalmente dependientes de sus gobiernos provinciales—la provincia es la principal fuente de financiación de capital y debe aprobar cualquier obtención de fondos privados adicionales por los órganos regionales.

Existe una considerable variación entre las provincias en el número de autoridades regionales, su alcance funcional, el tamaño de población atendida y el mecanismo de nombramiento o elección de sus Consejos. El Cuadro 2 resume estas características, incluidos los cambios a lo largo del tiempo. Como aparentemente se ve en este panorama, se ha producido una "rotación" organizacional considerable y un desajuste transicional de personal clave en el paso a sistemas regionales, posiblemente comprometiendo la capacidad de las autoridades regionales para efectuar un papel clave en la *OMCC*.

Para la mayoría, las autoridades regionales han llevado a cabo funciones de gestión directa. La contratación con proveedores competidores independientes para servicios particulares es un aspecto relativamente al margen de su actividad, y existe una considerable variación entre provincias en la medida en que las autoridades regionales se involucran en la contratación en lo absoluto. Sin embargo, todos han intentado de diversas maneras pasarse a un modelo de gestión que se centre en el desempeño.

Desde toda la diversidad provincial, tres modelos distintos de regionalización pueden ser extractados. El modelo más frecuente es aquel propio de autoridades de salud regionales y opera instalaciones comunitarias y hospitalarias, y en algunas provincias también contrata con instalaciones propias y operadas de forma independiente. Este modelo es más desarrollado en Alberta, pero todas las otras provincias, excepto Québec y Ontario muestran alguna variante de éste. Québec y Ontario, por su parte, muestran cada uno un modelo distinto, con las autoridades regionales tienen planificación y asignación, pero no responsabilidades de gestión directa. La diferencia entre los modelos de Québec y Ontario radica en el grado de integración horizontal y vertical en el nivel subregional, que es mucho mayor en Québec.

4.2.1 Autoridades regionales de salud: el ejemplo de Alberta

El rol y el papel potencial de las autoridades regionales pueden ser ilustradas por las experiencias en Alberta. Allí, nueve Autoridades Regionales de Salud (ARS) son responsables ante el Ministro para garantizar la prestación de servicios hospitalarios de cuidados intensivos, comunitarios y servicios de cuidado a largo plazo, protección de la salud pública y servicios de promoción y otros

afines a sus poblaciones definidas. Los servicios para cáncer y salud mental están fuera de su mandato, y son gestionados por el Consejo de Cáncer de Alberta y por el Consejo de Salud Mental de Alberta, respectivamente. En el desempeño de estas funciones, las ARS también llevan a cabo la planificación y el reporte de funciones, tal como se resume en el Cuadro 3, el cual es ilustrativo de requisitos similares en otras provincias.

Además de su función de gestión directa, las ARS contratan con instalaciones especializadas bajo la propiedad privada y gestión para una amplia gama de servicios, incluyendo los quirúrgicos, tales como la cirugía de catarata, las sustituciones de cadera y rodilla, y los abortos. Tal contratación también ocurre en otras dos provincias, Columbia Británica y Manitoba, y pronto podría desarrollarse en Québec como se señala más adelante. Todos los proveedores no hospitalarios de servicios quirúrgicos deben ser designados por el Ministerio provincial de Salud y Bienestar y acreditado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Alberta con el fin de poder ser elegidos para los contratos con las ARS, y todos los contratos deben ser aprobados por el Ministerio. A partir de 2004, hubo 54 instalaciones quirúrgicas no hospitalarias acreditadas en Alberta. Después de darse la controversia a finales de los noventa sobre los conflictos de intereses involucrando a miembros de los Consejos del ARS quienes también reciben contratos de ARS como proveedores de cuidados a la salud, fue aprobada una reglamentación provincial en el año 2004 considerando como no elegible para ser miembro de un Consejo de ARS cualesquiera proveedores de cuidados a la salud al recibir financiación de esa ARS o cualquier director o empleado de una corporación que reciba el 50 por ciento o más de sus fondos de las ARS.

Además de la financiación basada en la población, las autoridades de salud regionales reciben financiación sobre una base para altos costos que afectan a toda la provincia, servicios especializados, tales como cirugía cardiaca, cirugía de trasplante de órganos y diálisis renal. Esta financiación se concentra en las dos principales zonas urbanas de ARS, Capital (en Edmonton, la capital provincial) y Calgary.

En 2005, en respuesta a las crecientes preocupaciones relacionadas con los tiempos de espera para las cirugías de reemplazo de cadera y cirugía de reemplazo de rodilla, Alberta llevó a cabo una iniciativa piloto para mejorar la gestión de estos servicios. El Instituto de Huesos y Articulaciones de Alberta (*Alberta Bone and Joint Health Institute*) fue fundado como una iniciativa conjunta de las dos más grandes ARS (Capital y Calgary), las Universidades de Alberta y Calgary y la Sociedad Ortopédica de Alberta (*Alberta Orthopaedic Society*) con financiación del gobierno provincial. Ésta incluía la creación de clínicas de evaluación centralizadas, concentración de procedimientos, instalaciones particulares y la participación sistemática de los médicos familiares en los cuidados pre-y post-quirúrgicos. El programa piloto fue exitoso en la reducción de tiempos promedio de espera (de 35 a seis semanas antes de recibir la primera consulta ortopédica y de 47 a 4.7 semanas a partir de la primera consulta para cirugía) y se está extendiendo sobre una base continua (Alberta Bone and Joint Institute 2005).

4.2.2 Agencias regionales y centros de servicios sociales y de salud (Québec)

Al igual que en otras áreas de cuidados a la salud, Québec fue pionera en el desarrollo de estructuras de regionalización para los cuidados hospitalarios y comunitarios. En 1971 (coincidiendo con, pero no limitado a su ingreso dentro del régimen federal de seguros de atención médica universal) Québec estableció consejos regionales para supervisar la planificación y coordinación del cuidado comunitario y hospitalario y los servicios sociales. Los miembros de estos consejos, consistente con una oleada "corporativista" que paso dentro de la cultura política e institucional de Québec, fueron elegidos por asambleas regionales cuyos miembros procedían de cuatro "colegios electorales"—municipios, organizaciones de servicio social y de salud comunitaria, grupos socioeconómicos, incluidas las organizaciones empresariales y sindicales y las instituciones de cuidados a la salud. Ellos fueron, sin embargo, efectivamente sometidos por los médicos y administradores de cuidados a la salud. En algunos casos, además de sus funciones de planificación, se les concedió una medida de autoridad ejecutiva sobre la organización de los cuidados en el hogar y los servicios de emergencia. Bajo el marco de planeación de los consejos regionales, los " centros de servicios sociales y de salud" locales se establecieron, cada uno con su propio consejo representativo. No fueron, sin embargo, amplios en su alcance: por ejemplo, menos del 10 por ciento los médicos practicaron en tales centros a finales de los ochenta (Tuohy 1992: 123-24).

La estructura del consejo regional se mantuvo más o menos en el sitio hasta 1991, cuando se transformó en un sistema de consejos regionales, con autoridad para el control de presupuesto y asignar la financiación a las instituciones y agencias dentro de sus respectivas áreas geográficas: el primer ejemplo en Canadá del cumplimiento de una función de la "*OMCC*" a nivel regional. En 2003, la estructura de consejos de atención sufrió otra transformación: los 15 consejos regionales se sustituyeron con 16 agencias regionales, nombradas por el Ministro de Salud y se encargó del desarrollo de "redes" de los servicios sociales y de salud local, incluyendo hospitales, atención comunitaria y organizaciones de servicio social, dentro de sus jurisdicciones. En 2004 una nueva estructura de 95 redes locales de este tipo se dio a conocer, cada red con un consejo de gobierno, designado por el Ministro de carácter transitorio, el cual reemplazó los consejos de gobierno de las organizaciones participantes. Los consejos designados fueron sustituidos en el otoño de 2006, con consejos elegidos en las categorías señaladas en la legislación de aplicación y escogerían sus propios directores ejecutivos. Las respectivas ARS y el Ministerio tienen dos de cinco representantes en el comité de selección del director ejecutivo.

La mayor transformación estructural provocada con las reformas del 2003-2004 en el nivel subregional, consistió en sustituir los antiguos hospitales organizados independientemente y otras entidades por redes, cada una gobernada por un consejo único. Las redes son responsables de proporcionar los cuidados comunitarios y hospitalarios integrados dentro de un área geográfica. Para los servicios de cuidados terciarios y cuaternarios, se crearon cuatro grandes redes, cada una unida a una de las cuatro escuelas de medicina en la provincia. Los contratos de redes locales con estas redes universitarias permitieron los tratamientos especializados. Las propias agencias regionales continuaron realizando la planeación regional, la gestión de los recursos y las funciones de asignación del presupuesto, similares a sus consejos predecesores.

Este conjunto de reformas es entendido en gran medida para fortalecer más la función de la *OMCC*. Cada nivel en la jerarquía ejerce sus responsabilidades bajo contratos basados en incentivos desde el nivel superior—las agencias regionales bajo contratos con el Ministerio y las redes bajo contratos con sus respectivas agencias. El papel de las agencias regionales y redes locales pueden ser mejor elaborados a medida que entren a contratar con clínicas privadas especializadas. Esta es una nueva y aún incipiente posibilidad de Québec, y sigue a un reto legal exitoso a la prohibición sobre los seguros privados para servicios públicos, tal como se describe más arriba.

Cabe destacar que la carencia de redes de servicios sociales y de salud se asocian a prácticas médicas. Al igual que en otras provincias, la mayoría de los médicos continúan la práctica sobre una base independiente, ya sea individualmente o en grupos de control médico. Sin embargo, al igual que otras provincias, Québec está avanzando lentamente y sobre una base piloto para reorganizar los servicios de atención primaria. La misma legislación que estableció los marcos para la salud local y redes de servicio social, también instituyó "grupos de medicina familiar", como se detallará más adelante.

4.2.3 Redes locales de integración en salud y centros de acceso al cuidado comunitario (Ontario)

Las estructuras regionales en cierta medida similares a las de Québec están tomando forma en Ontario. Allí, la legislación aprobada en 2006 creó un proceso de aplicación gradual para el establecimiento de una estructura regional que comprende 14 Redes Locales de Integración en Salud (RLIS), encargadas de la planificación para la integración de los cuidados a la salud comunitaria y hospitalaria en sus respectivas regiones y en última instancia con el control y asignaciones presupuestales para esos servicios.[14] La diferencia clave en Ontario, a diferencia de cualquier otra provincia, es que los consejos de gobierno de hospitales individuales y otras agencias se dejaron en su lugar.

Al igual que en otras provincias, las RLIS regionales se establecieron como corporaciones sin fines de lucro a cierta distancia del gobierno provincial. Los consejos de las RLIS son, no obstante, nombrados por el Ministro provincial de Salud y Cuidados de Larga Duración, como fue el primer conjunto de los directores generales. En el futuro, cada Consejo de las RLIS seleccionará su propio director ejecutivo. Las RLIS están destinados a desempeñar un papel fundamental en el sistema general de planificación y rendición de cuentas para los cuidados a la salud con financiamiento público en Ontario, análogo a la función de las Agencias Regionales de Salud en Québec. Dentro del plan estratégico elaborado por el Ministerio para la provincia en su conjunto, cada RLIS desarrollará un plan para su propia región. Una vez que las RLIS han asumido autoridad para las funciones de *OMCC* (que ocurra en 2007), luego ellos asignarán fondos a las instituciones y agencias bajo sus jurisdicciones. Los flujos de fondos se regirán por contratos o "acuerdos de responsabilidad" entre el Ministerio de Salud y cada una de las RLIS y, a su vez por "acuerdos de

[14] Estas RLIS sustituyeron los 16 Distritos de los Consejos de Planeación de Salud, que tenían mucho más limitado el mandato de asesoramiento al Ministro.

servicios" entre cada RLIS y sus respectivas instituciones y agencias. Las RLIS también tienen un mandato específico para tomar "las decisiones de integración" para reorganizar la provisión de servicios comunitarios y hospitalarios dentro de su territorio—por ejemplo, mediante la transferencia de responsabilidades para determinados servicios de un proveedor a otro—a pesar de que no podrá cerrar una institución ni abolir un Consejo institucional. (Estas últimas facultades continúan en cabeza del Ministro.) Las RLIS también pueden contratar entre sí para la prestación de servicios especializados.

La independencia financiera de las RLIS es muy limitada. En primer lugar, los presupuestos existentes y los acuerdos de servicios asociados con las instituciones individuales y agencias serán simplemente transferidos del Ministerio a las RLIS. Estos presupuestos son principalmente basados históricamente, aunque la intención es que en el futuro los presupuestos de las RLIS estarán basados en la población. Las RLIS no pueden prestar dinero ni participar en la recaudación de fondos sin la aprobación del gobierno—esencialmente, deben vivir con los presupuestos concedidos por el Ministerio. La efectividad de estas previsiones está por verse—significa que las RLIS no podrán incurrir en déficit, pero siguen en un contexto histórico en que los hospitales han incurrido en déficit habitualmente los que son eventualmente cubiertos a través de negociaciones con el Ministerio, a pesar de previsiones explícitas y, en última instancia contrarias a las disposiciones legislativas.

A diferencia de los órganos regionales en algunas otras provincias, las RLIS no podrán contratar con proveedores privados de servicios especializados. El propio Ministerio, sin embargo, financia la provisión de los servicios de diagnóstico del seguro público (incluyendo la provisión para la mayoría de imágenes y pruebas de función pulmonar) y ciertos servicios de atención crónica y cirugías (como cataratas y la cirugía láser de retina, aborto, cuidado crónico de hemodiálisis, cirugía plástica, cirugía dermatológica con láser, y cirugía ginecológica) en "Instalaciones Independientes de Salud" (IIS) licenciadas bajo la legislación provincial. A partir de 2005, 950 IIS de diagnóstico y 22 de atención ambulatoria, fueron licenciadas y fundadas en Ontario. Los médicos en práctica en las IIS son remunerados en el programa de beneficios, mientras que las mismas IIS reciben "tarifas de instalaciones". No pueden ser realizados pagos directos por parte de los pacientes. Las IIS deben ser acreditadas por la autoridad provincial que autorice a los médicos y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Notario (*CPSO*), para calificar para licenciamiento en una provincia. Además, tres hospitales de propiedad privada de especialidades fueron "exceptuados" de las nuevas regulaciones poco después del establecimiento pleno del seguro hospitalario y médico público en los setenta, y están regulados bajo la legislación que específicamente se opone a la concesión de licencias de cualquier otro hospital particular. El gobierno provincial también restringió la expansión del rango de servicios que pueden ser llevados a cabo en estos hospitales: por ejemplo, el Ministro de Salud y Cuidado a Largo Plazo rechazó una propuesta de uno para proveer reemplazos de cadera y rodilla en adición a la artroscopía de rodilla que proporciona actualmente.

En Ontario, las disposiciones para financiar el cuidado en casa también difieren de aquellos en otras provincias. Al igual que Québec, pero, a diferencia de otras provincias, la estructura de Ontario incluye un órgano intermedio entre la autoridad regional de financiación y las agencias de provisión de cuidados a la salud en casa, pero a diferencia de las redes de servicios sociales y de salud local de Québec que se han hecho cargo de la gestión de las agencias de cuidados en casa,

Ontario ha establecido las Corporaciones de Acceso a Cuidado Comunitario (CACC) sobre una base regional. Las CACC anteceden a las RLIS, se establecieron a mediados de los noventa como órganos de contratación para los servicios de cuidados en el hogar financiados públicamente. Con el advenimiento de las RLIS, las CACC fueron re-estructuradas y reducidas en número de 42 a 14, para coincidir con los límites regionales de las RLIS. Al igual que otras agencias de provisión, las CACC recibirán financiación a través de las RLIS bajo acuerdos de servicio (esta transición se completará en 2009/10). A diferencia del sector hospitalario, el sector de cuidados en el hogar está densamente poblado con respecto a la competencia de proveedores que compiten con fines de lucro, así como los que compiten sin fines de lucro, y las CACC suscriben contratos con ambos, bajo un proceso de pedido de propuestas. En la adjudicación de contratos a proveedores competidores, las CACC se sientan, con las ARS de Alberta, en el extremo más altamente elaborado del espectro de las *OMCC* para un cuerpo regional en Canadá.

4.2.4 Grupos de cuidado de salud primaria

Como se señaló anteriormente, la reestructuración regional en todas las provincias se ha preocupado por los servicios comunitarios y hospitalarios y ha excluido los servicios médicos y la prescripción de medicamentos de la supervisión de las autoridades regionales. La reestructuración limitada que se ha producido con respecto a los servicios médicos ha involucrado acuerdos de financiación de base grupal para determinados especialistas en algunos hospitales (comenzando con los hospitales de enseñanza), y la reforma de atención primaria. Con respecto a ésta último, todas las provincias han dado pasos provisionales para establecer una variedad de nuevos modelos para el suministro de atención primaria a través de clínicas comunitarias, grupo de prácticas, redes y equipos entre los que figuran los médicos familiares y las enfermeras. La mayoría pero no todos estos modelos, requieren a los pacientes afiliarse con la práctica proveedora, clínica o red, financiada sobre una base compuesta, teniendo en cuenta a la población atendida y otros agentes, que se comprometen a proporcionar servicios 24/7 de un completo rango de servicios de atención primaria. Ontario, por ejemplo, ha establecido “Grupos de Salud Familiar” (grupo de prácticas de médicos de familia), “Equipos de Salud Familiar” (que comprende prácticas interdisciplinarias no médicas, así como miembros médicos) y general “Redes de Salud Familiar” representando múltiples prácticas bajo acuerdos comunes. En Québec, se están estableciendo Grupos de Medicina Familiar bajo el auspicio (pero no en el ámbito de supervisión financiera) de las Agencias de Salud Regional. Tanto en Ontario como en Québec, los contratos y acuerdos, bajo los cuales los grupos, equipos y redes están establecidos, muestran una considerable variación, por ejemplo, con respecto a las condiciones de remuneración de los médicos y los mecanismos para integrar la provisión de servicios. Todas estas iniciativas se están llevando a cabo gradualmente, y se encontraban aún en sus inicios a mediados de 2000. Y sobre todo, en ninguno de ellos los médicos de la familia juegan un papel de compradores para servicios más allá de la atención primaria (a diferencia de los Fondos de Cuidado Primario en el Reino Unido).

Estos pasos han involucrado intensivas negociaciones con las asociaciones médicas provinciales que han actuado sobre bases voluntarias, en contraste con la reestructuración horizontal y vertical del cuidado comunitario y hospitalario. No hay de ninguna manera unanimidad

dentro de la profesión médica en este aspecto (o cualquier otro); y una proporción importante de la profesión, incluidos aquellos de la práctica familiar, permanece arraigado en la práctica de pago por servicio. En Ontario, por ejemplo, en 2005 el 49 por ciento de los médicos familiares registrados fueron pagados exclusivamente sobre bases de sistema de pago por servicio, con el saldo financiado a través de una de las iniciativas de atención primaria o a través de planes de financiación alternativos en centros académicos de ciencias de la salud (Government of Ontario 2006). No obstante, la experiencia en otras jurisdicciones sugiere que un enfoque voluntario estructurado con apropiados incentivos (incluyendo incentivos financieros considerables) pueden ganar suficiente aceptación para ser universalizados—como en el caso de GP Control de Fondos llevando a Fondos de Cuidado Primario en Gran Bretaña y GP Control de Presupuesto que conduzcan a Organizaciones de Salud Primaria en Nueva Zelandia (Mays 2004). Si echan raíces, estos grupos de atención primaria y las redes tienen el potencial de proporcionar una función clave en la función de las *OMCC* en el control de presupuesto y asignación de financiación a sus médicos constituyentes, y posiblemente en la adquisición de otros servicios también. Los términos bajo los cuales reciben sus presupuestos de los gobiernos provinciales serán cruciales para determinar la discreción con la que ellos tienen que interpretar este rol y la naturaleza de la rendición de cuentas.

4.2.5 Planes de medicina provincial

Los gastos en productos farmacéuticos constituyen el elemento de más rápido crecimiento del componente de los gastos de salud pública (y total) en Canadá y en 2000 superaron a los servicios médicos como parte del total de gasto sanitario. Para el año 2006, el gasto en medicamentos ascendió a 17 por ciento del total de gasto en salud—superior al 13 por ciento de la participación de servicios médicos. Lo anterior teniendo en cuenta que el erario público paga el 99 por ciento de los servicios médicos, pero sólo alrededor del 38 por ciento del costo de medicamentos, la participación médica y de medicamentos del gasto de salud pública fueron del 9 y 18 por ciento respectivamente. Aunque la llegada de medicamentos nuevos y costosos (principalmente para el cáncer) ha atraído la atención mediática sobre como los gobiernos luchan para cubrir estos medicamentos, sigue siendo el caso, como señalan los informes de Morgan, que una "sorprendente mayoría del gasto de medicamentos en Canadá es común para tratamientos relativamente baratos, para el colesterol, la hipertensión, acidez estomacal y úlceras, y la depresión" (Morgan 2006:5).

Históricamente, los terceros pagadores, tanto públicos como privados, desempeñan roles pasivos en la suscripción de costos de productos farmacéuticos. Los planes de los empleadores, incluyeron la cobertura de productos farmacéuticos como un componente de sus beneficios para la salud y los gobiernos provinciales introdujeron programas de cobertura farmacéutica a partir de una preocupación para aquellos que se consideraban los más vulnerables de la población: los ancianos y los indigentes. Debido a que la mayoría de medicamentos eran para condiciones comunes y llevaban costos unitarios modestos, hubo poca preocupación con el "valor por dinero" u otros tipos de consideraciones de gestión y utilización (Morgan, Bassett, and Mintzes 2004).

Para complicar enormemente el ejercicio de la función de las *OMCC* para los productos farmacéuticos en Canadá está que la organización de responsabilidad es más altamente fragmentada

y descentralizada en este ámbito. El gobierno federal regula la seguridad de la nueva prescripción de medicamentos mediante el requerimiento de todos los nuevos medicamentos con aprobación de la Dirección de Productos Terapéuticos del Ministerio Federal de Salud (Health Canada). Los precios de los medicamentos patentados, los cuales constituyen alrededor del 65 por ciento del mercado, están regulados por el Consejo Federal de de Revisión de Precios de Medicamentos Patentados (Los precios de los medicamentos genéricos y cuya patente haya expirado después de los 20 años del período de patente no están regulados.) Los precios regulados son fijados en relación con otros precios para medicamentos similares: no podrán superar el precio Canadiense más alto para otros medicamentos con la misma aplicación terapéutica y si no existieran otros medicamentos se fijan al nivel de precios promedio para el mismo medicamento en otras siete jurisdicciones comparables (Francia, Alemania, Italia, Suecia, Suiza, el Reino Unido y los Estados Unidos). Esta regulación de precios, introducida en 1987, ha sido relativamente exitosa: en 1987, los precios medios para medicamentos patentados en Canadá fueron del 23 por ciento por encima de la media mundial y a comienzos de 2000 estaban del 5 al 10 por ciento por debajo de los precios mundiales. En cambio los precios de los medicamentos no regulados fueron del 24 al 40 por ciento por encima de los precios mundiales a comienzos de 2000 (Barry 2003).

Más allá del alcance de la regulación de los precios para los medicamentos patentados, sin embargo, las decisiones de compra para la prescripción de medicamentos se hacen en un contexto muy diverso. Tardíamente, a comienzos de los noventa, el uso de formularios u otra utilización de estrategias de gestión era muy limitado por los hospitales y gobiernos (Morgan 2006:8). A finales de la década, sin embargo, tales formularios fueron ubicuos. Cada gobierno provincial mantiene su propio formulario para productos farmacéuticos fuera del hospital, como lo hacen los hospitales individuales para aquellos proporcionados en el hospital. Con muy pocas excepciones (las más notable viene siendo la Autoridad Regional de Salud de Winnipeg en Manitoba), los formularios siguen siendo desarrollados y administrados sobre la base de hospital individual, aun cuando las autoridades regionales se han hecho cargo de la administración de los hospitales. Este proceso altamente descentralizado significa que aquellos quienes realizan funciones de las *OMCC* no pueden tomar ventaja ni de las economías de escala en la evaluación de medicamentos para compra ni del volumen del poder adquisitivo que proviniera de un proceso más centralizado. El proceso inter-provincial de la Revisión Común de Medicamentos establecida en 2003 bajo la cual es ahora la Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud, promete ir hacia el cubrimiento de la primera de esas brechas, pero desempeña una función de asesoramiento que aún requiere la continuación de mecanismos de la toma de decisiones provincia por provincia.

En su mayor parte, los factores costo-eficacia y valor por el dinero siguen desempeñando un papel relativamente limitado en estos mecanismos provinciales. Una notable excepción es la provincia de Columbia Británica, que ha adoptado un sistema de "precios de referencia" para medicamentos a ser listados en su formulario. Bajo este sistema, los medicamentos son primero agrupados en categorías que tienen eficacia equivalente en el tratamiento dadas las condiciones. Un "precio de referencia" para cada categoría es entonces establecido—ya sea el precio más bajo o el precio medio de los medicamentos en la categoría. El beneficio público se fija en el precio de referencia; los pacientes que deseen elegir un medicamento más caro en la categoría deberán pagar la diferencia. Los limitados experimentos sugieren que este sistema ha sido eficaz en la restricción de costos de medicamentos en CB sin efectos negativos sobre los resultados de salud (Schneeweiss et al 2002; Grootendorst et al 2001). Otras provincias han ido a cierta distancia en esta dirección mediante la

utilización de precios de medicamentos genéricos como sus precios de referencia, pero este enfoque es limitado a dos aspectos: en primer lugar, necesariamente se aplica únicamente a aquellas categorías de medicamentos que incluyen genéricos equivalentes, y en segundo lugar, porque sólo el precio de los medicamentos patentados es regulado en Canadá. El precio de los genéricos tiende a ser relativamente alto en las normas internacionales. Otras formas de administración de la utilización, tales como protocolos de manejo de enfermedades, son limitadas y confinadas a proyectos piloto.

5. Conclusión: ¿Un Nuevo Paradigma?

5.1 Canadá en el mapa de Chernichovsky

A pesar de que ha tenido una separación de "comprador-proveedor" en la estructura de su plan de seguro de salud pública desde su creación en los años cincuenta y sesenta, el sistema Canadiense se mantiene a cierta distancia del punto final "P" sobre el mapa de Chernichovsky describiendo el Paradigma Emergente, y más bien va a lo largo de un eje diagonal entre los puntos A y Z (Gráfica 3). Para el médico y los servicios hospitalarios, la financiación es casi totalmente centralizada en los gobiernos provinciales. La función de la "*OMCC*", sin embargo, al mismo tiempo técnicamente centralizada en los gobiernos provinciales ha sido históricamente muy débil, como resultado de un alojamiento central o "gran oferta" entre los proveedores de hospitales y servicios médicos, por un lado y los gobiernos provinciales por el otro. El primer papel pasivo inicialmente de los contribuyentes gubernamentales evolucionó para centrarse en el establecimiento de los límites presupuestales generales, incluyendo presupuestos globales para hospitales individuales y topes individuales en los pagos a los médicos. Pero dentro de estos presupuestos, las decisiones sobre la prestación de cuidados a los pacientes fueron hechos por ellos mismos, los hospitales individuales y los médicos. Sobre el mapa de Chernichovsky, esto parece haber puesto a los hospitales y los médicos *oficialmente* cerca del punto Z, aunque el papel formal de la *OMCC* de la autoridad central fue únicamente realizado débilmente.

Si hay un más reciente movimiento hacia el punto P, es más visible en el sector de los servicios hospitalarios, en el que el control de presupuesto y las asignación ha sido devuelta en gran parte a los órganos intermediarios regionales, que se espera desempeñen un papel más activo de la *OMCC*. Estos organismos no compiten entre sí, y la competencia entre los proveedores de servicio es muy limitada. En tres provincias, las clínicas especializadas compiten con los hospitales públicos para la financiación pública en pocas áreas de nicho, pero la mayor parte de órganos regionales lo han tomado, con respecto al control de presupuesto y la función de asignación, de los gobiernos provinciales sin el requerimiento de proveedores hospitalarios para competir por los contratos. Los presupuestos globales hospitalarios basados históricamente, están sin embargo, siendo ajustados gradualmente para reflejar un mayor énfasis en los volúmenes de servicio, medición del desempeño y responsabilidad; y la financiación a las autoridades regionales con el tiempo está siendo ajustado para reflejar las necesidades de salud de la población. El ritmo y el alcance de cada uno de estos progresos varían considerablemente entre provincias.

Además, existe cierta posibilidad de que las adquisiciones públicas de determinados servicios de clínicas privadas puedan proveer esas clínicas con una base financiera desde las cuales participar en los mercados privados para otros servicios, o incluso, en Québec, para competir con el sector público en los mercados privados mediante la oferta de determinados servicios más rápida de lo que ellos puedan acceder sobre una base financiada públicamente. Estos acontecimientos están lejos de ser claros desde 2007, pero la flecha del hospital se muestra con un poco de flexión-izquierda para permitir esa posibilidad.

La financiación para servicios médicos sigue altamente centralizada en los gobiernos provinciales y se asignan bajo acuerdos negociados con la asociación médica provincial. El desarrollo de órganos intermedios con funciones de las *OMCC* está mucho menos desarrollado que la del sector hospitalario, aunque las prácticas únicas están siendo poco a poco reemplazadas atrayendo médicos hacia los grupos de practicantes. Otras formas de remuneración distintas al cobro por servicio, involucran algunos componentes basados en incentivos tales como metas de volumen para servicios particulares, están ganando aceptación. Sin embargo, más de la mitad de los médicos practicantes continúan en el plan de facturar a un plan provincial sobre la base de cobro por servicio; y el plan de tarifas provinciales sigue siendo la piedra angular para la negociación de acuerdos alternativos. Cualquiera que sea la modalidad de remuneración, la gran mayoría de médicos funcionan como profesionales independientes. La competencia es modesta o inexistente, dada la oferta de médicos, que es limitada comparada con la mayoría de las naciones desarrolladas. Sin embargo, si los mercados privados para algunos servicios de base hospitalaria actual se desarrollaran como se ha señalado anteriormente, los médicos estarán involucrados en dichos mercados; por esta razón, también otra flecha ligeramente doblada hacia la izquierda se muestra para los servicios médicos.

Más allá de los servicios médico y hospitalarios (que en conjunto representan aproximadamente el 43 por ciento del total de gasto en salud), el patrón canadiense está variando en la mitad inferior del mapa del Chernichovsky. La atención domiciliaria y cuidados de larga duración se prestan por proveedores competitivos a través de una mezcla de financiación pública y privada que varía según las provincias, aunque excepto en la financiación de las del Atlántico es en gran parte proveniente de de los ingresos generales provinciales.[15] La mayoría de la financiación para la prescripción de medicamentos fuera de los hospitales es privada (con un seguro privado desempeñando un gran papel) y la financiación pública es típicamente restringida para la cobertura de personas con 65 años de edad o más y los beneficiarios de asistencia social. Esta es una zona de bastante cambio dinámico, sin embargo: tres provincias se han trasladado de la cobertura basada en edad a la basada en ingresos públicos para la prescripción de medicamentos entre la población, y todos, excepto las provincias del Atlántico han creado la cobertura para los costos de medicamentos que excedan dada las proporciones de los ingresos en los hogares. Por último, los

[15] Como una estimación aproximada, alrededor de tres cuartas partes de la financiación para cada uno de estos sectores provienen de fuentes públicas. La participación pública de la financiación de cuidados en el hogar ha sido estimada alrededor del 78 por ciento (Canadian Institute for Health Information 2007); y la financiación en 2006 para las "otras Instituciones [es decir, no hospitalarias]", una categoría en gran medida de población mediante cuidado a largo plazo, fue de aproximadamente el 72 por ciento con financiación pública, como se observa en el Cuadro 1.

cuidados a la salud para el cuidado dental, de visión y una variedad de otros cuidados a la salud afines ocupan un territorio dentro del cuadrante inferior izquierdo del mapa de Chernichovsky cerca del punto A, en los mercados privados complementados sólo por programas públicos proveyendo acceso a algunos servicios como prestaciones de asistencia social.

¿Cuál es la probabilidad de que el patrón de Canadá converja en algún lugar más cerca al punto P de Chernichovsky? Ciertamente, las cuestiones de contratación más explícita de servicios hospitalarios, no sólo desde hospitales con financiación pública, sino potencialmente de clínicas privadas, y de la expansión de "farma-cuidados" públicos para garantizar la cobertura universal de la prescripción de medicamentos fuera del hospital, son temas de debate público en Canadá. La primera de estas opciones aumentaría la competencia entre los proveedores de hospital y servicios relacionados para fondos públicos; la segunda, incrementaría la financiación pública para la competencia de productos farmacéuticos. Hay varios factores que operan para restringir estos progresos, y unos pocos catalizadores potenciales del cambio.

5.2 Factores de contención

Algunos de los factores de contención están por lo menos en la parte técnica; otros están firmemente arraigados en la política económica de atención de salud en Canadá.

i) Información: La principal entre las restricciones cuasi-técnicas es la falta de información, y sistemas de información, necesarios para llevar a cabo una sofisticada función de compra, incluyendo la especificación de los contratos y la supervisión de su cumplimiento. La descentralizada naturaleza (aunque no competitiva) de la provisión de cuidados a la salud significa que cientos de hospitales individuales y miles de médicos y otros proveedores en la práctica privada han mantenido sus propios sistemas de información. Aunque estos sistemas han funcionado bien para los propósitos administrativos particulares, para los cuales fueron concebidos, no permiten la planificación y la supervisión de las necesidades de la población y los flujos de pacientes sobre una base del lado del sistema a nivel regional, provincial y nacional. El trabajo se está llevando a cabo a un ritmo agonizantemente lento sobre el desarrollo de un formato común para un registro médico electrónico (RME), o más ampliamente un registro de salud electrónico (RSE).

En 2001, con una infusión de C$500 millones provenientes de fondos del gobierno federal, los gobiernos provincial y territorial lanzaron conjuntamente *Canada Infoway*, corporaciones sin fines de lucro cuyos miembros comprenden los 14 ministros diputados de salud federales, provinciales y territoriales. Durante los próximos tres años, otros C$700 millones en fondos federales fueron proporcionados, trayendo el total de la inversión de capital de Canadá Infoway a C$1,2 miles de millones. En junio de 2006, *Canada Infoway* ha invertido C$702 millones de dólares en una variedad de proyectos, incluyendo sistemas de información entre proveedores para medicamentos y para diagnóstico por imagen. El impacto de estas inversiones, sin embargo, es lento para ser sentido y el objetivo de tener el 50 por ciento de la cobertura por una RME en 2009 parece muy ambicioso. En junio de 2005, el director ejecutivo de *Canada Infoway* estimó que la proporción existente era de aproximadamente un 4 por ciento (Canadian Healthcare Manager 2005). En ese

momento, un grupo de expertos que actúan en el campo de información de salud reunidos por la revista *Canadian Healthcare Manager* concedieron una calificación ambigua en el avance de la RSE—una B+ en lo referente al desarrollo de un mapa arquitectónico común para un sistema integrado de EHRs, pero sólo una calificación de C en el intento de implementar de forma efectiva la arquitectura en los sistemas de información para medicamentos, servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen (ídem).

Los obstáculos para el progreso en el desarrollo de RSE son muchos. Como se ha señalado, muchos hospitales y laboratorios han invertido en sistemas de información que funcionan bien para sus propios fines. Sin requisitos reglamentarios obligatorios u otros incentivos, tales como existen en Estados Unidos, estos proveedores se resisten a incurrir en la transacción de costos y las inversiones iniciales de adoptar nuevos sistemas. Al igual que otros sistemas de restricción presupuestal, los gastos para la tecnología de información tienden a ser considerados como gastos en que se incurre en lugar de inversiones con rendimientos (Tuohy 1999:250-54). Por otra parte, la existencia de métodos presupuestales tradicionales plantea incentivos inadecuados y barreras para el cambio (McKillop 2002). Estos y otros factores alimentan un círculo vicioso: la demanda limitada significa que hay un mercado limitado de proveedores de sistemas de información adaptado para el contexto canadiense y, por tanto, exige a quienes adoptan las nuevas tecnologías soportar los costos de los sistemas de adaptación desarrollados en otros lugares, normalmente en los Estados Unidos (Pooley 2006).

No obstante, se está avanzando en algunas regiones. Alberta, con el más completo sistema regional, está liderando en este sentido. En 2004, las Regiones Capitales de Salud en Edmonton introdujeron en el país el primer sistema regional de RSE en la forma de un portal basado en la Web para médicos (ídem); y el sistema comenzó a implementarse en toda la provincia, extendiéndose a las farmacias, en 2006.

ii) Preocupaciones de equidad y asuntos regulatorios. El sistema de cuidados a la salud de financiación pública de Canadá, se basa en un principio de igualdad de acceso—específicamente, de acuerdo con la ley de salud de Canadá, acceso en "condiciones y términos uniformes" de tal manera que los pacientes no se enfrenten a cualquier barrera financiera para el servicio. El principal efecto de esta disposición es prohibir cualquier cargo directo a pacientes para médicos asegurados públicamente y servicios hospitalarios. El hecho de que este principio sea establecido en la legislación federal significa que cualquier provincia que permita esas cargas tendrá su transferencia federal reducida por el monto total estimado de los cargos; y varias provincias han incurrido en moderadas sanciones en los últimos años como un resultado de las cargas privadas realizadas por clínicas para servicios para las que también recibieron fondos públicos. Pero más allá su condición como una disposición legislativa, el principio de acceso de equidad se ha encajado en la actitud Canadiense hacia lo que es sin disputa el programa social más popular de Canadá, con una posición casi icónica.

A mediados de 2000, sin embargo, por razones analizadas en la sección 4.3 señalada anteriormente, la cuestión de la intersección entre la financiación pública y privada para los cuidados a la salud en Canadá es materia de debate. En este contexto, el Paradigma Emergente de Chernichovsky presenta a los encargados de formular políticas con algunos importantes intercambios y potencialmente con algunos desafíos reglamentarios complejos, en la medida en la cual los proveedores compiten para los fondos públicos también deberían competir en los mercados

de servicios de financiación privada. ¿Deberían utilizarse los fondos para subsidiar mercados privados, dando a los proveedores una base financiada públicamente desde la cual competir? ¿Se cumple este monto, efectivamente, para subvencionar accesos no equitativos?

Una de las formas en que esto podría ocurrir es a través de la "canasta" de servicios financiados pública y privadamente. Si, por ejemplo, los proveedores que reciben financiación pública para la prestación de un servicio (como un reemplazo de cadera o una operación de cataratas) también requieren que los pacientes paguen una tarifa adicional para un tipo particular de prótesis o lentes, *como condición para recibir el servicio*, violan la prohibición de cargas directas para los pacientes. Un problema similar se produce si la canasta de servicios de la clínica privada, tales como asesoramiento nutricional u otro tipo de servicios adicionales con financiación pública y cuando se ofrecen servicios de acceso sólo a la "canasta" completa. Este es el tipo de estrategia que ha sido muy controvertida en Alberta, Columbia Británica y Québec, donde los gobiernos provinciales han adoptado diversas medidas de regulación y aplicación de estrategias en los intentos de restringir tal comportamiento, ya que ellos han dado trasladado para permitir a las autoridades públicas contratar con clínicas privadas. Estos choques, y la compleja reglamentación de tratar con ellos, han hecho precavidos a los gobiernos provinciales al momento de ampliar el universo de aquellos quienes puedan competir para fondos públicos.

Otra preocupación de equidad es el potencial para la retroalimentación negativa en el sector público si los proveedores que reciban fondos públicos también puedan competir en los mercados privados. Esto puede ocurrir si los proveedores se retiran de la prestación de servicios financiados públicamente en favor de operar sobre una más lucrativa base de financiación privada. Algunos proveedores pueden "descremar" la demanda de servicios tales como la cadera y reemplazo de rodilla mediante la selección de casos relativamente menos complicados (pacientes sin importantes síntomas de co-morbilidad, por ejemplo) para ser efectuados en clínicas privadas, sin el respaldo inmediato provisto en un hospital completo. De este modo, pueden ofrecer un acceso más rápido a tasas más elevadas y / o pueden realizar más procedimientos en un determinado período de tiempo de lo que serían capaces de hacer con una casuística financiada totalmente por dinero público. Al trasladar algunos suministros, así como la demanda al ámbito de la financiación privada, entonces, la provisión de una alternativa privada trasladará simplemente el centro de servicios a un segmento de pacientes del sector público al sector privado. Esto no reducirá los tiempos de espera para los servicios financiados públicamente y plantea problemas de equidad en un sistema basado en principios de solidaridad. Sin embargo, si los proveedores que se trasladan al sector privado también generan demanda adicional por sus servicios sobre una base privada (sirviendo, por ejemplo, a pacientes que no calificarían al acceso de los servicios de financiación pública sobre la base de necesidad médica), ellos atraerían oferta, pero no correspondiente con la demanda fuera del sector público, reduciendo el suministro relativo a la demanda en el sector público y por ende aumentando los tiempos de espera. Hay algunas pruebas localizadas de que tales efectos se han producido en el Reino Unido y en otros lugares (Tuohy, Flood y Stabile 2004).

Como se ha descrito anteriormente en la sección 3.1, la mayoría de las provincias han intentado desalentar a los proveedores de practicar a la vez una base de financiación pública y una de financiación privada a través de medidas como la prohibición de seguros privados, la regulación de tarifas y en algunos casos requerir que los médicos opten por estar completamente dentro del sistema público o completamente fuera de éste, precisamente para minimizar los efectos de tal

retro-alimentación negativa. Estas medidas han servido para restringir drásticamente la aparición de un sector financiado privadamente. Pero como al menos algunas autoridades públicas buscan adquirir servicios de proveedores que también compitan en los mercados privados, tendrán que encontrar la manera de integrar la financiación pública y privada sin incurrir en efectos negativos sobre el sector público. Una cautelosa experimentación a lo largo de estas pautas se está llevando a cabo.

iii) Acomodos con proveedores y redes: El paradigma emergente de Chernichovsky roza contra una serie de características de los acomodos del estado con los proveedores y las redes que se encuentran en el corazón del sistema canadiense (sección 5). La autonomía y discreción clínica de las instituciones privadas y de practicantes, dentro de los amplios parámetros presupuestales establecidos por el estado, son el centro para aquellas acomodos. Las redes han operado a través de conexiones y normas profesionales y no a través de contratos explícitos para el intercambio. Estas son las características de los sistemas de cuidados a la salud en todos los países avanzados; pero por razones históricas el sistema canadiense se destaca internacionalmente como uno en el cual estos acomodos y redes distintivos han demostrado ser particularmente fuertes y resistentes (Tuohy 1999). De ahí la forma del paradigma emergente en Canadá, y el ritmo en el cual éste surge, será mediado por estas características del sistema.

Observamos estas influencias de varias maneras. Como se ha señalado anteriormente, la fortaleza de las redes de proveedores y el alto valor que se ha fijado sobre la autonomía han restringido y canalizado el desarrollo de sistemas de información. Además, el alcance al que la autonomía profesional ha sido ligada simbólicamente a la remuneración de cobro por servicio se ha dilatado la adopción de otras modalidades de remuneración. Un ejemplo más concreto y tangible del efecto rompedor de la liga por el modo de pago por servicio ha ocurrido en Ontario en la adopción de disposiciones financieras y organizacionales. Allí, una consecuencia imprevista de la imposición de un límite global sobre el presupuesto médico de pago por servicio a mediados de los noventa fue que "la bolsa" anualmente ajustada de tarifas para pago por servicio llegó a ser considerada por la asociación médica como un derecho en las negociaciones, limitando la capacidad del gobierno provincial para negociar una ampliación de modos alternativos de pago.[16]

iv) Consideraciones macro-políticas y fiscales: El cuidado a la salud es sin duda un punto brillante en la política canadiense. El modelo establecido a mediados del siglo XX, sobre el generoso financiamiento público de los costos de un sistema tradicional de provisión al cual estaban acostumbrados tanto los pacientes como los proveedores, demostró ser popular más allá de lo que pudieron prever sus fundadores. Por consiguiente en la mitad de siglo, la atadura a este sistema se ha convertido en un elemento clave de la identidad canadiense y el espíritu político (Tuohy 1999:102-3). Los políticos de todas las franjas de enfoque partidista plantearon cambios para la organización y estructura financiera de los sistemas con gran cautela. Esta precaución tiene al menos dos consecuencias para el surgimiento de un nuevo paradigma. En primer lugar, hace que los gobiernos abandonen involuntariamente esas palancas de control que ejercitaban. Aunque se podría argumentar que el establecimiento de organizaciones intermediarias de las *OMCC* puede

[16] Comunicación personal, Mark Geiger, marzo de 2007.

amortiguar políticos en contra del riesgo político, la experiencia entre naciones sugiere que en el cuidado a la salud el gobierno de turno no puede escapar a la responsabilidad política de lo que es hecho con financiamiento público. Si los gobiernos deben inevitablemente "apropiarse" de estos resultados en un escenario políticamente cargado, son comprensiblemente reacios a abandonar el control. La larga historia de tensión entre la centralización y descentralización en el NHS británico ofrece un caso no canadiense en concreto.

En segundo lugar, la popularidad del "modelo canadiense" en Canadá hace que los políticos sean muy reacios a ser vistos apoyando cualquier movimiento hacia la "privatización" del sistema. Es un asunto de cierta frustración para los "hacedores de políticas" que la contratación entre las autoridades públicas y clínicas privadas sea presentada en los medios de comunicación como "privatización", incluso cuando no están implicadas cargas o financiación privada.

Además de estas consideraciones políticas, hay importantes implicaciones fiscales de cambio. Aunque la aparición de un nuevo paradigma con una mayor eficacia de la función de las *OMCC* puede permitir a las autoridades públicas "gastar más inteligentemente" y puede posibilitar la reducción de la tasa de aumento de los costos sanitarios en el futuro, la experiencia en Canadá y en otros lugares sugiere que se necesitan inversiones iniciales importantes iniciar dichos cambios. Esto es más aún el caso si el alcance de la cobertura va a ser incrementada al mismo tiempo, como Québec lo halló con la introducción de cuidados universales de fármacos a finales de los noventa y principios de 2000. En un contexto en el que los costos sanitarios ya están creando un alarmante apretón fiscal (sección 4.2), los gobiernos se encuentran entre la espada y la pared en lugar de decidir si se hacen tales inversiones.

5.3 Catalizadores del cambio

Las altas presiones fiscales, sin embargo, están concentrando la atención de los gobiernos de todo Canadá. Estos gobiernos también enfrentan la inminente presión demográfica de generaciones masivas formadas por los cohortes con 60 años de edad o más. Aunque la mayoría de los analistas reconocen que el envejecimiento per se no dará lugar a presiones catastróficas sobre el sistema de cuidados a la salud, la perspectiva del envejecimiento de los "baby boomers" (los productos del "baby boom" tras la Segunda Guerra Mundial) tienen mayor relevancia política y puede ser la creación de un contexto de mayor apertura hacia el cambio en la organización y financiación de cuidados a la salud.

Los proveedores pueden llegar a ser más abiertos a nuevos modelos, en parte como resultado de los cambios generacionales y demográficos dentro de la profesión médica. Con los recientes incrementos en las afiliaciones en las escuelas de medicina y flexibilización de las restricciones sobre las licencias de más médicos graduados en el extranjero, las grandes cohortes de nuevos principiantes (más jóvenes, más mujeres, y más probable que hayan tenido experiencia con otros sistemas) están ingresando en la práctica, con diferentes expectativas sobre las condiciones de empleo. Por otra parte, mediante la introducción de cambios en la atención primaria sobre una base voluntaria, los gobiernos están permitiendo que el potencial de estas nuevas estructuras pueda

ser desarrollado y demostrado por aquellos que están más positivamente dispuestos a tener éxito—una estrategia que parece haber dado resultados en el Reino Unido y Nueva Zelandia.

La reacción del público a estos cambios sigue siendo desconocida. Las encuestas de opinión son notoriamente poco fiables en esto: reportaron actitudes hacia diversas opciones financieras y organizacionales que parecen ser muy sensibles a la redacción y la secuencia de preguntas; y las encuestas encargadas por patrocinadores con diferentes intereses tuvieron resultados abismalmente diferentes. Pero la opinión pública no ha impulsado cambios significativos en las políticas Canadienses de cuidados a la salud en el pasado, sino que ha tendido a seguir en el despertar del cambio de política (Tuohy 1999:113-15).

Al igual que en otras naciones, el sistema de cuidados a la salud canadiense se encuentra en un estado de flujo. El modelo canadiense se está formando, como en el pasado, por la interacción entre las iniciativas políticas y los acomodos y las redes que forman el núcleo del sistema. Sus rasgos distintivos son un peso pesado para las redes de proveedores como el nexo de la toma de decisiones sobre la provisión de cuidados a la salud, especialmente en los servicios médicos y los sectores hospitalarios y una desconfianza de la financiación pública en esos sectores. Como resultado, la separación entre comprador y proveedor de Canadá es probable que sea alineado más estrechamente a un modelo de "encargo" con un creciente énfasis en la supervisión del desempeño profesional-en contra de normas determinadas profesionalmente, que a un modelo de "contratación" basado en la competencia entre proveedores. Si este modelo tiene éxito para lograr satisfacer la demanda para la atención de la salud, en tanto que la satisfacción de los principios de solidaridad sobre la cual se ha basado la política de salud, afinará el surgimiento de alternativas privadas que son muy visibles en el horizonte. Ese mismo éxito, sin embargo, es probable que requiera un enfoque más amplio (de reglamentación, así como fiscal) para la integración de la financiación pública y privada que Canadá ha estado preparado a tolerar en el pasado. En este sentido, al igual que muchos casos en el pasado, la política de experimentación está ocurriendo en varias provincias. Los diferentes enfoques en el "laboratorio" que ofrece el federalismo canadiense ameritan una revisión cuidadosa en el futuro.

Anexo

Cuadro 1
Porcentaje de Participación Estatal en el Financiamiento a la Atención a la Salud, por Sector, y Porcentaje del Gasto Total y del Gasto Público en Atención a la Salud Destinado al Sector, 2006

	Porcentaje de financiamiento público en el sector	Porcentaje del gasto total destinado al sector	Porcentaje del gasto estatal destinado al sector
Hospitales	91	30	39
Otras instituciones	72	9	10
Médicos	99	13	18
Otros profesionistas	9	11	1
Medicamentos	38	17	9
Capital	82	4	5
Salud pública	100	6	8
Administración	49	4	3
Otros	79	6	7
Total	70	100	100

Fuente: Estimaciones del gasto de 2006, Canadian Institute for Health Information, disponible en www.cihi.ca.

Cuadro 2
Historia de las Estructuras Regionalizadas para la Atención a la Salud, Provincias y Territorios Canadienses

Provincia/ territorio	Número actual de autoridades regionales de salud	Bases para elegir a los miembros que conforman las juntas	Fecha de creación	Fecha y naturaleza de la reestructuración
Columbia Británica	5 autoridades regionales de salud, 16 zonas que brindan servicios de salud, 1 autoridad provincial de servicios de salud	Nombrados por el Ministro	1997	2001: 11 juntas regionales de salud, 34 juntas comunitarias de salud, y 7 sociedades comunitarias de servicios de salud fueron sustituidas por la estructura actual
Alberta	9	Nombrados por el Ministro	1994	2001: pasaron de ser juntas en las cuales la totalidad de los miembros eran nombrados a juntas bajo un sistema en el cual 2/3 de los miembros son electos y 1/3 nombrados. 2003: el número de regiones se redujo de 17 a 9; volvieron a ser juntas en las cuales la totalidad de los miembros son nombrados
Saskatchewan	12 autoridades regionales de salud, 1 autoridad de salud del norte	Nombrados por el Ministro a través de un proceso de nominación	1992	2001/02: 32 juntas distritales fueron sustituidas por 12 RHA; pasaron de ser juntas cuyos miembros eran electos a juntas en las cuales la totalidad de los miembros son nombrados
Manitoba	11	Nombrados por el Ministro		2002: 12 RHA se convirtieron en 11 al unir 2

Cuadro 2 (continuación)

Provincia/ territorio	Número actual de autoridades regionales de salud	Bases para elegir a los miembros que conforman las juntas	Fecha de creación	Fecha y naturaleza de la reestructuración
Ontario	Asignación presupuestal regionalizada, más no la administración (14 Redes Locales de Integración de la Salud)	Nombrados por el Ministro	2006	
Québec	18 régies régionales de la santé et services sociaux (RRSSS)	Nombrados por el gobierno provincial de listas de personas nominadas presentadas por diferentes clases de organizaciones de partes interesadas	1989-1992	2001: el sistema de elección fue sustituido por un sistema de nombramientos por el gobierno 2003: Las autoridades regionales se convirtieron en cuerpos de planeación y asignación; la administración fue delegada a 95 nuevos centros de servicios de salud y servicios sociales que tienen sus propias juntas de gobierno
Nova Scotia	9 autoridades distritales de salud	Nombrados por el Ministro: 2/3 de listas presentadas por las juntas comunitarias de salud; 1/3 a través de un proceso de nominación	1996	2001: 4 juntas regionales de salud fueron sustituidas por la actual estructura de 9 juntas distritales
New Brunswick	8 autoridades regionales de salud (6 regiones tienen 1 autoridad cada una; 1 región tiene 2 autoridades)	A mayo de 2004, una combinación de elecciones y nombramientos (8 miembros de cada junta son electos, 7 nombrados)	1993, 1994	2004: cambio de juntas en las cuales la totalidad de los miembros eran nombrados a una mezcla de miembros electos y nombrados

Cuadro 2 (continuación)

Provincia/ territorio	Número actual de autoridades regionales de salud	Bases para elegir a los miembros que conforman las juntas	Fecha de creación	Fecha y naturaleza de la reestructuración
Prince Edward Island	4 autoridades regionales de salud; 1 autoridad provincial de servicios de salud	En cada una de las juntas hay una mayoría de miembros electos por zona electoral, y el resto son nombrados por el gobierno provincial	1993, 1994	1999: cambio de juntas en las cuales la totalidad de los miembros eran nombrados a juntas con miembros electos y miembros nombrados 2002-03: unión de 2 RHA; creación de Autoridad Provincial de Servicios de Salud para servicios especializados
Newfoundland y Labrador	6 juntas institucionales de salud; 4 juntas de servicios de salud y servicios comunitarios; 2 juntas integradas	Nombrados por el Ministro	1994	
Nunavut	No regionalizado			
Territorios del noroeste	8 autoridades de servicios de salud y servicios sociales (5 regionales, 2 comunitarias, 1 territorial)	Nombrados por el Ministro de una lista de personas nominadas por la comunidad	1988-1997	2003: 1 de las 7 juntas de aquel entonces se dividió en 2
Yukon	No regionalizado			

Fuente: Canadian Centre for Regionalization and Health, www.regionalization.org; Canadian Institute for Health Information 2003: 12.

Cuadro 3
Autoridades Regionales de Salud de Alberta –
Funciones de Planeación y Presentación de Informes

Evaluación de las necesidades regionales en materia de salud

- evaluar, de manera constante, las necesidades de la región en materia de salud
- determinar prioridades en la provisión de servicios de salud en la región y asignar los recursos adecuadamente
- garantizar que se pueda acceder de forma razonable a servicios de salud de calidad en toda la región
- promover los servicios de salud de manera que responda a las necesidades de las personas y comunidades y favorezca la integración de servicios e instalaciones en la región. Las autoridades de salud deben cumplir metas provinciales en materia de salud pública.

Informe de desempeño

- elaborar y presentar ante el Ministro de Salud y Bienestar una propuesta para un programa de salud para la región; el programa de salud debe indicar la forma en que las autoridades regionales de salud se proponen cumplir sus responsabilidades y medir su desempeño en lo que respecta al cumplimiento de dichas responsabilidades.
- estipular la creación de una o más juntas comunitarias de salud en cada región
- proporcionar un informe anual – que incluya estados financieros auditados – al Ministro de Salud y Bienestar, conforme a los reglamentos

Rendición de cuentas

Las autoridades de salud están obligadas por ley a desarrollar programas de salud, programas de negocios, programas de capital e informes anuales. Estos programas e informes se encuentran a disposición del público con objeto de garantizar que las autoridades de salud rindan cuentas a los ciudadanos de Alberta.

El objetivo del Programa de Salud es:

- Ofrecer a las autoridades de salud un mecanismo para definir el rumbo a seguir a largo plazo para lograr un gobierno efectivo de su región en cuanto a salud
- Comunicar al ministro la forma en que la autoridad de salud ha diseñado programas que se alinean con el programa de negocios del ministerio
- Indicar los alcances planeados para satisfacer las expectativas tanto de la autoridad regional de salud como del gobierno, y
- Promover la rendición de cuentas a través del cumplimiento de los requerimientos legales

El objetivo del Programa de Negocios es:

- Comunicar la forma en que la autoridad de salud espera alcanzar los resultados esperados del Programa de Salud de 3 años para el año siguiente, incluyendo medidas y metas.
- Describir los procedimientos e implementaciones tácticas y operativas que se tienen planeadas, y

Cuadro 3 (continuación)

- Indicar la forma en que habrán de utilizarse los recursos financieros disponibles y otros recursos

El objetivo del Programa de Capital es:

- Mejorar la planificación y la administración de la infraestructura de los servicios de salud
- Comunicar la futura inversión de capital que se requiere para conservar o modificar de manera eficaz la base de activos para poder apoyar las estrategias para brindar los servicios
- Proporcionar el contexto para evaluar las prioridades de los proyectos provinciales de inversión de capital como base para la aprobación anual de los proyectos
- Proporcionar una estimación preliminar de las implicaciones que tienen los costos operativos de la inversión de capital propuesta.

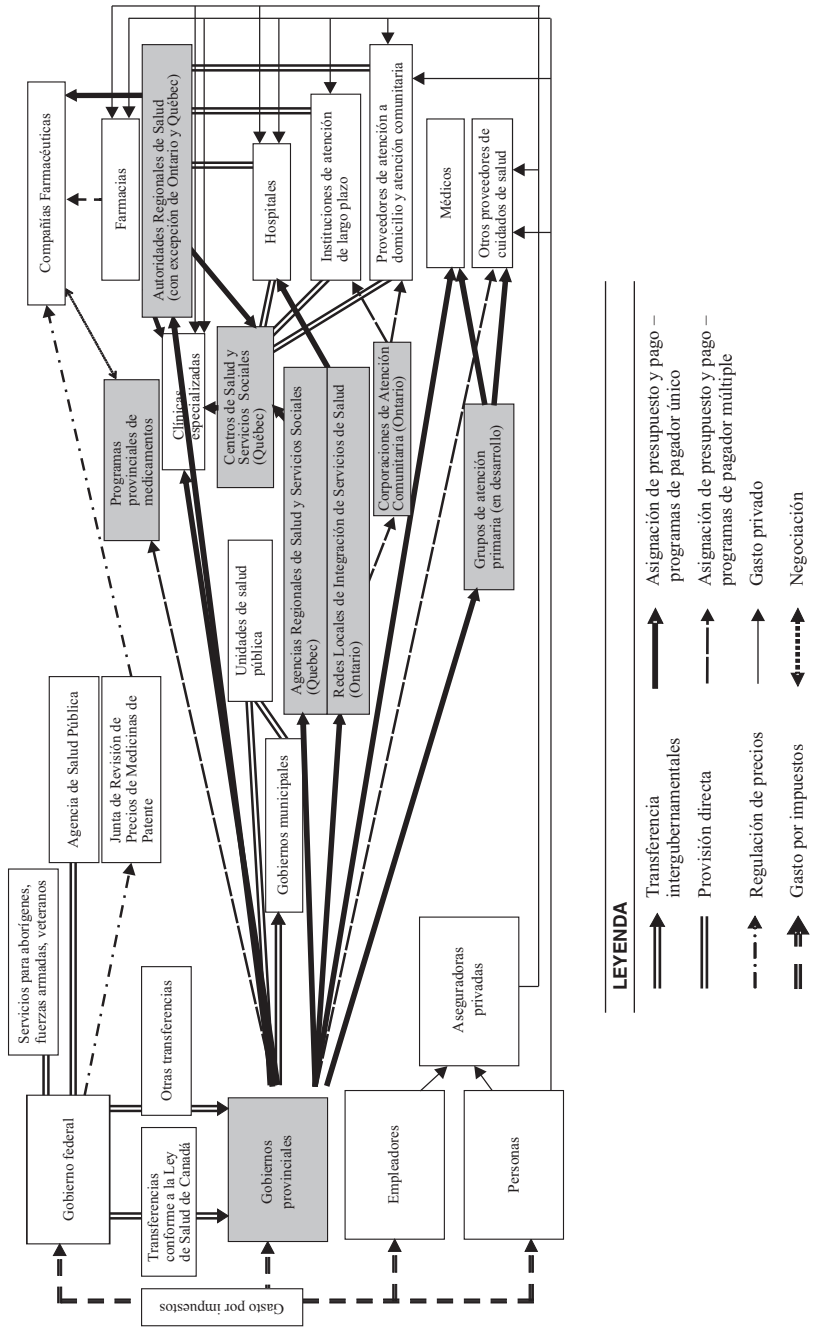
El objetivo del Informe Anual es:

- Ser un documento público clave de rendición de cuentas para informar sobre la forma en que la autoridad de salud ha cumplido sus responsabilidades por ley y cualquiera otra responsabilidad delegada por el Ministro.
- Proporcionar el medio para destacar los logros, el avance y los resultados alcanzados por la autoridad de salud en el año, incluyendo una explicación de cualquier variación importante entre los resultados reales y las expectativas planeadas en el Programa de Salud de 3 años, y
- Ser un vehículo de comunicación con los residentes de la región y la gente de Alberta.

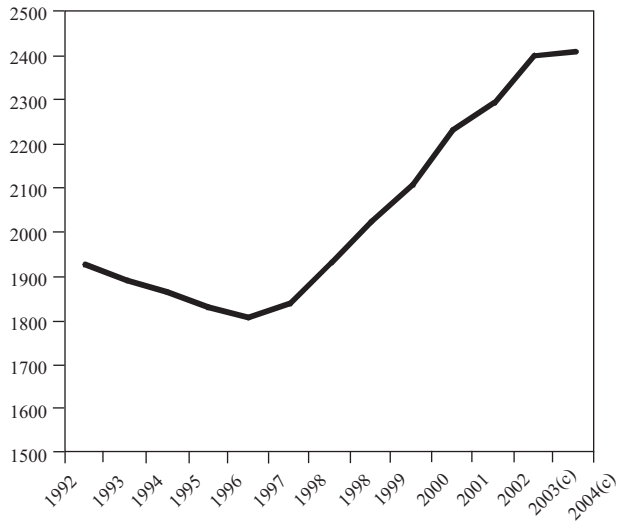
Los programas de salud y de negocios indican las responsabilidades que tiene la autoridad de salud, los resultados a alcanzar y la forma en que habrán de medirse los avances. Los avances se presentan en informes trimestrales y en el informe anual.

Fuente: Alberta Health and Wellness.

Gráfica 1
Atención a la Salud en Canadá: Organización y Financiamiento

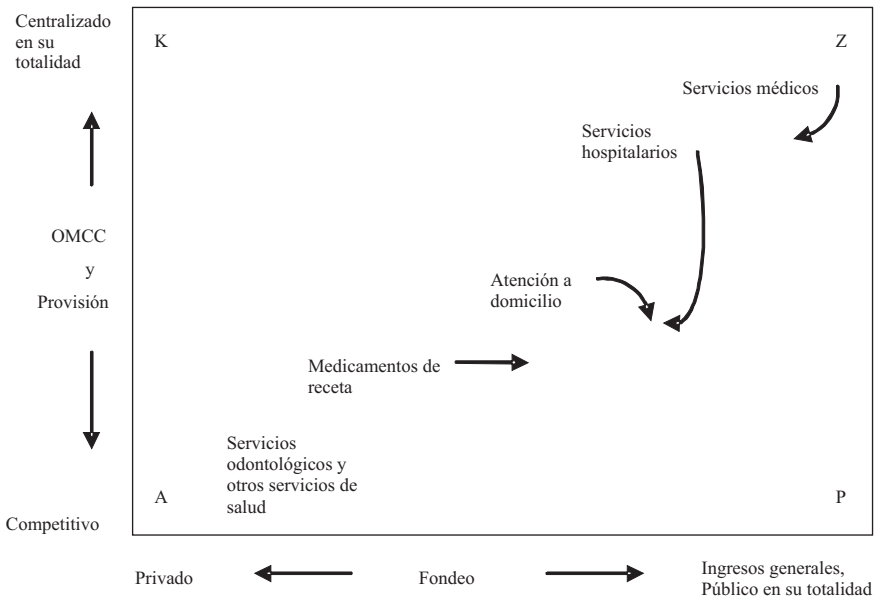


Gráfica 2
Gasto Público Per Cápita en Atención a la Salud, Canadá
1992-2004, (en $ constantes de 1997)



Fuente: Cálculo utilizando datos del Canadian Institute for Health Information, Gasto Nacional en Salud 1975-2004, ajustado por IPC.

Gráfica 3
Posición que Ocupa Canadá en el Mapa de Chernichovsky



Referencias

Alberta Bone y Joint Institute. *Alberta Hip and Knee Replacement Project: Interim Results.* Calgary: Alberta Bone and Joint Institute, 2005. Disponible en: www.albertaboneandjoint.com.

Banting, Keith y Robin Boadway. "Defining the Sharing Community: the Federal Role in Health Care." En *Money, Politics and Health Care: Reconstructing the Federal-Provincial Partnership,* editado por Harvey Lazar y France St-Hilaire. Montreal: Institute for Research on Public Policy, 2004.

Barry, Patricia. "Why Drugs Cost Less Up North." *AARP Bulletin,* 12 de Agosto, 2003. Disponible en: www.aarp.org/bulletin/prescription/a2003-08-12-whydrugs.html.

Blendon, Robert J., Cathy Schoen, Catherine M. DesRoches, Robin Osborn, y Kimberly L. Scoles. "Trends: Inequities in Health Care: a Five-Country Survey." *Health Affairs* 21, no. 3 (2002): 182-191.

Boadway, Robin. "Financing Confederation Revisited: The Economic State of the Federation." En *The State of Economics in Canada: Festschrift in Honour of David Slater*, editado por Patrick Grady y Andrew Sharpe. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2001.

Brownell, Marni D., Noralou P. Roos y Charles A. Burchill. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1990/91 through 1996/97* Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba, 1999.

Canadian Healthcare Manager. "The Electronic Health Record: Are we making the grade?" Canadian Healthcare Manager Junio, 2005. Disponible en línea en: www.chmonline.ca/June 2005.

Canadian Institute for Health Information. *Public Sector Expenditures and Utilization of Home Care Services in Canada.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2007. Disponible en http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/trends_home_care_mar_2007_e.pdf.

Casey, Bernard, Howard Oxley, Edward Whitehouse, Pablo Antolin, Romain Duval y Willi Leibfritz. *Policies for an Aging Society: Recent Measures and Areas for Further Reform.* Departamento de Economía, Documento de trabajo #369, Tabla 1. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2003.

Chernichovsky, Dov. "Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm". *The Milbank Quarterly* Vol. 73 No. 3 (1995): 339-372.

College of Physicians and Surgeons of Ontario. *2006 Physician Resources in Canada: Small Triumphs, Big Challenges.* Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2007. Disponible en: www.cpso.on.ca/Publications/2006_Physician_Survey_Report.pdf.

Conference Board of Canada. *Performance and Potential 2001-2002.* Ottawa: Conference Board of Canada, 2001.

Evans, Robert, Clyde Hertzman and Steve Morgan. "Improving Health Outcomes in Canada. Documento preparado para *Canadian Priorities Agenda Project*. Montreal: Institute for Research on Public Policy, 2007.

Government of Ontario. Provincial submission to the *Canada Health Act* Annual Report 2004-2005. Canadá, 2006. Disponible en: *http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/pt-plans/on_e.html.*

Grootendorst, Paul, Dolovich L., O'Brien B., Holbrook A., y Levy A. "Impact of reference-based pricing of nitrates on the use and costs of anti-anginal drugs." *Canadian Medical Association Journal* 165, no. 8 (2001):1011.

Health Council of Canada. *Health Care Renewal in Canada: Measuring Up?* Canadá, 2007. Disponible en: www.healthcouncilcanada.ca.

Marchildon, Gregory P. *Health Systems in Transition – Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 2006.

McKillop, Ian, G.H. Pink y L. Johnson. *The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Reporting Practices.* Ottawa: *Canadian Institute for Health Information*, 2001.

McKillop, Ian. "Financial Rules as a Catalyst for Change in the Canadian Health System." In *Changing Health Care in Canada,* edited by P.G. Forest, G.R. Marchildon and T.McIntosh. Toronto: *University of Toronto Press*, 2002.

Mc Killop, I., G. H. Pink, y L. M. Johnson. *The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Financial Reporting Practices*. Ottawa: Canadian Institute for Health information, 2001.

Morgan, Steve. "Grails, Veils, Shale and a Sail: Thoughts on social insurance for Canadian pharmacare." Documento presentado en la conferencia *Social Insurance for Health Care: Economic, Legal and Political Considerations*. Universidad de Toronto, Escuela de Políticas Públicas y Gobierno. 9-10 de noviembre, 2006.

Morgan, Steven, Ken Bassett, y Barbara Mintzes. "Outcomes-Based Drug Coverage in British Columbia." *Health Affairs* 23, no. 3 (2004): 269-276.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *OECD Health at a Glance – How Canada Compares.* Paris: OECD, 2001. Disponible en: http://www.oecd.org/dataoecd/5/25/2465559.pdf.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers?* Economic Department Working Paper #477. Paris: OECD, 2006.

Pooley, Erin. "Health's digital divide: electronic health records." *Canadian Business* 13-26 de Febrero, 2006. Disponible en: www.canadianbusiness.com/shared/print.jsp?content=20060213_74576_74576.

Premier's Advisory Council on Health. *A Framework for Reform.* Edmonton, Alberta: Premier's Advisory Council on Health, 2002. Disponible en: www.premiersadvisory.com.

Schneeweiss, Sebastian, Alexander M. W Alker, Robert J. Glynn, Malcolm Maclure, Colin Dormuth, y Stephen B. Soumerai. "Outcomes of Reference Pricing for Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors." *New England Journal of Medicine* 346, no. 11 (2002): 822.

Schoen, Cathy, Robin Osborne, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Karen Davis, Kinga Zapert y Jordan Peugh. "Primary Care and Health System Performance: Adult's Experiences in Five Countries." *Health Affairs Web Exclusive,* Julio-Diciembre 2004. Disponible en: http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.487v1.

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. *The Health of Canadians – the Federal Role.* Ottawa: Parlamento de Canadá, 2002.

Tuohy, Carolyn Hughes. *Accidental Logics: the Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canad.a* New York: Oxford University Press, 1999.

Tuohy, C.J. "Medical Politics after Medicare". *Canadian Public Policy* Vol. 2 No. 2 (1976):192-210.

Tuohy, Carolyn Hughes. "The Costs of Constraint and the Prospects for Health Care Reform in Canada." *Health Affairs* 21, no. 3 (2002):32-46.

Tuohy, Carolyn J. *Policy and Politics in Canada: Institutionalized Ambivalence.* Philadelphia: Temple University Press, 1992.

Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood y Mark Stabile. "How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence From OECD Nations." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29, no. 3 (2004): 359-396.