

# PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN UN SISTEMA FEDERAL: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ENFOQUE CANADIENSE<sup>1</sup>

*Por François Vaillancourt  
Profesor, Departamento de Economía, Universidad de Montreal*

## INTRODUCCIÓN

Esta ponencia expone los aspectos más importantes de los acuerdos institucionales y financieros para la prestación de servicios sanitarios en Canadá. Es un tema de interés para los académicos que examinan la asistencia sanitaria en los sistemas federales. La ponencia se divide en tres partes. La primera resume el marco constitucional/jurídico y los acuerdos financieros intergubernamentales. En la segunda parte se analizan los resultados y la tercera presenta los retos pendientes.

## 1 EL MARCO CONSTITUCIONAL/JURÍDICO Y LOS ACUERDOS FINANCIEROS

Esta parte de la ponencia comprende el marco constitucional/jurídico y los acuerdos financieros.

### 1.1 EL MARCO CONSTITUCIONAL/JURÍDICO

La constitución canadiense, la Ley para la Norteamérica Británica (British North America Act o BNA), apenas alude a la salud; la única mención es que *el establecimiento y mantenimiento de hospitales de la marina*<sup>2</sup> (artículo 91.11) es un

---

<sup>1</sup> Ponencia redactada para el seminario internacional La descentralización de la sanidad en las federaciones: Tendencias recientes y lecciones de España, celebrado en Zaragoza en junio de

<sup>2</sup> Ninguno sigue en funcionamiento en Canadá en 2010; se iban a utilizar como instalaciones de cuarentena para evitar...

ámbito de responsabilidad federal. Resulta de una interpretación de la cláusula donde se establece que *todas las cuestiones de naturaleza meramente local o privada* son provinciales (92.16), que la salud se puede entender como una responsabilidad provincial. Entre 1867 y 1957, la prestación de servicios sanitarios era llevada a cabo básicamente por entidades privadas con y sin ánimo de lucro. Los hospitales eran sobre todo entidades sin ánimo de lucro gestionadas por organismos cívicos o por órdenes religiosas, con la adición en algunos casos de dimensiones etnolingüísticas. Por ejemplo en Montreal, en o cerca de la Côte des Neiges Road, podemos encontrar en un total de tres kilómetros el Hospital St-Justine (francófono-católico), el General Judío, el St Mary's (anglófono-católico) y el General de Montreal<sup>3</sup>.

Históricamente, la financiación federal del sistema de salud canadiense data de finales de la década de 1940, con la creación de las subvenciones sanitarias nacionales (*National Health Grants*), destinadas principalmente a infraestructuras sanitarias<sup>4</sup>. En 1957 se introdujo un programa importante, dentro del cual el gobierno federal financiaba la creación de planes de seguros de hospitales provinciales con la adopción de la Ley de seguros hospitalarios y servicios de diagnóstico (*Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*)<sup>5</sup>. En virtud de esta ley, los costes admisibles se dividían al 50% entre los dos niveles de gobierno, utilizando proporciones provinciales en el cálculo. Esto suponía que una provincia podía gastar más que las otras y aún así recibir una subvención del 50%. Diez años más tarde, en 1966, el gobierno federal introdujo la Ley de atención médica (*Medical Care Act*) o Medicare. Ésta cubría los gastos médicos dentro y fuera del hospital<sup>6</sup>. Según esta nueva ley, "la contribución federal se fijaba en el 50% de los

---

<sup>3</sup> Y en Kingston, Ontario, el Kingston General Hospital y el Hotel Dieu (católico) a menos de 1 kilómetro de distancia uno de otro.

<sup>4</sup> Health Canada, *Canada Health Act-Federal Transfers and Deductions*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/transfer/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/transfer/index_e.html).

<sup>5</sup> *Idem.*

<sup>6</sup> *Idem.*

costes medios nacionales per capita de los servicios asegurados, multiplicado por el número de personas aseguradas en cada provincia y territorio”<sup>7</sup>.

¿Por qué se produjeron estos cambios? Por un lado estaban las exigencias de la población, inspiradas en parte por observaciones de prácticas en el país de origen (NHS en el Reino Unido) y en un país vecino (Medicare en Estados Unidos), y por otro lado operaba un agente de cambio interno. La provincia de Saskatchewan, gobernada por el Nuevo Partido Democrático, fue la primera en introducir el seguro de hospitales y luego Medicare. Otro factor era el incremento en los costes sanitarios dado que las nuevas medicaciones permitían curar diversas enfermedades. La profesión médica en general se resistió a la introducción de Medicare, con huelgas en dos provincias, Saskatchewan y Québec. A principios de los ochenta, los recortes en la financiación federal combinados con la elevada inflación provocaron que las provincias redujeran los pagos a médicos en términos reales. Esta situación les llevó a introducir/aumentar las tarifas que pagaba el usuario (permitidas entonces en cualquier lugar excepto en Québec) y a que el gobierno federal las desanimara al vincular el importe de las tarifas de usuario recaudado en una provincia a una reducción equivalente en las transferencias federales. No las podía prohibir como tales, ya que se trataba de una jurisdicción provincial.

Los gobiernos provinciales y territoriales son responsables de la administración y la prestación de servicios sanitarios con la ayuda financiera del gobierno federal. Este último implantó además la Ley de Sanidad en Canadá (*Canada Health Act*), que marca las pautas nacionales en el ámbito de la sanidad. Para percibir fondos federales, las provincias y los territorios deben cumplir cinco criterios: exhaustividad, universalidad, portabilidad, accesibilidad y administración pública<sup>8</sup>. El primer criterio “requiere que el plan de seguro de asistencia sanitaria de una provincia o un territorio cubra todos los servicios sanitarios asegurados que

---

<sup>7</sup> *Idem.*

<sup>8</sup> *Idem.*

presten los hospitales, médicos o dentistas” y lo haga en cumplimiento de sus propias leyes; otros profesionales sanitarios pueden ofrecer servicios adicionales<sup>9</sup>. El segundo criterio requiere que el seguro sanitario esté disponible para todos (con algunos requisitos mínimos de residencia). El criterio de portabilidad permite a un ciudadano canadiense que no se encuentre en Canadá en un período predeterminado o se traslade a otra provincia o territorio seguir estando cubierto por su provincia/territorio “natal”. En el segundo caso, el tiempo de espera para acceder a un nuevo plan sanitario no debe ser superior a tres meses<sup>10</sup>. La accesibilidad está ligada en cierto modo a la universalidad, dado que todos los individuos deben tener un acceso igual al seguro de salud. No obstante, la primera especifica que la exclusión por motivos financieros, discriminatorios, etc. es ilegal. Finalmente, el último criterio requiere una administración pública del plan de seguro sanitario provincial o territorial sin fines lucrativos<sup>11</sup>. No existen normas federales/nacionales sobre qué servicios se deben ofrecer, qué plazos de espera deben implantarse, qué salarios o condiciones de trabajo deberían aplicarse, etc. Sin embargo, los profesionales sanitarios pueden trasladarse con bastante facilidad de una provincia a otra<sup>12</sup>; así pues, las provincias intentan atraer profesionales muy demandados, como por ejemplo enfermeras, gracias a los sueldos más altos. Lo mismo puede decirse de los estados americanos, que pueden contratar a profesionales sanitarios provenientes de Canadá<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Health Canada, *Canada Health Act, Annual Report 2005-2006*, pág.12.

<sup>10</sup> *Idem.*

<sup>11</sup> *Idem.*

<sup>12</sup> Para una discusión sobre la movilidad laboral en Canadá, consultar François Vaillancourt “Canada’s Internal Market. Legal, Economic and Political Aspects” en *The EU Internal Market in Comparative Perspective; Economic, Political and Legal Analyses* (Eds. Jacques Pelkmans, Dominik Hanf & Michele Chang) Bruselas: P.I.E. Peter Lang, 2008, págs. 281-314.

<sup>13</sup> Mientras que Canadá puede contratar trabajadores sanitarios en países como Sudáfrica o Filipinas (enfermeras).

Los proveedores privados también ofrecen servicios sanitarios que se regulan a nivel provincial, tales como servicios odontológicos, fisioterapia, etc. Con todo, “quienes no tienen opción a prestaciones suplementarias dentro de los planes gubernamentales pagan por estos servicios con dinero de su bolsillo o a través de planes de seguro de salud privados”<sup>14</sup>. Más allá de su participación financiera (mediante la *Canada Health Transfer* y el proceso de nivelación, disponible para el resto de servicios con financiación pública) y legislativa en el sistema de salud, el gobierno federal proporciona servicios directamente a determinados colectivos, tales como “pueblos de las Primeras Naciones que viven en reservas, esquimales, miembros en activo de las Fuerzas Canadienses y veteranos elegibles de la Real Policía Montada del Canadá”<sup>15</sup>.

Podemos concluir, pues, que el sistema de salud canadiense tiene básicamente financiación pública y “proporciona acceso a una cobertura universal y exhaustiva de servicios médicos y hospitalarios médicamente necesarios”<sup>16</sup>.

## 1.2 LOS ACUERDOS FINANCIEROS

Pasando a temas financieros, en 1977 la *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act* (EPF) cambió el método de financiación para la sanidad y la enseñanza postsecundaria del modelo de reparto de costes descrito más arriba a la financiación en bloque, para lo que se tomó el período 1975-1976 como base para las contribuciones que debían ajustarse con la tasa de crecimiento del Producto Interior Bruto nominal y los aumentos en el tamaño de la población<sup>17</sup>. El gobierno federal ofrecía entonces cantidades iguales<sup>18</sup> per capita a las provincias y los territorios y las transferencias constaban de dos partes: transferencias en efectivo directas y transferencias por puntos impositivos. En

<sup>14</sup> Véase Health Canada, *Canada's Health Care System*, pág. 4.

<sup>15</sup> *Idem.*, pág.1.

<sup>16</sup> Health Canada, *Canada's Health Care System*, 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf), pág.1.

<sup>17</sup> *Idem.*

<sup>18</sup> Estrictamente hablando, de 1982 en adelante.

1995, la financiación de la EPF se combinó con los fondos de previsión (*Canada Assistance Plan*) para convertirse en la *Canada Health and Social Transfer* (CHST).

En 2004, la CHST se dividió en dos partes: la *Canada Health Transfer* (CHT) y la *Canada Social Transfer* (CST). La CHT proporciona financiación sanitaria federal según los cinco criterios arriba mencionados, y la CST aporta fondos federales destinados a enseñanza postsecundaria, bienestar social y servicios a la infancia.

La financiación procede de los ingresos generales de los gobiernos (nivel federal, provincial y territorial), a saber, de todos los tipos de impuestos. Sólo una provincia, Columbia Británica, recauda primas sanitarias en 2010 (Alberta y Ontario ya no lo hacen), pero no pagarlas no limita el acceso a servicios necesarios<sup>19</sup>. Aunque el sector privado puede ofrecer un seguro sanitario suplementario, no puede ofrecer un seguro sanitario para servicios públicamente prestados. Como resultado, la prestación privada de estos servicios casi no existe<sup>20</sup>. También hay “turismo de salud”, es decir, los canadienses se desplazan al extranjero, sobre todo Estados Unidos, para consumir servicios sanitarios.

¿Qué importancia tiene el gasto sanitario en Canadá? La tabla 1 incluye un primer grupo de datos y muestra, entre otras cosas:

1. Un incremento de quince veces el gasto nominal total en sanidad a lo largo de 35 años, mientras que la población apenas se duplicó;
2. Un incremento del 50% aproximadamente en el porcentaje del PIB asignado al gasto sanitario total; decimos aproximadamente porque el porcentaje de 2009 resulta en parte del descenso en el PIB asociado con el desplome económico de 2008-2010 y exacerba la tendencia a largo plazo en nuestra opinión;

---

<sup>19</sup> *Idem.*, pág. 5.

<sup>20</sup> Decimos “casi” porque hay un pequeño número de clínicas que realizan cirugías de reemplazo de cadera, p.ej. una en Montreal.

3. Un incremento del 25% aproximadamente en el porcentaje del gasto sanitario privado (en aspectos como medicación, dentistas, ...) sobre el gasto sanitario total;
4. Una función constante y dominante de las provincias en la prestación pública de servicios sanitarios

No obstante, Canadá es un país federal. ¿Cómo difieren las provincias entre sí? Lo examinamos en la tabla 2 y la figura 1.

**Tabla 1 Cuatro indicadores de la importancia del gasto sanitario, Canadá, 1975-2009, ocho años seleccionados**

Año	Gasto sanitario total 000.000\$ (Can) actual	Gasto sanitario total como % PIB	Gasto privado como % del gasto sanitario total	Gasto sanitario provincial como % del gasto sanitario público
1975	12,199	7,0%	23,8%	93,6%
1980	22,298	7,1%	24,5%	93,8%
1985	39,841	8,2%	24,5%	93,7%
1990	61,022	9,0%	25,5%	93,5%
1995	74,089	9,1%	28,8%	92,8%
2000	98,427	9,1%	29,6%	91,9%
2005	141,061	10,3%	29,7%	91,7%
2009	183,120	11,9%	29,8%	92,3%

Fuente: Gasto Sanitario Total, Canadá, 1975 a 2009 —Tabla resumen A-1 Canadian Institute of Health Statistics

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_2490\\_E&cw\\_topic=2490&cw\\_rel=AR\\_31\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_2490_E&cw_topic=2490&cw_rel=AR_31_E)

La tabla 2 y la figura 1 presentan la siguiente información:

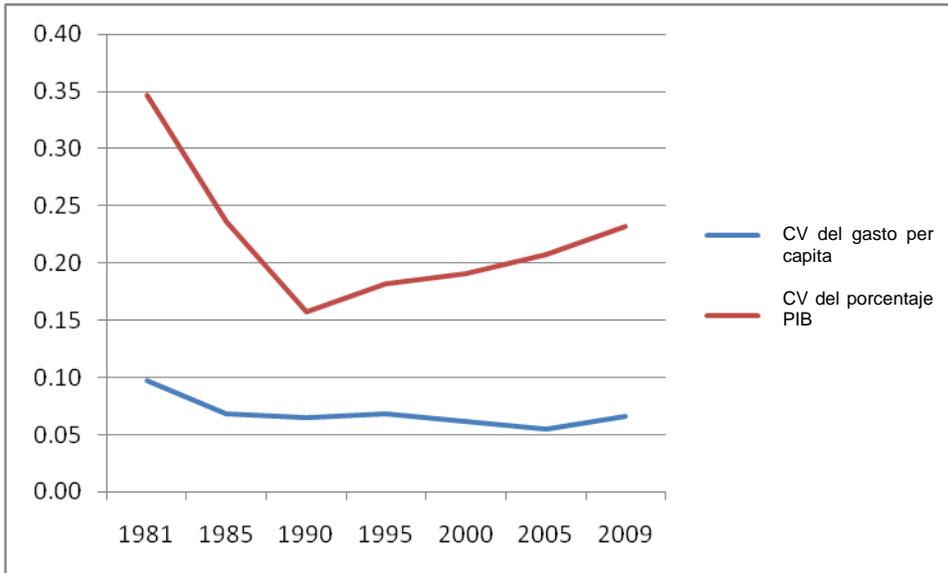
- Diferencias en el porcentaje del PIB gastado en sanidad entre provincias. Cabe destacar la importante variación en la proporción de Alberta: esto se explica en parte por la importante contribución de los derivados del petróleo al PIB de esa provincia y la variabilidad de sus precios;
- Diferencias en el gasto per capita, que son más pequeñas que las diferencias en el % del PIB en términos del coeficiente de variación relevante;
- Una tendencia a la baja en la divergencia entre provincias, como muestra la figura 2 con la evolución del coeficiente de variación de ambos indicadores.

**Tabla 2 Dos indicadores de la importancia del gasto sanitario, 10 provincias, Canadá, 1975/1981-2009, 7/ 8 años seleccionados**

	<b>N.L. T.-N.-L.</b>	<b>P.E.I. Î.-P.-É.</b>	<b>N.S. N.-É.</b>	<b>N.B.N.-B.</b>	<b>Que.Qc</b>	<b>Ont.</b>	<b>Man.</b>	<b>Sask.</b>	<b>Alta.Alb.</b>	<b>B.C.C.-B.</b>	<b>Canadá</b>	
<b>% gasto sanitario total como porcentaje del PIB</b>												
1981	12,1	12,8	9,9	10,7	8,6	6,8	8,5	6,4	4,9	7,6	7,3%	
1985	11,8	12,5	9,9	10,9	9,3	7,6	9,3	8,5	6,1	8,7	8,2%	
1990	11,9	11,8	11,0	11,4	9,3	8,4	10,3	10,6	7,8	9,3	9,0%	
1995	11,9	12,3	10,7	11,1	9,8	8,9	10,8	9,2	6,6	9,6	9,1%	
2000	12,1	11,9	11,5	11,0	9,6	8,8	11,9	9,3	6,6	10,2	9,1%	
2005	10,2	13,9	12,9	13,3	11,0	10,6	13,5	10,0	6,9	10,8	10,3%	
2009	10,3	16,7	16,1	15,0	12,7	12,7	14,0	9,9	8,2	12,3	11,9%	
<b>Gasto sanitario per capita actual en \$</b>												
	<b>N.L. T.-N.-L.</b>	<b>P.E.I. P.-É.</b>	<b>Î.- N.-É.</b>	<b>N.S. N.-É.</b>	<b>N.B.N.-B.</b>	<b>Que.Qc</b>	<b>Ont.</b>	<b>Man.</b>	<b>Sask.</b>	<b>Alta. Alb.</b>	<b>B.C.C.-B.</b>	<b>Canadá</b>
1975	475	503	463	410	534	532	533	481	549	553	527	
1980	922	989	771	797	905	873	939	843	982	1.050	910	
1985	1.356	1.419	1.393	1.418	1.505	1.553	1.595	1.491	1.694	1.559	1.542	
1990	1.897	1.963	2.052	2.072	2.043	2.311	2.247	2.236	2.257	2.240	2.203	
1995	2.237	2.436	2.221	2.423	2.406	2.675	2.582	2.408	2.228	2.677	2.528	
2000	3.191	2.944	3.024	2.956	2.937	3.336	3.526	3.131	3.200	3.313	3.207	
2005	4.348	4.183	4.309	4.393	3.929	4.509	4.776	4.469	4.652	4.293	4.366	
2009	5.969	5.768	5.841	5.506	4.891	5.530	5.812	5.813	6.072	5.254	5.452	

Fuente: Gasto Sanitario Total, Canadá, 1975 a 2009—Tabla resumen B-1.2 Canadian Institute of Health Statistics  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_2490\\_E&cw\\_topic=2490&cw\\_rel=AR\\_31\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_2490_E&cw_topic=2490&cw_rel=AR_31_E)

**Figura 1 Dos indicadores de la variabilidad del gasto sanitario en 10 provincias, Canadá, 1981-2009**

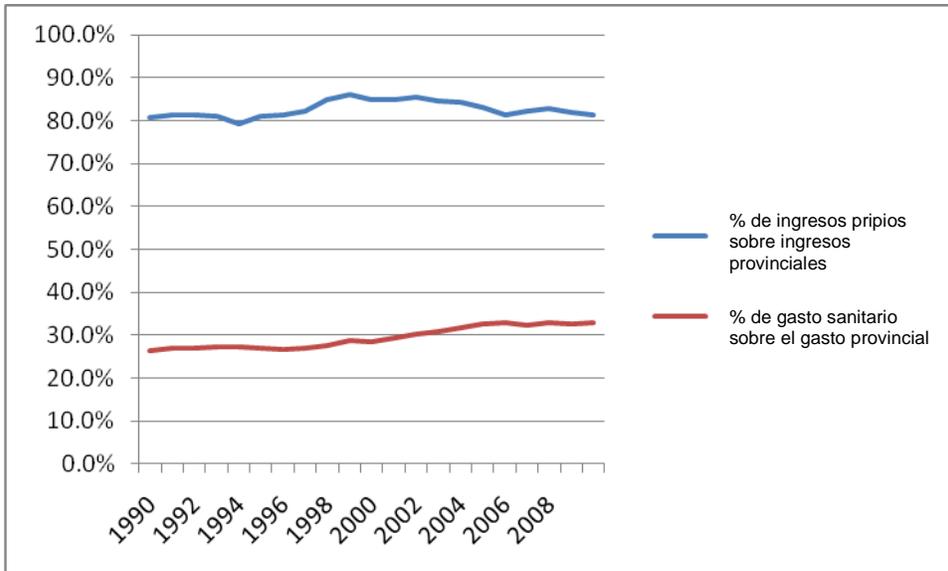


Nota: CV= coeficiente de variación (error típico/media)

Fuente: Gasto Sanitario Total, Canadá, 1975 a 2009—Tabla resumen B-1.2 Canadian Institute of Health Statistics

¿Qué impacto tiene el gasto sanitario en los gastos provinciales y cómo se financian las provincias? La figure 2 incluye una respuesta para Canadá en su conjunto.

**Figura 2 Dos indicadores financieros de la importancia del gasto sanitario, Canadá, todas las provincias, 1990-2008**



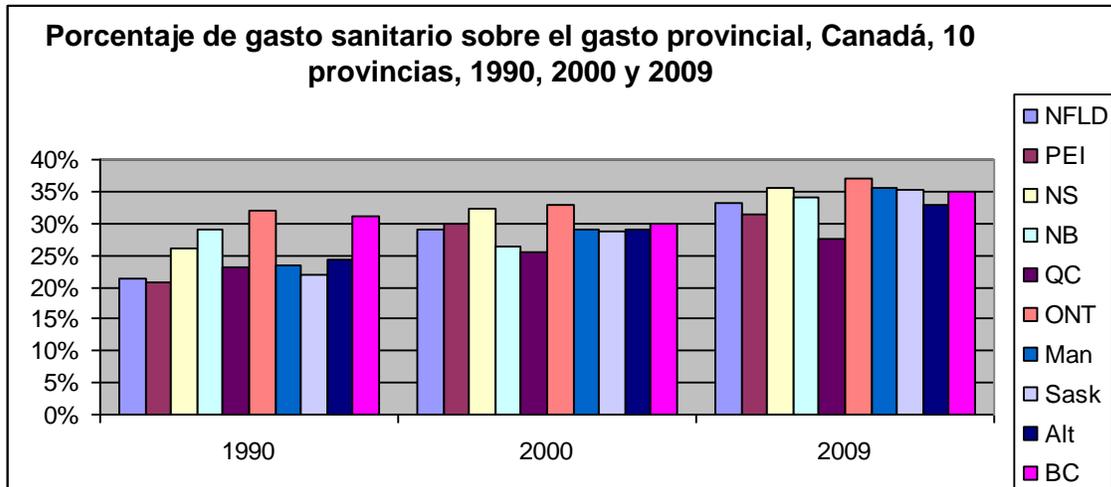
Fuente: cálculos utilizando datos de la tabla 385-0001 CANSIM

La figura 2 ilustra que las provincias se financian principalmente con sus propios ingresos y que el gasto sanitario ha aumentado como porcentaje del gasto provincial total; ha pasado del 26% (1989) al 33% (2009) en 20 años. ¿Qué variaciones hay por provincias?

La figura 3 da pruebas para un periodo de 20 años, considerando un año inicial, intermedio y final en cada una de las diez provincias; todas presentan un incremento en su porcentaje de gasto sanitario en ese periodo.

El porcentaje más alto en 2009 se da en Ontario, con el 37%, y el más bajo en Québec, con el 28%; el incremento más marcado entre 1990 y 2009 se observa en Manitoba y Saskatchewan (vinculadas), corresponde al 13%.

**Figura 3**



Fuente: cálculos utilizando datos de la tabla CANSIM 385-0001

En consecuencia, los diversos indicadores utilizados en las tablas 2 y 3 y las figuras 1 y 2 muestran diferencias en las estadísticas financieras de sanidad entre provincias. Pero ¿hay también diferencias en los resultados sanitarios entre provincias? Abordamos esta cuestión en el siguiente apartado.

## **2 FEDERALISMO, POLÍTICA SANITARIA Y RESULTADOS HEALTH OUTCOMES EN CANADÁ;**

La naturaleza federal de los acuerdos para la prestación de servicios sanitarios en Canadá debería generar diversidad por lo general tanto en las políticas públicas como en los resultados sanitarios. Examinaremos cada aspecto por separado.

### **2.1 POLÍTICA SANITARIA**

Numerosos aspectos de las políticas sanitarias pueden diferir de una provincia a otra, tales como la existencia de organismos regionales subprovinciales, la existencia o no de centros sanitarios públicos integrados, etc. Presentamos pruebas de un aspecto: los servicios de interrupción del embarazo. Lo seleccionamos porque la cuestión de las diferencias entre las Comunidades Autónomas españolas se planteó durante el seminario. En Canadá, el aborto no está regulado por ley desde 1988, cuando la legislación en vigor fue declarada inconstitucional por el Tribunal Supremo y no se promulgó ninguna ley para reemplazarla<sup>21</sup>. Así pues, el aborto es una cuestión de salud. La tabla 3 ilustra la variabilidad en el número de centros que practican abortos por provincias y además la cobertura geográfica. La tabla ilustra una cantidad importante de diferencias en el punto límite tras el cual normalmente no se realizan abortos. La provincia con el segundo límite más alto y la disponibilidad mayor es Québec, la provincia donde el apoyo al derecho de abortar es más fuerte. Por todo ello, la política sanitaria refleja en parte las diferencias regionales en las preferencias con respecto al aborto.

---

<sup>21</sup> <http://www.cbc.ca/canada/story/2009/01/13/f-abortion-timeline.html>

**Tabla 3 Diferencias en políticas sobre aborto, 10 provincias canadienses, 2010**

	Disponible en centros hospitalarios Centros donde se ofrece/nº total de hospitales en la provincia	Disponible en centros privados	Ningún aborto después de nº de semanas de embarazo	% que aceptan que las mujeres deben tener derecho a abortar
Nfld	3/14	1 clínica	15	69
PEI	0/7	No	15	69
NS	4/30 hospitales	No	15	69
NB	1/28	1 clínica	16	69
Québec	31/129 +23 CLSCs (clínica pública),	4 clínicas privadas	23	89
Ontario	33/194	9 clínicas	24	69
Manitoba	2/52	2 clínicas	16	70
Sask	4/68	2 en Alberta	14	70
Alberta	6/100	2 clínicas	20	70
CB	26/88	4 clínicas	20	77

Fuente: <http://www.theglobeandmail.com/news/abortion-province-by-province/article1609885/>

Notas: PEI (Isla del Príncipe Eduardo) paga los procedimientos fuera de la isla. El % de apoyo corresponde a cinco regiones: Atlántico (4 provincias), Québec, Ontario, Pradera (3 provincias) y CB.

## 2 Resultados sanitarios

Existen varios modos de medir los resultados sanitarios:

- Aportaciones tales como número de médicos disponibles per capita;
- Resultados intermedios tales como tiempo de espera para una visita
- Resultados finales tales como estado de salud

La tabla 4 presenta pruebas de Canadá en su conjunto y en las diez provincias canadienses para seis de estos indicadores y para la expectativa de vida.

**Tabla 4 Siete indicadores de resultados sanitarios, Canadá y diez provincias, 2005-2007**

Indicador/ Área	Canadá	Nfld	PEI	NS	NB	QC	Ont	Man	Sask	Alt	BC	CV
Médico de cabecera por cada 100.000 personas	98	107	98	116	99	111	85	92	92	107	106	0,10
% individuos con médico de cabecera	85	89	93	88	92	74	90	85	84	82	87	0,06
Nº medio de consultas por persona	3,9	4,4	3,9	4,8	3,9	2,9	4,2	3,7	4,5	4,0	4,5	0,13
Tiempo de espera en semanas para una cita no urgente	2,7	1,4	1,7	1,4	2,2	6,6	1,6	2,7	1,5	1,6	1,2	0,74
% de necesidades sanitarias no satisfechas registradas	11,3	10,8	9,3	10,4	10,4	11,6	11,4	12,4	11,3	10,9	11,7	0,08
Índice de hospitalización para enfermedades de larga duración por cada 100.000 personas	464	616	655	481	631	429	447	481	536	518	371	0,18
Expectativa de vida al nacer (2004)	80,2	78,5	79,2	79,1	79,7	80,1	80,6	78,9	79,3	80,2	80,9	0,1

Nota: CV = coeficiente de variación (error típico/ media)

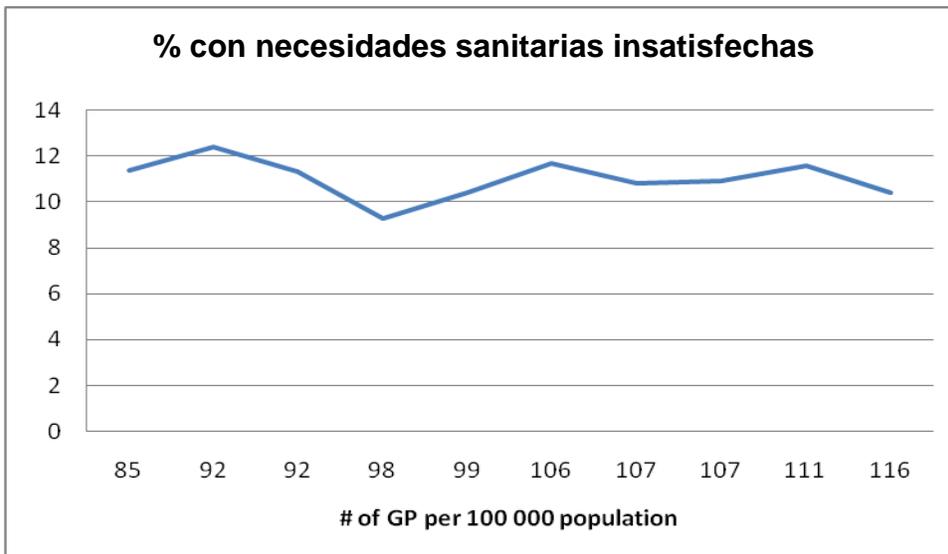
Fuente: cálculos de Jamie Ronson para Harvey Lazar utilizando datos de *The Canadian Community Health Survey (CCHS) (2005 & 2007)* y *CIHI Health Indicators Database (2005)*

La tabla 3 muestra:

- diferencias entre provincias medidas en función del CV para los seis indicadores, con el tiempo de espera más alto en Québec motivado por los números elevados;
- la expectativa de vida oscila 2,4 años entre la más baja, Terranova, y la más alta, Columbia Británica, lo que refleja en parte las diferencias de estilo de vida;

¿Existe una relación entre inputs y outputs? La figura 4 incluye un gráfico de la relación entre número de médicos de cabecera por cada 100.000 personas y necesidades sanitarias insatisfechas; no presenta ninguna relación obvia.

**Figura 4 Relaciones entre disponibilidad de médicos de cabecera y necesidades sanitarias insatisfechas, 10 provincias canadienses**



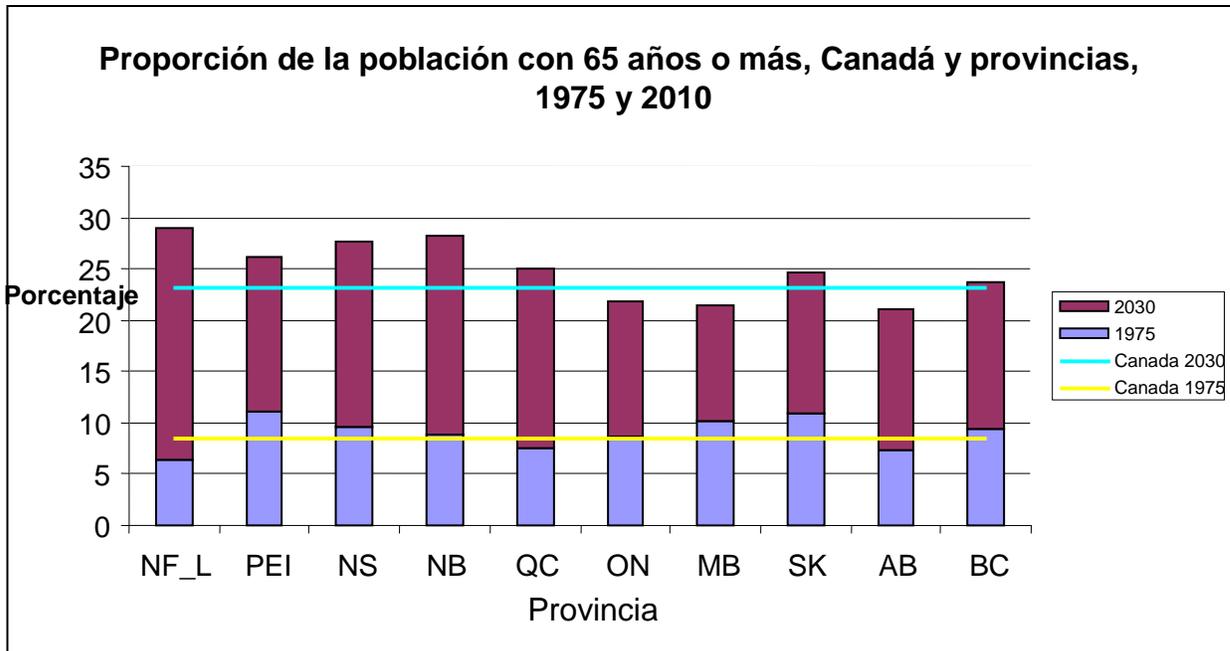
Fuente: cálculos utilizando datos de la tabla 3, con las provincias ordenadas según los médicos de cabecera por número de habitantes (línea 1 de la tabla 3).

El debate sobre las diferencias interprovinciales en el sector sanitario de Canadá no se ha centrado en indicadores tales como los presentados en la tabla 3. Recientemente tienden a gravitar en torno a dos elementos. En primer lugar, las diferencias entre provincias en la disponibilidad de servicios específicos, habitualmente fármacos nuevos y de alto coste, dirigidos a un grupo pequeño de personas o que pueden prolongar o no la vida de pacientes con enfermedades incurables como algunos tipos de cáncer. Utilizando una analogía británica, este fenómeno se conoce como la desigualdad del código postal. Esto sucede porque cada provincia tiene su propio proceso de aprobación para permitir medicamentos específicos tanto en el plan de prescripción público, disponible para ancianos y beneficiarios de ayudas sociales principalmente (excepto en Québec, donde incluye a todas las personas que no tienen cobertura privada), como en la lista de fármacos que deben pagar los planes sanitarios privados que están regulados a nivel provincial. En segundo lugar, la ausencia de normativa nacional en determinados ámbitos y, en consecuencia, de estrategias nacionales en dichos ámbitos. Por ejemplo, el último problema planteado fue la falta de una estrategia nacional de partos para reducir el número de cesáreas.

### **3 LOS RETOS PENDIENTES**

Canadá se enfrentará al conocido reto del envejecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI. Lo que importa desde la perspectiva del federalismo son las diferencias entre provincias y cómo se intentan salvar.

La figura 5 incluye un resumen de la estructura por edades de las diez provincias, con observaciones para 1975 y predicciones para 2030.



Fuente: cálculos del autor utilizando tablas CANSIM 051-0001 y 052-0004

La figura 5 muestra diferencias importantes en los porcentajes provinciales de habitantes con más de 65 años en Canadá para ambos años. Esto significa que la carga que soporta cada provincia en cuanto a gasto sanitario no es la misma ahora que en un futuro predecible. No obstante, la fórmula de nivelación solo da cuenta de esto indirectamente, a saber, la capacidad contributiva es más baja en provincias con una población más envejecida, puesto que la jubilación se asocia con un descenso de los ingresos personales y las diferencias en los ingresos personales son un motor importante en la nivelación. Además, las subvenciones en bloque para sanidad no tienen en cuenta la estructura por edades de la población, sólo su tamaño absoluto. Resulta interesante ver que en Estados Unidos existen diferencias similares entre estados. Por ejemplo, los estados cálidos como Florida o Nuevo México se especializan en acoger americanos de edad avanzada (y canadienses en invierno). Como Medicare, que cubre a estadounidenses con más de 65 años, es un programa 100% federal, esto tiene

una menor influencia sobre el gasto sanitario de los estados, aunque los cuidados de larga duración de los pobres son pagados por Medicaid y no por Medicare. Más en general, hay menos diferencias en la estructura por edades de la población entre los estados americanos que entre las provincias canadienses.

Este reto del envejecimiento se agrava por el reto de la tecnología, con un incremento imparable en el coste de las intervenciones sanitarias, ya sean procedimientos quirúrgicos o medicaciones. Así pues, en el contexto canadiense de sanidad básicamente pública, los costes sanitarios se consideran como un comecocos que devora un porcentaje cada vez mayor de los presupuestos provinciales.

La pregunta es, pues, qué soluciones hay. Una posibilidad que rechazan rápidamente los políticos y el público canadiense es la privatización del sistema, puesto que no resulta evidente que el sistema de salud estadounidense ofrezca mejores resultados. Otra solución es aumentar el porcentaje del sector privado en el margen, el modelo británico con el NHS y un pequeño sector privado ya lo está aplicando para algunos procedimientos en Canadá, como se indica más arriba, y también con la práctica del turismo médico a EE.UU. u otros lugares. Con todo, esta práctica se circunscribe a una pequeña minoría de usuarios de rentas altas (el 1% en el mejor de los casos, no hay datos fiables disponibles).

Por lo tanto, nos queda lo siguiente:

- ♦ racionar el acceso, algo que se hace con los tiempos de espera en cirugías y tratamientos importantes (terapia del cáncer), que supuestamente son más largos que para los estadounidenses asegurados. Si los estadounidenses no asegurados no los utilizan, el ranking en cuanto a tiempos de espera puede ser diferente;
- ♦ mejorar la financiación del sistema; ésta fue la principal recomendación del Informe Romanow (brecha Romanow), pero no

está claro si hay disponibles los efectivos necesarios (enfermeras, médicos) para ser contratados;

- ♦ mejorar la eficiencia del sistema cambiando el modo en que se paga a los hospitales y los médicos. Por ejemplo, se puede sustituir el presupuesto global de los hospitales por financiación basada en cada asistencia prestada. Esta opción asigna los recursos donde se utilizan y aumenta la eficacia;
- ♦ reducir la demanda cobrando el acceso a algunos / todos los servicios. Aunque esta opción está oficialmente contemplada en la Canada Health Act, resulta costosa porque recorta las transferencias federales a las provincias.

El Gobierno actual de Canadá (minoría conservadora desde 2006, reelegido en 2008) prometió en la campaña electoral de 2005 una reducción del IVA canadiense (GST) del 7% al 5% y cumplió su promesa. Esto deja margen fiscal a las provincias para incrementar su propio IVA (Québec en 2011) o para reemplazar el impuesto sobre las ventas al por menor por un IVA provincial (Ontario, CB) para incrementar sus ingresos. No permite a las personas comprar más servicios sanitarios privados y en particular seguros, porque no lo ofrece el mercado. Podría ocurrir que la financiación de los futuros gastos sanitarios exija que las provincias aumenten su carga fiscal, ocupando así el margen tributario que dejó el gobierno federal.

## CONCLUSIÓN

La sanidad pública en Canadá está enormemente descentralizada en lo que se ofrece, en cómo se ofrece y en cómo se financia. Esto está en línea con la Constitución canadiense pero el público demanda resultados más similares entre provincias. En suma, cabe esperar cierta convergencia en los próximos diez años, aunque probablemente se deba más a una competición entre rivales que a la imposición de normas federales.