

## El sistema asistencial canadiense: costo y calidad<sup>1</sup>

Elma Heidemann<sup>2</sup>

*En los últimos 20 años, los principales indicadores de salud del Canadá han mejorado sustancialmente. Asimismo, los resultados de diversas encuestas indican que los canadienses se sienten satisfechos con su sistema de atención de salud. No obstante, se acepta que las personas deberían asumir mayor grado de responsabilidad por su salud, lo cual respalda los programas de promoción de la salud que se están desarrollando en el país. Todos los canadienses tienen acceso a servicios de atención de salud bien preparados y equipados, independientemente de sus recursos. El sistema nacional de salud se basa en un conjunto de pautas y reglamentaciones federales que cada provincia establece individualmente. A pesar de estos avances, el aumento de la deuda nacional y la recesión económica se han acompañado de un descenso de las recaudaciones tributarias, lo cual, unido al alza de los costos de los servicios de salud, ha desembocado en una reducción drástica de los fondos disponibles para financiar los servicios de salud. En este artículo se analizan las dos opciones planteadas para hacer frente a este problema: aumentar dichos fondos o disminuir el costo de la atención médica.*

Canadá es el segundo país del mundo en superficie (alrededor de 10 millones de kilómetros cuadrados), pero ocupa el trigésimo primer lugar en cuanto a la población total, que asciende a solo 27 500 000 habitantes. La densidad de población oscila entre 5 000 personas por kilómetro cuadrado en las ciudades a menos de una persona por kilómetro cuadrado en las zonas alejadas, circunstancia que plantea importantes desafíos para su sistema asistencial. En general, más de la mitad de la población se concentra en

grandes zonas urbanas industrializadas en el sur del país, cerca de la frontera con los Estados Unidos de América (1, 2).

El país está dividido políticamente en 10 provincias y dos territorios. La provincia más grande, Ontario, tiene más de 10 millones de habitantes, en tanto que la más pequeña, la isla Príncipe Eduardo, tiene solo 130 000. Los dos territorios, el de Yukon y el Noroeste, están en el extremo noroeste del país. Aunque son extensos, su población combinada es de 80 000 habitantes, aproximadamente.

Canadá es también un país multicultural y multilingüe. Alrededor de 63% de la población habla inglés como lengua materna, y 25%, francés. Otros grupos culturales importantes del país hablan principalmente italiano, chino y alemán. Alrededor de 1% de la población habla una lengua indígena como lengua materna. Otra característica demográfica importante es que, en el transcurso de este siglo, la tasa de natalidad

<sup>1</sup> Versión corregida de una ponencia presentada en el Quinto Seminario sobre Calidad y Costo de la Atención Médica, celebrado en Buenos Aires, Argentina, el 21 de julio de 1993. Dirección postal: Canadian Council on Health Facilities Accreditation, 1730 St. Laurent Boulevard, Suite 430, Ottawa, Canadá K1G 5L1. Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1994, Vol. 28, No. 2, con el título "The Canadian health care system: cost and quality".

<sup>2</sup> Consejo Canadiense de Acreditación de Centros Asistenciales, Ottawa, Canadá.

ha disminuido, el porcentaje de personas de edad avanzada ha aumentado y se observa una disminución proporcional del porcentaje de jóvenes.

## EL SISTEMA ASISTENCIAL CANADIENSE (3, 4)

Según una encuesta realizada en 1990 por Statistics Canada, el organismo oficial del gobierno federal que se encarga de las estadísticas, los canadienses afirman gozar de buena salud (26% dijo que su salud era excelente, 36%, que era muy buena y 26%, que era buena). Los canadienses tienen una esperanza de vida muy alta (73 años para los hombres y 79,7 para las mujeres), así como un número muy elevado de años de vida saludable y productiva. En ello han influido los drásticos cambios que se produjeron durante los últimos 20 años. Por ejemplo, las defunciones por enfermedades cardíacas han disminuido 40% en los hombres y 30% en las mujeres, en tanto que las muertes por accidentes cardiovasculares se han reducido 50% en ambos sexos.

Además de pensar que gozan de buena salud, los canadienses también están satisfechos con su sistema de atención de salud. Según un sondeo nacional reciente (realizado por Environics), 85% de la población dijo que estaba satisfecha con la calidad de la atención de salud. Dos tercios de los encuestados expresaron optimismo en cuanto a la posibilidad de mantener el sistema asistencial del Canadá durante la próxima década a pesar del aumento de los costos. Sin embargo, 82% opinó que los canadienses deberían asumir una mayor responsabilidad individual por su salud, lo cual respalda la tendencia creciente a la responsabilidad individual y la promoción de la salud.

El sistema de salud del Canadá se financia con los impuestos que se recaudan en el país. Todos los canadienses, independientemente de sus recursos, tienen acceso a médicos bien preparados y a hospitales bien equipados, así como a otros servicios de salud. Conforme a la constitución canadiense,

las provincias se encargan de la prestación de servicios de salud en sus propias jurisdicciones. Todas las provincias se guían actualmente por una ley federal del Parlamento, la Ley de Salud del Canadá, que establece los términos básicos de la prestación de servicios de salud para todos los canadienses. Esta ley enuncia cinco principios: universalidad, accesibilidad, carácter integral, transferibilidad de la cobertura de una provincia a otra, y administración pública sin fines de lucro. Por lo tanto, el sistema asistencial canadiense se basa en un conjunto de pautas federales que cada provincia establece individualmente.

## ASPECTOS ECONÓMICOS DEL SISTEMA ASISTENCIAL (5)<sup>3</sup>

Es difícil examinar la economía de la salud sin enmarcarla en el contexto general de la economía nacional. En pocas palabras, durante los últimos años el Canadá ha soportado la carga de una profunda recesión. Aunque las estadísticas y quizá los economistas optimistas digan que el país está comenzando a recuperarse, a la gente le resulta difícil creerlo, ya que hay muchos desempleados sin que se vislumbren perspectivas evidentes de empleo.

Además, la deuda nacional ha alcanzado enormes proporciones, y los intereses sobre la deuda están absorbiendo un porcentaje creciente de las recaudaciones tributarias. La deuda nacional actual (federal, provincial y municipal combinadas) se acerca a los Can\$ 620 000 millones (90% del producto nacional bruto (PNB), o sea alrededor de Can\$ 23 000 por habitante), y el costo anual del financiamiento de esta deuda asciende a Can\$ 55 000 millones.

Uno de los resultados más graves de la recesión y de la deuda nacional ha sido la disminución considerable (algunos dirían drástica) de las recaudaciones tributarias dispo-

<sup>3</sup> Este apartado se basa también en estadísticas actualizadas del Ministerio de Hacienda del Canadá y en estadísticas de la División de Información Sanitaria, Oficina de Política, Planificación e Información, Departamento de Salud y Bienestar Nacional; marzo de 1993.

nibles en todos los niveles del gobierno, de las que dependen los servicios de salud y otros programas sociales del Canadá. Por lo tanto, existe una competencia creciente inevitable por los recursos tributarios limitados.

Actualmente, cada provincia canadiense gasta alrededor de un tercio de su presupuesto anual en atención de salud, en tanto que, como país, Canadá gasta alrededor de Can \$68 000 millones al año (alrededor de 9,2% del PNB) en servicios de salud. Este porcentaje del PNB que se dedica a los servicios de salud ha aumentado espectacularmente durante los últimos años (5,5% en 1960 y 7,4% en 1971). Aunque el porcentaje del PNB que Canadá gasta actualmente en atención de salud es aproximadamente el mismo que el de otros países ricos (Francia y Suecia gastan alrededor de 9%, en tanto que Alemania y los Países Bajos gastan un poco más de 8%), está cundiendo una gran preocupación por el aumento continuo y rápido de los costos, combinado con una disminución de los ingresos tributarios disponibles para financiarlos. En resumen, debido a la disminución de los ingresos tributarios y al aumento del costo de los servicios de salud, los fondos para la atención de salud están comenzando a ser insuficientes.

Las opciones propuestas para hacer frente a este dilema son dos: aumentar los fondos disponibles para los servicios de salud o disminuir de alguna manera el costo. Examinemos brevemente cada una de estas opciones.

Recientemente se han esbozado tres maneras de aumentar los fondos disponibles para la atención de salud. La primera consiste en aumentar los impuestos. En vista de la situación económica actual del país, se especula que todo intento de aumentar más los impuestos provocaría una rebelión generalizada. Los canadienses pagan impuestos federales y provinciales sobre la renta, impuestos provinciales sobre las ventas (en la mayoría de las provincias) y un nuevo impuesto federal al valor agregado de 7% sobre bienes y servicios. Aumentar los impuestos no parece ser una solución aceptable para los canadienses.

El pago de honorarios por los usuarios es otra forma de obtener más fondos para el sistema. Sin embargo, las investigaciones realizadas parecen indicar que el cobro de honorarios a los usuarios no mejora la idoneidad de la atención ni reduce su costo total. Lo que hace es crear gastos administrativos considerables. Según las investigaciones realizadas hace tiempo por la Asociación de Hospitales Canadienses, para recuperar los gastos administrativos habría que cobrar honorarios tan altos a los usuarios que los servicios resultarían definitivamente prohibitivos para los sectores de bajos ingresos. El cobro de honorarios a los usuarios ciertamente se contrapone a los principios de la Ley de Salud de Canadá y, por lo tanto, no se considera como una alternativa aceptable.

La tercera alternativa, algo similar al cobro de honorarios a los usuarios, consiste en suplementar los fondos públicos con algún tipo de financiamiento privado. Cabe suponer que las empresas y corporaciones canadienses serían las fuentes de las cuales se obtendrían fondos privados, especialmente por medio de planes de prestaciones para los empleados. Basta con mirar hacia los Estados Unidos para ver cómo funciona el financiamiento privado de la atención de salud, o cómo no funciona, siendo esta última la opinión de la mayoría de los expertos con respecto al sistema estadounidense.

En su mayor parte, el financiamiento privado afecta directamente a las bases de las empresas del país. Por ejemplo, General Motors, el gran fabricante estadounidense de automóviles, gasta más en prestaciones de salud para sus empleados que en acero para los automóviles. Además, el costo promedio de la atención de salud para las empresas estadounidenses aumentó 21% en 1989 y 1990, y 13% en 1991. Huelga decir que, tras la recesión, las empresas canadienses no consideran que el financiamiento privado de la atención de salud sea una solución viable.

La observación que mejor ilustra el aumento del financiamiento quizá sea que, en el Canadá, parece haberse llegado a un consenso nacional, por medio de numerosos estudios federales y provinciales y comisiones

reales, en el sentido de que en realidad no es necesario aumentar los fondos para la atención de salud y que actualmente se dispone de suficientes fondos para mantener un sistema de buena calidad si es posible usarlos mejor. Por lo tanto, lo que realmente se necesita es disminuir el costo.

Ahora bien, ¿cómo se podría disminuir el costo para funcionar con los recursos disponibles actualmente? Para responder a este interrogante, se consideran cuatro posibilidades principales. La primera es controlar mejor el número de médicos y el método de remuneración empleado. Los médicos son los "porteros" del sistema asistencial y, por lo tanto, un factor decisivo para el costo de la atención de salud. En 1992 había 53 836 médicos en el Canadá, es decir, 1 médico por cada 510 habitantes. De este total, alrededor de 53% eran médicos generales o de familia, y los demás, especialistas. El número total de médicos ha aumentado 15% o 16% desde 1986, y este aumento ha tenido un efecto importante en el costo del sistema asistencial.

Frente a ello, se está tratando de limitar y disminuir el número de médicos que se forman en las facultades. Además, se intenta abandonar el sistema de remuneración de los médicos sobre la base de honorario por servicio, puesto que tiende a aumentar el volumen de trabajo y el número de tecnologías avanzadas invasivas solicitadas.

Además de la preocupación por el control del rápido aumento del número de médicos y de los honorarios que perciben (que, dicho sea de paso, han continuado aumentando a un ritmo espectacular), existe preocupación por los servicios que prestan a los pacientes. En un artículo reciente, el Dr. Michael Rachlis, uno de los críticos más enérgicos del sistema asistencial del Canadá, señaló que, con frecuencia, los médicos no han sido buenos "agentes de compras" de atención en nombre de sus pacientes, lo cual ayuda a explicar por qué se detectan tantos casos de servicios inadecuados y a menudo costosos. El Dr. Rachlis agrega que se puede considerar que un servicio es "inadecuado" cuando las mejores pruebas científicas disponibles indican que probablemente no be-

neficiará al paciente o será más costoso que otras alternativas igualmente efectivas. Basándose en esta definición, varios expertos han señalado que hasta un tercio de los servicios que se proporcionan en el sistema asistencial canadiense son inadecuados, y abarcan desde hospitalizaciones incorrectas hasta el uso incorrecto de tecnología y el uso excesivo de medicamentos por los ancianos.

El análisis de la idoneidad de los servicios marcha paralelamente al examen de los servicios de menor costo. Ha existido una tendencia a usar un medio institucional como centro de la prestación de servicios de salud. Este medio, aunque cuesta más, no es necesariamente el mejor, especialmente en vista de lo que se ha logrado con nuevas tecnologías (por ejemplo, la cirugía con rayos láser). Por lo tanto, en todo el país se está disminuyendo el número de camas hospitalarias y aumentando considerablemente el de consultorios externos o para pacientes ambulatorios. A menudo, el volumen de servicios permanece invariable o aumenta, mientras que el costo del suministro de los servicios baja.

También se está comenzando a estudiar el uso más apropiado de los recursos humanos. Por ejemplo, las enfermeras ahora proporcionan ciertos tipos de servicios que tradicionalmente incumbían al médico, y las investigaciones indican que se están obteniendo resultados excelentes y a menor costo. Por último, se está comprobando que la mejor manera de reducir el costo de la atención de salud es mantener a la gente más sana. Eso ha llevado a una enérgica renovación del interés en la promoción de la salud. También ha resultado dolorosamente obvio que los verdaderos factores determinantes de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y los estilos de vida, están fuera del ámbito tradicional de interés del sistema asistencial. No se puede decir que se ha realizado un gran progreso en el campo de la promoción de la salud, pero se ha avanzado bastante en ciertas esferas, como la reducción del tabaquismo, y parece haber un reconocimiento creciente de que mantener a la población lo más sana posible es una meta paralela al mantenimiento de un sistema asistencial de

buena calidad para atender a la población cuando se producen enfermedades.

En resumen, en cuanto a las opciones de aumentar los fondos disponibles para la atención de salud o disminuir el costo, el Canadá parece estar dispuesto a concentrarse en la segunda. Como ya se dijo, se están investigando varias formas de lograrlo. Básicamente, se busca un sistema asistencial de buena calidad basado en la necesidad *comprobada* de servicios, la prestación *eficiente* de servicios una vez comprobada la necesidad, y un servicio *efectivo*, es decir, que tenga un *resultado positivo demostrable*.

A pesar de la preocupación por el costo, la atención se dirige inevitablemente a mejorar la calidad de la atención de salud. En ese sentido, este breve artículo solo busca poner de relieve algunas de las principales actividades relacionadas con la calidad que se están llevando a cabo actualmente en el Canadá. Estas actividades surgen de una larga tradición de hacer hincapié en la calidad y de la convicción de que esta debe ser la base de todo lo que se haga.

## UNA AGENDA NACIONAL PARA LA CALIDAD

En 1992 se inició una importante campaña nacional para mejorar la calidad del sistema asistencial. En ese momento, los viceministros de salud federales, provinciales y territoriales (los más altos funcionarios en el ámbito de la salud) se reunieron para conversar e intercambiar información sobre la calidad del sistema asistencial y su efectividad en todo el país. Convinieron en adoptar una estrategia específica para promover la calidad de la atención de salud con tres componentes iniciales:

- Formular una *meta* para la calidad que proporcione una base común para lograr atención de salud de calidad en todo el país.
- Preparar un *inventario* de las principales actividades relacionadas con la salud que se estaban realizando en las or-

ganizaciones nacionales y provinciales más importantes.

- *Catalogar* los logros ejemplares de las iniciativas innovadoras para mejorar la calidad de los servicios de salud en todo el país que pudieran servir de modelo o de referencia para otros.

Estas tres etapas ya han concluido y han proporcionado un marco de referencia para diseñar otras actividades nacionales y provinciales. Esta estrategia de los viceministros refleja un gran compromiso de las máximas autoridades de salud del Canadá en la búsqueda conjunta y colaborativa de la calidad. Este compromiso es indispensable para el éxito, que también dependerá de los demás integrantes del sistema. La meta de calidad está evolucionando y debe continuar haciéndolo, pero solo será posible con el esfuerzo de todos.

## Organizaciones nacionales de salud

En el Canadá hay muchas organizaciones nacionales de salud que dirigen su atención a la búsqueda de la calidad. Entre ellas cabe señalar las que se describen a continuación.

**Consejo Canadiense de Acreditación de Centros Asistenciales (CCHFA).** Es el órgano nacional de acreditación de centros asistenciales. Su mandato consiste en establecer normas nacionales para centros asistenciales y organismos de salud y organizar inspecciones periódicas de equipos de expertos externos para verificar el cumplimiento de dichas normas. Hay programas de acreditación para centros de enfermos agudos, atención prolongada, salud mental, rehabilitación y de tratamiento del cáncer. Se está trabajando en la formulación de programas de servicios y centros de salud comunitaria y de asistencia a domicilio. El Consejo está comenzando a aplicar principios orientados a la mejora continua de la calidad de las normas y del proceso de acreditación. El propósito es reorientar las normas hacia el proceso de atención del paciente y los resultados de la

atención, que están directamente relacionados con la calidad de la atención. La aplicación de esta medida a la atención de pacientes agudos concluirá en 1994 y posteriormente se aplicará a los demás sectores.

**Asociación de Hospitales Canadienses (CHA).** Este organismo está encarando la cuestión de la calidad desde el punto de vista de la reforma sanitaria necesaria para mantener un sistema asistencial de buena calidad. Hace poco, la asociación concluyó un trabajo de 2 años, el "Proyecto Visión" (6), que contó con una amplia participación nacional, y cuyo propósito era formular metas para la reforma del sector salud. El proyecto consistió en el estudio de cuatro campos principales: economía, financiamiento y costo; gestión, evaluación y tecnología; recursos humanos, y sistemas alternativos de prestación de servicios. Este proyecto ha proporcionado un marco para definir y evaluar la política sanitaria a todos los niveles del sistema asistencial.

**Asociación Médica Canadiense (CMA).** Hace varios años, la CMA inició un programa importante denominado Programa de Calidad de la Atención (7) a fin de atender las necesidades de sus miembros. En la misma se señalaron cuatro campos estratégicos que recibieron prioridad en 1992 y 1993: coordinación y comunicación con otras organizaciones en la puesta en práctica y la promoción de iniciativas relacionadas con la calidad de la atención, guías para la práctica clínica, educación e investigación, e información.

Este proyecto ha progresado considerablemente en el abordaje de los cuatro campos prioritarios. Se ha afianzado la coordinación y comunicación con los miembros de la CMA, así como con otras organizaciones importantes, en la promoción de la calidad. Se han creado lazos de colaboración con organizaciones médicas nacionales para facilitar y coordinar iniciativas en aras de la calidad en los círculos médicos. En 1993 se terminará de establecer una base de datos computadorizada que contendrá un inventa-

rio de todas las guías para la práctica clínica, los encargados de la formulación de pautas y los organismos pertinentes del Canadá, y se distribuirá un directorio de pautas.

**Asociación Canadiense para la Calidad de la Atención de Salud (CAQHC).** La CAQHC proporciona un foro donde se pueden tratar asuntos nacionales relacionados con la calidad del sistema asistencial y promover metas nacionales relacionadas con la calidad. La asociación, que patrocina talleres educativos, calificó recientemente a la gestión de calidad total y la gestión de la utilización como áreas clave de su labor educativa. Además, la asociación publica el *Canadian Journal of Quality in Health Care*, que constituye un vehículo centralizado para informar sobre asuntos relacionados con la calidad de la atención de salud y compartir información sobre la monitorización de la atención.

## Medidas provinciales de monitorización de la calidad

Seis de las 10 provincias canadienses, así como uno de los dos territorios, concluyeron recientemente estudios del sistema de salud, que son una fuente de planes maestros para mejorar el sistema asistencial provincial. En cada uno de estos estudios se señala la necesidad de diseñar estrategias para mejorar la calidad, poniendo de relieve la preocupación que existe por la calidad, no solo a nivel nacional sino también provincial entre los responsables de la prestación de servicios de salud.

En 1992, en la provincia de Manitoba (8) se publicó un plan provincial titulado *Quality Health for Manitobans: the Action Plan*. Este plan propone que el sistema de salud de Manitoba se base en las necesidades y los resultados de salud. Señala también que se vigilarán y evaluarán los principales servicios de salud, las intervenciones y los procedimientos desde el punto de vista de sus resultados.

La provincia de Terranova (8) tiene un Comité Provincial de Control de la Calidad

muy activo y afianzado que funciona desde 1991. Este organismo se centra en el mantenimiento y la mejora de la salud de la población, promoviendo al mismo tiempo el acceso equitativo a servicios competentes y eficientes que satisfagan a los pacientes. La característica más sorprendente del Comité es el apoyo que recibe de los principales participantes en el sistema asistencial de la provincia, entre ellos los departamentos provinciales de salud, el Newfoundland Hospital, la Nursing Home Association, las asociaciones profesionales de médicos y personal de enfermería, la facultad de medicina provincial y los consumidores. Todos participan de forma activa y colectiva en el trabajo del Comité y en la determinación de su orientación. El Comité lleva a cabo actividades específicas tales como encuestas sobre el estado de salud de la población, los resultados de las intervenciones y las normas aplicables a las prácticas, con el propósito de mejorar la salud e integrar las actividades de control de la calidad en la labor cotidiana de atención a fin de mejorarla continuamente.

En 1992, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de la provincia de Quebec publicó un documento en el cual expone su política en materia de salud y bienestar (8) y enuncia 19 objetivos específicos para reducir los problemas de salud y sociales más difundidos que afectan a la población de la provincia. A esta formulación de objetivos específicos se añaden requisitos de vigilancia y evaluación. En concreto, deberán formularse indicadores fiables del estado de salud y el bienestar de la población, será preciso evaluar sistemáticamente la calidad y la efectividad de las intervenciones, las nuevas tecnologías y servicios, así como examinar periódicamente la gama de servicios que se ofrecen desde el punto de vista de la necesidad, la efectividad y los resultados.

En varias provincias se está trabajando para mejorar la utilización de los servicios de salud y formular pautas para la práctica clínica. Dos ejemplos servirán para ilustrar la índole de este trabajo. Recientemente, en la provincia de Saskatchewan se creó la Comisión de Investigación de los Servicios de Sa-

lud.<sup>4</sup> El mandato de esta comisión independiente y permanente de la Corona es analizar diversos aspectos del sistema asistencial para introducir cambios cuando corresponda. La Comisión lleva a cabo proyectos a largo y corto plazo. Dos proyectos a largo plazo que se encuentran en las fases iniciales de planificación son un examen de los factores sociales que influyen en el estado de salud y en la utilización de los servicios y un análisis de los factores que determinan las características de los servicios para los ancianos y la percepción de dichos servicios. Los proyectos a corto plazo que la Comisión está realizando se relacionan con las pruebas que se efectúan regularmente en hospitales y consultorios a pacientes ambulatorios (entre ellas análisis y cultivos de orina), pautas para efectuar las pruebas de la tiroides, intervenciones para evitar o postergar la internación en centros de atención prolongada, la magnitud de los casos agudos en los hospitales de Saskatchewan, el uso de radiografías del tórax, el de ecografías en obstetricia, y electrocardiogramas en los hospitales y en los consultorios para pacientes ambulatorios.

En la provincia de Ontario, en 1992, se creó el Instituto de Ciencias Clínicas Evaluativas (ICES).<sup>5</sup> Este es un centro académico donde los investigadores examinan el funcionamiento del sistema de salud de Ontario y la forma de aumentar la efectividad de los servicios de salud. El Instituto, patrocinado por el Ministerio de Salud y la Asociación Médica de Ontario, rinde cuentas a un comité administrativo conjunto de ambas organizaciones, del cual recibe muchas de las directrices para la investigación.

Alrededor de 15 científicos y 20 médicos clínicos realizan investigaciones en el Instituto. Algunos de los proyectos de investigación en curso están analizando la variabilidad de las tasas de intervenciones quirúrgicas en Ontario, el uso de radiografías del

<sup>4</sup> Carta de Steven Lewis, presidente de la Comisión de Utilización de Servicios de Salud e Investigación de Saskatchewan, 9 de noviembre de 1992.

<sup>5</sup> Instituto de Ciencias Clínicas Evaluativas. *Information Bulletin*.

tobillo para diagnosticar fracturas, la medicación para ataques cardíacos, el examen y la mejora de la eficiencia de los hospitales, y las expectativas de los pacientes en cuanto a la disminución del riesgo con el uso de fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia.

## CONCLUSIONES

En resumen, el sistema de atención de salud del Canadá es excelente, y los canadienses se sienten orgullosos del mismo y lo protegen. Sin embargo, el sistema parece estar "escapándose de las manos". Los fondos disponibles para la atención de salud no pueden mantener el ritmo actual de aumento de los costos y se está comenzando a poner en tela de juicio la calidad. Por lo tanto, a fin de mantener el sistema, es preciso actuar inmediata y colectivamente con los consumidores, los proveedores y las fuentes de financiación. Hay que hacer sacrificios, actuar sobre la base de metas comunes, buscar caminos conjuntos y ser autocríticos. Las acciones que se emprendan deben tener dos objetivos: controlar el costo y mantener la calidad.

Por consiguiente, como se ha intentado demostrar, se ha formulado una meta nacional de calidad y un marco para formular y evaluar las políticas que permitan alcanzar esa meta, adoptar y vigilar normas nacionales para las organizaciones de atención de salud, for-

mular y aplicar guías para la práctica clínica y evaluar los resultados de la atención, especialmente en lo que hace referencia a la mejora de la salud del pueblo canadiense.

No se dispone de todas las respuestas ni se está haciendo todo bien, pero al parecer se sabe lo que hay que hacer, se ha trazado una meta. Por el momento, el principal problema, que no es privativo del Canadá, consiste en encontrar la voluntad y la energía colectivas para hacer lo que se debe hacer.

## REFERENCIAS

1. Anon. 1993 *corpus almanac and Canadian source book*. 28th ed. Ottawa: Gordon Sora; 1993.
2. Statistics Canada. 1991 *census: the nation*. Ottawa: Statistics Canada; 1991.
3. Statistics Canada. *Canada: a portrait*. Ottawa: Statistics Canada; 1992.
4. Dasko D. Address to the Canadian College of Health Service Executives, tuesday, October 27, 1992 on the Environics Research Group Limited Survey. *Focus Canada*; 27 October, 1992.
5. Rachlis M, Kushner C. Under the knife. *Rep Bus Mag October 1992*. *The Globe Mail* October 1992 (Suppl. Report on Business):81-87.
6. Anon. *An open future... a shared vision: report on the national health policy reform project*. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1993.
7. Anon. *Quality of care program: update report*. Ottawa: Canadian Medical Association; February 1993.
8. Anon. *Toward a national strategy for quality and effectiveness*. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1993.

## ABSTRACT

### The Canadian Health Care System: Cost and Quality

Over the past 20 years, Canada's main health indicators have improved considerably. At the same time, the results of various surveys indicate that Canadians are satisfied with their health care system. Nonetheless, it is commonly accepted that individuals should assume greater responsibility for their own health, a notion that supports the health promotion programs currently being developed in the

country. All Canadians, regardless of their financial status, have access to well-designed and properly equipped health care services. The national health care system rests on a number of federal norms and regulations that each province establishes separately. But in spite of these strides, the increase in the national debt and the economic recession have brought about a decrease in the funds collected through taxation. This, along with the rise in the cost of health care services, has led to a drastic reduction in the funds available for health care. This article examines the two options that have been proposed for dealing with the problem: increasing such funds or reducing the cost of medical care.