



**UNIVERSIDAD
DEL SURESTE**

MEDICINA HUMANA

SALUD PÚBLICA

DR. MANUEL EDUARDO LOPEZ GOMEZ

**ALUMNA: DOLORES HORTENCIA
DOMINGUEZ LOPEZ**

4° PARCIAL

1° A

SISTEMA DE SALUD EN CANADA

Canadá es un país inmenso. La mayor parte de la población vive cerca de la frontera con los Estados Unidos, pero hay una cantidad importante de comunidades rurales y aisladas. La Promoción de la Salud en América y me ha impresionado la energía y el entusiasmo que rodean la promoción de la salud.

Este tiene un sistema de salud financiado con fondos públicos. Todos los canadienses están cubiertos por un seguro médico universal que comprende atención médica y hospitalaria. Los médicos reciben un honorario según arancel y los aranceles se negocian entre la provincia y la sociedad médica correspondiente. Los médicos de la familia son los principales puntales del sistema.

Otros profesionales de atención primaria, como, por ejemplo, los nutricionistas, dentistas y psicólogos, no quedan cubiertos por el sistema público de salud.

En Canadá, el sistema actual de suministro se cumple por medio de distintos planes de atención médica.

El gobierno federal ha logrado instaurar un marco legislativo nacional que rige el sistema de salud. Este marco se manifiesta en la Ley de Salud, que establece cinco principios claves: cobertura amplia y universal de atención; accesibilidad, transpirabilidad para los asegurados cuando se trasladan dentro del país; y administración pública.

Provincias y territorios deben cumplir estos criterios para recibir toda la parte que les toca en el aporte de fondos federales hacia el costo de los servicios de salud. La Ley de Salud y el gobierno federal rechazan tanto la facturación suplementaria como los gastos de cargo de los usuarios, y el gobierno federal se atiene en gran medida a los sistemas de costos compartidos y otros pagos de transferencia para ejercer el liderazgo en las políticas y los programas de salud. Incluso hay mecanismos establecidos para tomar decisiones compartidas en cuanto a estrategias nacionales, como la promoción de la salud y la atención médica como se podría suponer, el enfoque nacional del sector de salud sólo puede surgir de complejas negociaciones entre la jurisdicción federal y las jurisdicciones provinciales y territoriales

El gasto en el sector de la salud en Canadá, es un gasto en salud que suma más de cien mil dólares y 9.4% del producto nacional de Canadá.

Los hospitales se llevan la proporción mayor de los dólares destinados a la salud, equivalente a 32%, pero en los diez últimos años el gasto en salud ha ido disminuyendo, debido al cambio hacia la atención comunitaria. Los fármacos se hacen cargo de una parte cada vez mayor del gasto total en salud: 15%. Los médicos y demás profesionales de la salud también absorben una gran proporción de los gastos recurrentes en salud.

Por último, se estima que entre 2 y 4% del dólar de salud se gasta en atención pública de salud y en programas públicos de promoción de la salud.

En Canadá, como en otros países, la reforma del sistema de salud, durante muchos años, ha venido sufriendo ajustes paulatinos y evolutivos que, con el tiempo, han echado las bases para integrar más cabalmente la promoción de la salud dentro de los programas de reforma de la salud.

El primer hito importante fue la elaboración de un sistema nacional de salud y seguro público universal relativo a atención médica y hospitalaria. En 1957 se introdujo la cobertura universal de atención hospitalaria y en 1968 se agregó la cobertura de atención médica. En los años 70 y 80, el gobierno federal apoyó y promovió un cambio de enfoque frente a los determinantes de la salud y pasó de un modelo de enfermedad a uno de buena salud.

En 1874, en el documento titulado *New Perspective on the Health of Canadians* fue una Nueva visión de la salud de los canadienses, que se conoce comúnmente como el Informe Lalonde, por su autor que era ministro de salud en esa época, se proponía que la atención médica era sólo una de las dimensiones que afectaban la salud. El texto destacaba la promoción de la salud y reconocía la importancia del “estilo de vida” y de los entornos como influencias de peso en la salud de las personas.

Esta visión de la promoción de la salud como estrategia y enfoque influyó en numerosos programas canadienses, en el ámbito provincial y nacional, y condujo a la formulación de infraestructuras de promoción de la salud dentro y fuera de los gobiernos, además de diversas iniciativas comunitarias, financiadas con fondos públicos y campañas nacionales de promoción de la salud, como la denominada participación.

A pesar de todo, uno de los acontecimientos más importantes dentro del sector de atención de salud, dirigido a apoyar el impulso de la Carta de Ottawa, ocurrió a fines de los años 70, con el establecimiento del Grupo de Estudio Canadiense sobre atención preventiva. Este

grupo analizó la evidencia e hizo recomendaciones relativas a la eficacia de diversas intervenciones preventivas que realizaban los profesionales de la salud en el entorno de su ejercicio clínico. Fue la primera iniciativa sistemática de esta naturaleza que ofrecía atención basada en la evidencia y cabe resaltar que sus pioneros provenían del sector de la medicina preventiva.

Conclusión con la comparación en México.

En Canadá la atención de salud se proporciona por un sistema nacional simbiótico cuyo financiamiento es compartido por los seguros de salud público y privado, los usuarios y el gobierno utilizando el informe de Lalonde y en México actualmente existe un sistema de salud segmentado, constituido por un modelo bismarckiano de seguridad social y otro de protección social en salud ya que en cada es gratuito para todos sus ciudadanos.

Bibliografía

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n3/180-185/>