

**LA REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD
CANADIENSE**

DANIEL REINHARZ
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD LAVAL, QUEBEC, CANADA

TALLER SOBRE NUEVOS MARCOS E INSTRUMENTOS PARA LA
REGULACION DEL FINANCIAMIENTO Y EL ASEGURAMIENTO EN EL
SECTOR DE LA SALUD

SANTIAGO, CHILE

Enero de 2001

Introducción

Cuando se le pide a un canadiense que elija la característica de su país que lo hace sentir más orgulloso, generalmente coloca al sistema de salud en primera posición. Efectivamente, en Canadá, el sistema de salud es más que una institución que ofrece servicios de salud. Desea representar una expresión de valores muy profundos de justicia social y solidaridad. Desea representar, ante todo, el rasgo en el que los canadienses se reconocen.

Para darle forma a tal sistema, fue necesario implantar incentivos eficaces. Quizás, entre éstas, la más determinante fue el financiamiento. En esta presentación intentaré explicar, en primer lugar, por qué se impusieron las modalidades de financiamiento del actual sistema de salud canadiense. Luego, explicaré cómo las mismas confirieron al sistema su originalidad y contribuyeron al logro de muchos de sus objetivos.

El financiamiento como instrumento de regulación del sistema de salud

Los sistemas de salud tienen, como meta final, contribuir al logro de los objetivos sociales fundamentales que persiguen los Estados Sociales, tales como:

- Mejora del bienestar de la población,
- Creación de un capital humano y social,

- Reducción de aquello que se considera como socialmente poco deseable, la presencia de desigualdades demasiado grandes entre ricos y pobres y entre enfermos y sanos.

Por supuesto que existen otros factores, a veces menos explícitos, que permiten comprender porqué los sistemas de salud tomaron la importancia que tienen actualmente. Sólo resta que el logro de esos grandes objetivos sociales sea una última meta importante que oriente aún más las decisiones en el sector.

Para acercarse cada vez más a esos objetivos, debe admitirse que los sistemas de salud deberían esforzarse para ser más eficaces y equitativos, y entorpecer lo menos posible la autonomía concedida a las personas implicadas, tanto profesionales como pacientes. Transformar la organización del sistema de salud para que el mismo se adapte a un entorno que cambia en forma permanente, mejorando al mismo tiempo el nivel de esos tres aspectos, la eficacia, la equidad y la autonomía, es una de las principales tareas que incumben a los planificadores.

Para llevar adelante esas transformaciones, los planificadores utilizan ciertos incitativos. Los mismos tienen como meta atraer a las personas involucradas para que adopten acciones pertinentes de manera tal que los servicios ofrecidos sean coherentes con los objetivos enfocados por el sistema. Entre los primeros incitativos se encuentran las diferentes modalidades de financiamiento que los planificadores pueden imponer.

Desarrollo del sistema de salud canadiense

La historia del sistema de salud canadiense comienza formalmente en 1947 con la instauración del primer régimen de seguro-hospitalización universal en una de sus diez provincias. Ante al éxito alcanzado por esa experiencia, el Gobierno Federal propone extenderlo a todo el país, lo que se lograra en 1961. En 1966, el Gobierno Federal propone a las provincias implantar un régimen complementario de seguro de salud. Este nuevo régimen fue adoptado por todas las provincias en 1972.

El régimen canadiense, tal como fue propuesto por el Gobierno Federal, se rige por cinco principios fundamentales establecidos en la ley canadiense de la salud:

- **Universalidad:** todos los residentes de Canadá están cubiertos por el régimen de seguro de salud.
- **Integridad:** todos los servicios considerados como médicamente necesarios deben ser proporcionados gratuitamente por los hospitales y los médicos.
- **Accesibilidad:** no debe existir ninguna barrera para la obtención de atención médica.
- **Transferibilidad:** la cobertura del régimen de seguro de salud se aplica a todos los residentes, cualquiera sea el lugar de atención médica en el país.
- **Gestión pública:** la administración del sistema de salud debe ser pública y no debe buscar ningún lucro.

Esos cinco principios son la base de la originalidad del sistema de salud canadiense: un sistema en el que, contrariamente a lo que está permitido en otros sistemas socializados,

como el de Gran Bretaña o Suecia, la competencia entre los sectores público y privado, con respecto a lo que es *médicamente necesario* (los medicamentos se dejan de lado por el momento), está estrictamente prohibida. Ningún residente está autorizado a pagar total o parcialmente, sea directamente o por medio de un seguro privado, para la obtención de servicios juzgados médicamente necesarios, a la excepción, sin embargo, para ciertas categorías de la población, de los medicamentos prescritos para la atención ambulatoria. *El sistema de salud canadiense es un sistema público y único.*

Sin embargo, aunque se hable a menudo del sistema canadiense como un sistema homogéneo, sería más preciso definirlo como un conjunto de 13 sistemas. Constitucionalmente, cada provincia y cada territorio ejerce la jurisdicción completa de su sistema de salud. El sistema de salud canadiense está políticamente y administrativamente descentralizado. Desde el punto de vista legal, las provincias pueden concebir y administrar los programas sociales como lo deseen.

Además, Canadá se caracteriza por una fuerte propensión al regionalismo. Las provincias son muy celosas de su particularismo y muestran un cierto recelo frente a toda acción del Gobierno Federal que podría invadir su campo de competencia.

Con respecto a la salud, por ejemplo, la implicación del Gobierno Federal es, desde el punto de vista legal, bastante limitada. La misma consiste, esencialmente, en ejercer, con el acuerdo y la colaboración de la provincias, el liderazgo en los siguientes campos:

- Elaboración de políticas.

- Aplicación de reglamentos sobre la salud.
- Promoción de la prevención de enfermedades (vigilancia, prevención y control de enfermedades en Canadá e investigación de causas; seguimiento de los riesgos de la salud atribuibles a los medicamentos, alimentos, productos químicos, instrumentos médicos...; evaluación de la salud medioambiental).
- Promoción de hábitos de vida sana y de medidas de reducción de riesgos para la salud y la seguridad de las personas.
- Oferta de los servicios de salud a las poblaciones autóctonas.

Debido a este contexto un poco particular es interesante constatar que, finalmente, todas las provincias aceptaron implantar un sistema regido por unas reglas impuestas por una instancia, el Gobierno Federal, quien, a pesar de ello, no tiene jurisdicción en este campo de competencia.

Pero sobretodo, se debe tener en cuenta el hecho de que la iniciativa del Gobierno Federal de implantar un sistema de salud bastante uniforme en todo el país, ha contribuido de manera importante a crear en la población canadiense un sentimiento de pertenencia a una nación distinta, unida por una estructura que expresa valores fundamentales a los cuales ella está ligada. El desarrollo del sistema de salud canadiense ha sido un factor importante en la construcción de la identidad canadiense, a pesar de una tendencia al regionalismo que siempre está muy presente.

Sin duda, el Estado Federal encontró en la salud, un campo privilegiado que contribuyó de manera importante a legitimarlo. Aun hoy, el hecho de que el Gobierno Federal sea el garante de la originalidad del sistema de salud, justifica, a los ojos de la población, la necesidad de un Estado Confederado y, por consiguiente, de una estructura federal. La salud se transformó, para quien a menudo se lo pone en tela de juicio, una herramienta indispensable de legitimación.

Desde esta perspectiva, es interesante observar cómo se han impuesto los incentivos que el Gobierno Federal ha debido escoger para alcanzar este fin.

Como base de la elección de incentivos, se encuentran los proyectos de los años 60 y 70, que demostraban lo previsible del aumento considerable de los costos de la salud. Era evidente que las provincias apreciaban una ayuda del poder central. Un buen manejo de las modalidades de financiamiento por parte del Gobierno Federal iba a hacer de esta herramienta, un incentivo poderoso para conducir al sistema de salud de cada provincia a transformarse, tal como lo deseaba dicho Gobierno Federal. Este manejo del financiamiento también terminó por convencer a las provincias de que el liderazgo del Gobierno Federal, en materia de orientación general de las políticas de salud provinciales, resultaba de aquí en adelante ineluctable.

Financiamiento del sistema de salud canadiense

La contribución del Gobierno Federal se lleva a cabo esencialmente, a través de tres grandes programas de transferencias (Figura 2). Éstos comparten más del 90 % de los 37,5 mil millones de dólares transferidos en 1998/1999 del Gobierno Federal a las provincias:

- Transferencia Canadiense en Materia de Salud y de Programas Sociales (TCSPS) (67.5%).
- Equiparación (24.9%).
- Financiamiento para los territorios (que no se desarrollará aquí) (1,2%).

Programa TCSPS

El programa TCSPS es el principal mecanismo de transferencia de fondos desde el Gobierno Federal a las provincias. En los orígenes de este programa, no se impuso ningún límite. El Gobierno Federal pagaba simplemente la mitad de los costos de los servicios sociales y de salud. Sin embargo, el aumento incontrolado de los costos obligó a revisar, en 1977, las modalidades de financiamiento. En esa época, las transferencias para los programas sociales y de salud, así como para la educación, estaban dissociadas de los gastos reales y fueron reemplazadas por una partida cuyos montos correspondían a las transferencias realizadas en 1975/1976. Esta base terminó por ser modulada en función de la evolución demográfica y del crecimiento del PNB, y no según los costos reales.

Sin embargo, estos ajustes resultaron aún insuficientes en un contexto en el que el Gobierno se esforzaba por sanear las finanzas públicas. En 1990/1991, se aplicaron algunas condiciones particulares y se mantuvieron hasta 1995/1996, a fin de limitar más aún el aumento de las transferencias a aquellas provincias que presentaban el mayor crecimiento económico (Ontario, Alberta y Columbia Británica).

Las medidas de austeridad que acompañaron el programa TCSPS terminaron cuando, en 1999/2000, el Gobierno Federal logró reabsorber su déficit. Ciertos montos suplementarios fueron entonces inyectados en este programa para mejorar el sector de salud, pero también para corregir las desigualdades que se habían establecido entre las provincias con el paso de los años, en cuanto a los montos concedidos por habitante. Este ajuste se está haciendo muy rápidamente ya que esas desigualdades desaparecerán completamente en el período 2001/2002. Cada provincia recibirá una suma equivalente a 960 \$/habitante, la que pasará a 985 \$/habitante en 2003/2004.

Puede observarse que las provincias tienen una gran margen de maniobra en el uso de fondos provenientes del programa TCSPS. Tienen también, la libertad de asignarlos a diferentes programas (de salud, sociales y de educación), según sus prioridades. Sin embargo, los nuevos fondos enviados desde el fin de las compresiones presupuestarias en 1999/2000, deben asignarse exclusivamente al sistema de salud.

Programa de equiparación

El programa de equiparación apunta a estabilizar los ingresos fiscales de las provincias menos ricas (Ontario, Alberta y Columbia Británica están excluidas). Las bases legislativas de este programa se deben renovar cada cinco años. El programa de equiparación fija los montos que se deben asignar en base a un análisis bienal de la actividad económica de cada una de las provincias. Los resultados del análisis inducen automáticamente, dos veces por año, los mecanismos de ajuste para permitir que los ingresos provinciales permanezcan estables.

Estas transferencias se llevan a cabo sin poner ninguna condición. Las provincias pueden afectar las sumas como a ellas les parezca.

Otros programas de transferencias

Existen otros programas menos importantes, tales como:

- El programa de estabilización fiscal que se aplica en el caso donde los ingresos de una provincia disminuyen más de 5% durante un año. La ayuda se limita a 60 \$/habitante.
- El programa de pagos de garantía de los ingresos provinciales a título de impuestos sobre los ingresos de los particulares. Este programa protege a las provincias contra las reducciones importantes de ingresos atribuibles a la modificación de la política federal sobre el impuesto de los ingresos de los particulares. Se aplica si la reducción de los ingresos de la provincia, provenientes de dicho impuesto, supera en 1% al impuesto federal de base.

- Los subsidios legislativos que son de hecho transferencias históricas siempre vigentes.

Esta síntesis muestra dos conceptos importantes. Por un lado, el Gobierno Federal se hace cargo de una parte importante de los gastos del sector de la salud del país. Además, esto está organizado de forma tal que permite la estabilización de los ingresos de las provincias. Por consiguiente, éstas tienen todo el interés de no rechazar esta asociación con el gobierno central, lo que muestra la necesidad de la participación de este último. El Gobierno Federal se ve de esta forma legitimado.

Por otro lado, la necesidad de los fondos federales garantiza el respeto, en todo el país, de los cinco principios de la ley canadiense. Cuando una provincia presenta cierto deseo de abandonar el espíritu de estos principios, intentando, por ejemplo, implantar la convivencia del sistema público con un sistema paralelo financiado por otra fuente que no sea el Estado, se ve amenazada de cortes importantes en las transferencias. Tal política tiene, sobretodo, el apoyo de la población. Hasta ahora, las modalidades de financiamiento han sido un incitativo muy eficaz para mantener el sistema público y único.

Un sistema puesto en tela de juicio

El sistema canadiense en sí mismo es un caso de estudio interesante. A pesar de la existencia de una corriente ideológica que día a día es más fuerte y cuestiona el mérito de un sistema eminentemente público (es bueno repetir que la competencia entre el sector público y el sector privado para la atención juzgada médicamente necesaria, siempre estuvo

prohibida en Canadá, con la excepción destacada de los medicamentos para la atención ambulatoria), el sistema canadiense ha logrado, fundamentalmente, mantenerse socializado. Los principios, que son la base del sistema, se resisten a las numerosas fuerzas que desean ponerlo en tela de juicio.

Las numerosas comisiones de investigación sobre el sistema de salud puestas en pie por el Gobierno, llegaron a la conclusión de que los principios de base del sistema debían, no sólo ser mantenidos sino también ser extendidos. La última de esas comisiones, puesta en marcha por el Primer Ministro, a fin de proponer una reforma al sistema de salud, recomendó incluir los medicamentos dentro de lo médicamente necesario. Estas recomendaciones se basan en la constatación, hecha a partir de las numerosas consultas que esa comisión llevó a cabo en el marco de sus actividades, según la cual los valores predominantes de justicia social y solidaridad en la sociedad siempre prevalecen, y que dichos valores son los que deben conducir la forma en que los servicios se deben organizar.

Es cierto que algunas provincias intentan liberarse de la corriente ideológica impuesta por Ottawa, que promueve una medicina pública y única. Pero en todas las ocasiones, debieron partir en retirada ante la firmeza del Gobierno Federal, que siempre está listo a sancionar a los que se aparten. Por lo tanto, tal actitud se considera como uno de los elementos determinantes de la reelección del gobierno al poder en noviembre de 2000.

Resultados loables

¿Cuál es el resultado de estas modalidades de financiamiento en el funcionamiento del sistema de salud canadiense?

Sin duda que las modalidades de financiamiento instauradas en Canadá favorecieron el aumento de la eficacia. Los indicadores de salud continúan mejorándose, mientras se controlan los costos. El acento puesto sobre la accesibilidad a todos los servicios de salud, fue un determinante clave para el mejoramiento continuo de esos indicadores. La exigencia de una gestión pública del sistema, y por consiguiente un único pagador, permitió negociar algunos aranceles aceptables y, sobre todo, disminuir los gastos administrativos. El aumento de costos está controlado. En este aspecto, la comparación con los Estados Unidos es elocuente.

La obligación de adherir a los cinco principios representa una garantía muy eficaz para la promoción de la equidad. Ningún otro país occidental se aproximó tanto como Canadá a un sistema público y único de salud que garantice a todo residente los mismos servicios para necesidades equivalentes.

Finalmente, la autonomía de las provincias, garantizada por la constitución federal, está legalmente respetada. El sistema no se construyó a partir de la transferencia de la responsabilidad de la organización de los servicios de salud al Gobierno Federal. Las provincias no tienen la obligación de adherir a un proyecto común y pueden implantar otras variantes, incluso una medicina pública y privada si lo desearan. El aporte financiero

(considerable, aunque juzgado insuficiente por las provincias) y la dinámica que siguió la implantación del sistema, que se tradujo en una fuerte adhesión de la población a las características de su sistema de salud, son las garantías de su cohesión y del apoyo a un proyecto de unión nacional.

Finalmente, debe subrayarse que los mecanismos federales apuntan a realizar del financiamiento de los sistemas de salud provinciales un mecanismo durable y resistente a los vaivenes de la economía. Además, el sistema ha conservado suficiente flexibilidad como para lograr la plena solidaridad interprovincial. Las provincias a las que se les negó una indexación automática de las transferencias, porque su economía era más floreciente que las de otras de sus pares, aceptaron la reducción y a contribuir más para ayudar a las provincias menos favorecidas. Igualmente, por esta vía, los mecanismos de financiamiento también contribuyeron a unir el país.

Conclusión: ¿No existe una cara oculta de este caso aparentemente ejemplar?

A pesar de todo lo que se ha dicho, el sistema canadiense no logró alcanzar por completo sus objetivos principales. Aún no se ha logrado la completa accesibilidad para todos. Algunos servicios médicamente necesarios como los medicamentos prescritos para la atención ambulatoria, cuya importancia no cesa de crecer, están excluidos del principio de gratuidad. Esto se debe, en gran parte, porque la industria se opone a un mayor control del Estado. También, durante los últimos años, varias provincias dejaron de garantizar ciertos servicios, tales como los prestados por dentistas y oculistas, a la mayoría de la población.

Pero sobretudo, las investigaciones realizadas entre la población muestran que los valores de solidaridad en la sociedad disminuyen a medida que los paradigmas de organización social cambian.

Todo esto hace que el mantenimiento de las características del sistema de salud canadiense sea sumamente frágil.

A pesar de todo, todavía existen razones para ser optimistas. El sistema canadiense logró desarrollarse en un contexto que, a priori, no parecía resultarle favorable. Sin embargo, aun garantiza la atención de la mayoría de la población.

Aunque resulte paradójico, quizás la necesidad de encontrar un equilibrio entre las provincias en busca de una mayor autonomía y un gobierno central a la búsqueda de más razones de ser, resulte la principal garantía de la supervivencia del sistema. Si Canadá no hubiese apostado a la diversidad, se podría dudar del éxito en la puesta en marcha de uno de los más eficaces, más equitativos y más populares sistemas de salud.