
CANADÁ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Con una superficie de 10 millones de km², el Canadá es el país más extenso del Hemisferio Occidental. Es una confederación regida por un Gobierno nacional, 10 gobiernos provinciales y dos territoriales. Los canadienses gozan de uno de los niveles de vida más altos del mundo. Lo corrobora el hecho de que entre 1994 y 1997 el Canadá haya figurado en el primer lugar en el índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas.

En 1994 se determinó que la mayoría de los canadienses de 16 a 69 años de edad estaban lo suficientemente preparados en lectura, escritura y aritmética para satisfacer las necesidades cotidianas que plantea la subsistencia. Se considera que, en conjunto, 99% de la población está alfabetizada. Además, el nivel de educación continúa aumentando. En los últimos seis años, el número de estudiantes de las comunidades de las Primeras Naciones que viven en reservas ha aumentado de menos de la mitad a 75%.¹

Desde 1992 la economía canadiense se ha expandido con un ritmo moderado. El producto interno bruto (PIB) per cápita de 1995 fue de Can\$ 26.184. El gasto en salud per cápita llegó a Can\$ 2.510 en 1996. Esta cifra representó 9,5% del PIB, un porcentaje inferior al máximo de 10,2% alcanzado en 1992.

Al 1 de julio de 1996, vivían en el Canadá 29.963.000 personas, 9,7% más que en 1991. El aumento poblacional produ-

cido de 1995 a 1996 correspondió a una tasa de crecimiento de 1,2%, inferior a la tasa media anual de 1,7% registrada en el período comprendido entre 1991 y 1995. Las cifras del censo de 1991 pusieron de manifiesto que la población auto-identificada como aborigen era de 1.002.675 personas, esto es, 3,6% de la población canadiense total. Había casi 602.700 indígenas registrados, de los cuales 346.291 vivían en reservas y 256.400 fuera de ellas. Con arreglo al censo de 1991, 60,5% de la población declaró que su lengua materna era el inglés y 23,8%, el francés; 13% informó que tenía una lengua materna distinta del inglés o del francés.

Aunque hay más mujeres que hombres en los grupos de personas de más edad (de 65 a 74 años y de 75 años y más), el número de hombres es virtualmente el mismo que el de las mujeres en todos los demás grupos de edad. El número de canadienses jóvenes (de 0 a 19 años) decreció de 8,6 millones en 1970 a apenas 7,5 millones en 1985. A partir de entonces, las cifras absolutas crecieron levemente hasta llegar a 7,9 millones en 1993. Con todo, la proporción de canadienses menores de 19 años ha disminuido de alrededor de 40% en 1970 a 26,6% en 1996, principalmente como consecuencia del envejecimiento de la generación del “baby boom”.

Los canadienses de 20 a 64 años constituyen ahora 61% de la población. Desde 1970, el número de canadienses de 65 años y más se ha casi duplicado al pasar de 1.700.000 a 3.500.000, y representa actualmente 12,2% de la población. Se prevé que esta proporción se elevará a 14% en el año 2011. A medida que los “baby boomers” se acerquen al momento de jubilarse, será más probable que aumente la utilización de los servicios médicos.

La mayor parte de la población del Canadá se concentra en dos provincias: Ontario (37%) y Quebec (25%). Otro 29% reside en Alberta, Saskatchewan, Manitoba y la Columbia Británica, en comparación con 9% que vive en Nueva Brunswick, Nueva Escocia, la isla Príncipe Eduardo y Terranova. La gran diferencia que existe en cuanto al tamaño de la población entre las distintas provincias se expresa en la razón de 81:1

¹El término “Primeras Naciones” se aplica a las personas inscritas como indígenas con arreglo a la terminología de la Ley Indígena, y cuyos nombres aparecen en el registro que mantiene el Departamento de Asuntos Indígenas y Desarrollo Septentrional. La palabra “aborigen” se refiere a los indígenas del Canadá y, más concretamente, a cualquier persona con ascendencia indígena de América del Norte o que pertenezca a las comunidades inuits o metis.

que se registra entre la más grande (Ontario) y la más pequeña (isla Príncipe Eduardo). La población de los territorios es aún menor que la de la más pequeña de las provincias.

La población del Canadá vive principalmente en centros urbanos. Entre 1991 y 1995, el porcentaje de la población que residía en zonas rurales disminuyó de 23% a un poco menos de 20%, y en 1995, más de 80% de la población era urbana. En la actualidad, 61% de la población vive en zonas metropolitanas; el resto reside en pequeños centros urbanos.

Como consecuencia de la inmigración, la composición étnica y cultural de la población canadiense se ha diversificado. En 1996 había 209.000 migrantes internacionales, algo menos que los 255.740 registrados en 1993. La mayoría de los inmigrantes provenían de Asia (136.982); los seguían los procedentes de Europa (40.735). Puesto que los inmigrantes tienden a establecerse fundamentalmente en zonas urbanas, la influencia de la inmigración es mayor en los centros urbanos.

La población canadiense ha crecido considerablemente desde 1970 por dos razones principales: la inmigración y los nuevos nacimientos. En 1995 nacieron en el Canadá más de 383.000 niños, lo que representa una tasa de natalidad de 12,9 por 1.000. La tasa bruta de natalidad de 1995 es la más baja que se registró desde 1972. La tasa de natalidad en las comunidades de las Primeras Naciones fue de 27,5 por 1.000 en 1993, aproximadamente el doble de la correspondiente a la población canadiense en general, cuya tasa bruta de natalidad fue de 13,4 por 1.000 ese año.

Con respecto a 1995, la tasa de fecundidad varió notablemente por grupo de edad. A las mujeres de 25 a 29 años y de 30 a 34 años de edad correspondieron 109 nacimientos por 1.000 y 86,8 por 1.000 mujeres, respectivamente; casi las dos terceras partes de los nacimientos correspondieron a mujeres de edades comprendidas dentro de este intervalo de 10 años. Menos de 1% de los nacimientos correspondieron a mujeres cuyas edades oscilaban entre 10 y 14 años; menos de 1,3%, a mujeres de 45 años o más. La tasa de fecundidad varió mucho según la zona geográfica considerada: desde una tasa baja de 1.250 por 10.000 mujeres en Terranova, hasta una alta de 2.778 por 10.000 en los Territorios del Noroeste.

Mortalidad

Las tasas globales de mortalidad se han reducido mucho desde comienzos del siglo XX. Desde el momento en que el Canadá incorporó la cobertura del seguro público en los servicios de atención de salud, las causas específicas de mortalidad mostraron disminuciones aun mayores.

En 1995, la tasa bruta de mortalidad para la población canadiense en su conjunto fue de 7,1 por 1.000 habitantes. En 1993, la tasa bruta de mortalidad de las comunidades de las

Primeras Naciones fue de 5,52 por 1.000. Esta tasa fue levemente más baja que la tasa bruta de mortalidad de la población canadiense en su conjunto, que en 1993 fue de 7,08 por 1.000. Es razonable pensar que esta diferencia a favor de las comunidades mencionadas se debe a su mayor proporción de jóvenes y no a su mejor salud.

En 1995, la esperanza de vida al nacer era en promedio de 75,4 años para los hombres y de 81,3 años para las mujeres. La esperanza de vida en total experimentó una disminución mínima entre 1992 y 1993 como consecuencia de una epidemia de influenza; no obstante, los aumentos registrados desde 1971 son impresionantes en ambos sexos. El mejoramiento de las condiciones de vida, el control de las enfermedades infecciosas y la atención de salud han contribuido a incrementar la longevidad.

La esperanza total de vida es mayor para las mujeres que para los hombres en todos los grupos de edad, aunque la ventaja de seis años que ellas tienen al nacer se reduce a tres años al llegar a los 75 años de edad. En cierto modo, la ventaja de la mujer en cuanto a la longevidad queda contrarrestada por una menor calidad de vida, pues los años adicionales que vive suelen ir acompañados por un empeoramiento progresivo de su salud.

Con respecto a las comunidades de las Primeras Naciones, entre 1980 y 1990 la esperanza de vida de sus habitantes aumentó en seis años para ambos sexos. En 1992 se estimó que la esperanza de vida de las mujeres de estas comunidades era de 74,9 años, es decir, seis años menos que la de las mujeres de la población canadiense en su conjunto. También en 1992 se estimó que la esperanza de vida de la población de las Primeras Naciones era de 67,8 años, esto es, 6,8 años menos que la de la población canadiense en su conjunto.

Una razón importante del aumento general de la esperanza de vida de la población canadiense en su conjunto y de los pueblos de las Primeras Naciones en particular es la reducción de la mortalidad infantil, principalmente como consecuencia del mejoramiento no solo de la salud prenatal y posnatal, sino también de la nutrición. La tasa de mortalidad infantil disminuyó aproximadamente 83% entre 1951 y 1991, y llegó a 6,1 por 1.000 nacidos vivos en 1995 (Cuadro 1). La tasa de mortalidad infantil de las comunidades de las Primeras Naciones disminuyó de 27,6 por 1.000 nacidos vivos en 1979 a 10,9 por 1.000 en 1993, y la tasa de mortalidad posneonatal (que se define en función de las muertes de lactantes que tienen entre 4 semanas y 1 año de vida) descendió 60%, de 14,5 por 1.000 nacidos vivos en 1979 a 6,9 por 1.000 en 1993. En comparación, la tasa de mortalidad posneonatal de la población general fue de 3,7 en 1979 y se redujo a 2,1 en 1993.

Desde el decenio de 1970, han disminuido las tasas de mortalidad por las principales causas y, en particular, por enfermedades del corazón y lesiones. Las enfermedades del sis-

CUADRO 1
Resumen de estadísticas vitales, Canadá, 1993 y 1995.

Indicador	Población canadiense en su conjunto (1995)	Comunidades de las Primeras Naciones (1993)
Nacidos vivos ^a	12,8	27,5
Defunciones ^a	7,1	5,5
Defunciones infantiles ^b	6,1	10,9
Defunciones neonatales ^b	4,2	4,0
Defunciones posneonatales ^b	1,9	6,9
Defunciones perinatales ^b	7,0	11,8
Defunciones maternas ^c	4,0	...
Mortinatos ^b (20 semanas +)	6,2	7,0

^a Tasa por 1.000 habitantes.

^b Tasa por 1.000 nacidos vivos.

^c Tasa por 100.000 habitantes.

tema circulatorio (que incluyen la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebrovasculares) son las principales causas de defunción en el Canadá y representan 36,3% de las muertes de hombres y 39,7% de las de mujeres. Aunque se estimó que en 1995 se produjeron 54.671 muertes por enfermedad cardiovascular, esta cifra representa una disminución en términos absolutos. Esta declinación se ha debido a una combinación de factores: reducción del tabaquismo entre los hombres, menor consumo de grasas alimentarias, mayor control de la hipertensión y mejor atención clínica y quirúrgica. Las excepciones a esta tendencia positiva son las tasas de mortalidad por suicidio, que son bastante estables, y por todos los tipos de cáncer en conjunto. En el Canadá, otras importantes causas de defunción, tanto de los hombres como de las mujeres, son las enfermedades de las vías respiratorias, y las enfermedades y otros trastornos del aparato digestivo (Cuadro 2).

Las muertes provocadas por lesiones han disminuido como consecuencia de diversos factores, entre ellos la ampliación del concepto de seguridad y la adopción de comportamientos más seguros. La promulgación de leyes y la ejecución de programas que atañen a cuestiones tales como mejores caminos y vehículos, conducción deficiente y uso de cinturones de seguridad y cascos protectores también han contribuido al mejoramiento de la tendencia.

Las cuatro causas principales de defunción de las comunidades de las Primeras Naciones no han cambiado mucho desde 1979, aunque las tasas brutas de mortalidad por tres de estas cuatro causas (lesiones y envenenamientos, enfermedades del sistema circulatorio y afecciones de las vías respiratorias) han disminuido mucho. Las lesiones y los envenena-

CUADRO 2
Nueve de las principales causas de muerte en el Canadá, 1991-1993 y 1995.

Principales causas de muerte	Población canadiense en su conjunto (1995) ^a	Comunidades de las Primeras Naciones (1991-1993) ^a
Enfermedades del aparato circulatorio	267	350
Neoplasias	199	182
Lesiones y envenenamientos	46	174
Enfermedades del aparato respiratorio	59	108
Enfermedades del aparato digestivo	26	56
Trastornos de los sistemas endocrino e inmune	23	45
Enfermedades infecciosas y parasitarias	12	17
Anomalías congénitas	4	6
Afecciones perinatales	3	4

^a Tasas por 100.000 habitantes.

Fuentes: Health Canada. *Trends in First Nations Mortality: 1979-1993*; 1996. Statistics Canada. *Mortality Summary, List of Causes*; 1995.

mientos siguen siendo las principales causas de defunción. En esta categoría, las tasas de mortalidad han experimentado una mejora de 36,6%, al pasar de un promedio de 243 defunciones por 100.000 habitantes en el período 1979-1981 a un promedio de 174 por 100.000 en el período 1991-1993. Las tasas brutas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y afecciones de las vías respiratorias, que ocupan el segundo y cuarto lugar entre las principales causas de defunción de las comunidades de las Primeras Naciones, han disminuido menos durante este período: 11,1% y 6,5%, respectivamente. Las neoplasias ocupan el tercer lugar entre las principales causas de defunción en estas comunidades, y el número de muertes que provocan ha seguido aumentando, al pasar de 55 por 100.000 en 1979-1981 a 76 por 100.000 en 1991-1993 (un incremento de 38,2%).

Para la población canadiense en su conjunto, la obesidad es un problema de salud emergente. Los datos indican que desde mediados del decenio de 1980 se ha producido un importante aumento de la obesidad, en particular entre las mujeres. En 1994-1995, casi un tercio de los canadienses de 18 a 74 años de edad tenían un exceso de peso que llegaba a tal extremo que representaba un probable riesgo para la salud. Además de las enfermedades que provocan la muerte, los canadienses padecen otros males crónicos, tales como la artri-

tis y el reumatismo, las afecciones en la espalda, brazos o piernas y articulaciones, los trastornos mentales, las alergias y los problemas dentales.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En el Canadá, la vida de la mayoría de los niños tiene un comienzo sano, en función de la salud de sus madres, el acceso a la atención prenatal, la limitada exposición a las drogas y el alcohol durante el embarazo y las condiciones de salud que rodean su nacimiento. No obstante, a pesar del apreciable mejoramiento de la salud de los pueblos de las Primeras Naciones observado desde los años setenta, la mayor parte de los indicadores de salud de sus niños son peores que los del promedio de los canadienses.

La tasa de mortalidad infantil de la población canadiense en su conjunto ha disminuido mucho y en 1996 llegó a 6,0 por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil de las comunidades de las Primeras Naciones también ha descendido de 27,6 por 1.000 nacidos vivos a 10,9 por 1.000 nacidos vivos en 1993; no obstante, sigue siendo 1,7 veces superior al promedio nacional. Por otra parte, si bien la tasa de mortalidad neonatal en estas comunidades fue 61,7% más alta que la tasa general canadiense entre 1979 y 1981, ha declinado más bruscamente que esta última, y durante el período 1991–1993 alcanzó en promedio 4,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos, una tasa 14,6% más alta que la canadiense en el mismo período.

La tasa de mortalidad perinatal de las comunidades de las Primeras Naciones ha mostrado un mejoramiento sustancial al pasar de 21,8 defunciones por 1.000 nacimientos entre 1979 y 1981 a 11,8 por 1.000 en 1993. Aun así, la tasa de mortalidad perinatal de dichas comunidades sigue estando muy por encima de la correspondiente a la población canadiense en su conjunto (7,1 por 1.000 en 1994).

La tasa de mortalidad infantil y perinatal de los niños es más alta que la de las niñas, y la razón más marcada fue de 1,25:1 para las muertes neonatales precoces. Las variaciones provinciales y territoriales de esta tasa son muy grandes. La mortalidad infantil es más baja en Quebec y la Columbia Británica (5,7 por 1.000) y más alta en la isla Príncipe Eduardo (9,1 por 1.000) y en los Territorios del Nordeste. Por el contrario, la isla Príncipe Eduardo tiene la tasa más baja de mortalidad perinatal (5,7 por 1.000); la más alta corresponde a Yukón (11,7 por 1.000).

Aunque la mayoría de los niños canadienses nacen sanos, el porcentaje de los que presentan bajo peso al nacer no ha

disminuido desde comienzos del decenio de 1980. Entre 1991 y 1995, casi 6,0% de los niños nacieron con un peso bajo (de 1.500 a 2.499 gramos) o muy bajo (de 500 a 1.500 gramos). Las mujeres que viven en barrios urbanos pobres tienen 1,4 veces más hijos con bajo peso al nacer que las que residen en zonas de ingresos altos. No parece que la edad o el origen racial de las madres sean factores que contribuyan de manera significativa a que sus hijos tengan bajo peso al nacer.

La iniciación y la continuación de la lactancia natural varían mucho en todo el Canadá; en promedio, la lactancia se inicia en 75% de los casos, aunque solo llegan a 30% los niños que siguen siendo amamantados entre los 4 y los 6 meses de vida. Entre las madres de nivel socioeconómico bajo, el porcentaje de las que empiezan a amamantar a sus hijos es menor.

Desde mediados de los años ochenta, todas las provincias se han esforzado por eliminar las enfermedades infecciosas mediante programas de inmunización y educación. Entre 85% y 90% de los niños de 2 años de edad de la población canadiense en su conjunto han recibido las dosis completas de las vacunas contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, *Haemophilus influenzae* serotipo b (Hib), la poliomielitis, la parotiditis, la rubéola y el sarampión. El 96% de los niños de 2 años ha recibido la vacuna antisarampión, 85% la DPT y 90% la antipoliomielítica. Lamentablemente, las estadísticas no son positivas para los niños de las Primeras Naciones. Con respecto a este grupo de población, en 1993 la tasa de cobertura más alta (73,6%) correspondió al sarampión, la parotiditis y la rubéola, y la más baja (45,8%), a la tos ferina. De todas maneras, las cifras de 1993 ponen de manifiesto que las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias son ahora menos frecuentes entre los lactantes de la población canadiense en su conjunto y los de las comunidades de las Primeras Naciones en particular.

En 1996, la tasa de mortalidad de los niños de ambos sexos menores de 5 años fue de 8 por 1.000. Esto representa una disminución para los menores de 5 años, que fue de 4,3% para los niños y de 1,7% para las niñas a partir de 1980. Junto con el nacimiento prematuro, afecciones tales como el síndrome de la muerte súbita del lactante y las anomalías congénitas se cuentan entre los factores que más contribuyen a la mortalidad infantil.

Las lesiones también plantean una amenaza nacional para la salud y el bienestar de los niños. Las lesiones no intencionales son la causa principal de defunción de los niños de más de 1 año y representan más muertes de niños en el Canadá que las seis causas siguientes combinadas. Las principales causas de defunción de los niños canadienses, desde su infancia hasta su primera adolescencia, relacionadas con lesiones son la sofocación, las quemaduras, el ahogamiento, las caídas y los accidentes vinculados con vehículos de motor. Las lesiones que se sufren durante la práctica de un juego son típicas

en el grupo de 5 a 9 años de edad. El riesgo de lesiones en los hombres es de dos a cuatro veces mayor que en las mujeres; la gravedad de las lesiones es también mayor entre los hombres.

La prevalencia de la obesidad en los niños ha aumentado en el anterior decenio de 14% a 24% en las niñas y de 18% a 26% en los niños. Al mismo tiempo, hay aproximadamente 2,4 millones de canadienses, de los cuales 900.000 son niños, que dependen de los establecimientos oficiales de comida para complementar su régimen de alimentación.

Es más probable que las lesiones que sufren los niños de 10 a 14 años y de 15 a 19 años se produzcan en el colegio, los lugares de diversión o los campos de deportes. Asimismo, los envenenamientos son comunes entre los jóvenes de 15 a 24 años.

La salud del adolescente y del adulto

Las opciones de determinados modos de vida, como por ejemplo el consumo de alcohol y tabaco, afectan a la salud de la juventud canadiense. En el Canadá, la mortalidad atribuible al consumo de alcohol sigue siendo una importante causa de defunción, en particular entre los jóvenes. Esta aseveración es especialmente cierta cuando la bebida se asocia con la conducción de un vehículo.

En el período comprendido entre 1994 y 1995, 55% de los canadienses de 12 años y más declararon que habían tomado por lo menos una copa por mes el año anterior. Se observó un sostenido incremento de la proporción de bebedores a medida que aumentaba la edad. Un 12% declaró que no había bebido nunca. Casi 20% de los adolescentes de 15 a 19 años y 30% de los jóvenes de 20 a 24 años declararon que habitualmente bebían mucho. Es mucho más probable que, con excepción del grupo de 12 a 14 años de edad, sean hombres los que manifiesten ser bebedores. También hay una relación entre la bebida y la educación. Es casi dos veces más probable que quienes declaran que beben al menos una vez por mes sean graduados universitarios (71%) y no personas con estudios secundarios incompletos (47%).

Aunque el consumo global de tabaco disminuyó 27% entre 1970 y 1990, se ha mantenido estable desde 1990. En 1994–1995, 29% de los canadienses de 12 años y más fumaban. En el grupo de 15 a 19 años de edad, 29% de las mujeres (261.000) y 26% de los hombres (244.000) eran fumadores habituales u ocasionales. Aunque el tabaquismo no sea tan prevalente entre los adolescentes de 15 a 19 años como entre las personas de 20 a 44 años, el consumo de tabaco por parte de los adolescentes presenta diversas características distintivas. Es muy significativo que la tasa de adolescentes fumadores haya aumentado considerablemente (de 21% a 29%) entre 1991 y 1995. Era más probable que los adolescentes que fumaban fueran del sexo femenino. Por ejemplo, en el grupo de

12 a 14 años de edad, fuma 15% de las mujeres (un porcentaje que triplica el de los hombres de la misma edad).

La salud sexual se ha convertido en una parte cada vez más importante de una vida sana. En 1990, aproximadamente 63% de los canadienses de 15 años y más declararon que habían tenido su primera relación sexual antes de los 20 años. Relativamente pocos (9%) declararon que su primer contacto sexual se había producido antes de los 15 años. Las diferencias por género, grupo de edad y nivel de educación caracterizan ciertos cambios en las prácticas sexuales. La variación por género en cuanto al número de parejas sexuales es más pronunciada en el grupo de 15 a 19 años de edad: 83% de las mujeres, en comparación con 64% de los hombres, manifestaron que el año anterior habían tenido una sola pareja sexual.

Aunque las diferencias en las prácticas sexuales son menos pronunciadas por nivel educativo o por provincia que por género o grupo de edad, algunas son notables. Por ejemplo, es un poco más probable que sean personas con estudios secundarios y no graduados universitarios quienes hayan mantenido relaciones sexuales antes de los 20 años de edad (69% y 50%, respectivamente).

La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) distintas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), en particular las infecciones por clamidias, la gonorrea y la sífilis, es mayor entre la juventud y los adultos jóvenes del grupo de 15 a 29 años de edad. En los adolescentes, la tasa de infección por clamidias y gonorrea de las mujeres es más alta que la de los hombres (1.358,7 por 100.000 y 124,9 por 100.000 respectivamente). La tasa de sífilis de los jóvenes de 20 a 24 años es de 1,3 por 100.000 para los hombres y de 1,6 por 100.000 para las mujeres.

El bajo nivel socioeconómico también sigue estando asociado con una peor salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Entre 1987 y 1994, la tasa de embarazos de adolescentes aumentó en más de 20%. La tasa de embarazos de las adolescentes que residían en barrios pobres era casi cinco veces mayor que la de las adolescentes que vivían en zonas prósperas.

El 86% de las mujeres canadienses de 15 a 44 años declararon que usaban anticonceptivos. La gran mayoría de las mujeres canadienses también consultan a personal capacitado en algún momento durante su embarazo. Es más probable que las mujeres que no reciben atención prenatal vivan en comunidades aisladas, hayan llegado recientemente al Canadá o estén condicionadas por otras circunstancias que las marginen. La atención prenatal, que es accesible para todas las mujeres, es proporcionada habitualmente por médicos (92,4%), enfermeras (2,9%) o parteras (1,4%). En 1992–1993, 98% de los partos fue atendido por médicos.

Los estudios realizados indican que un número desproporcionado de mujeres de bajos ingresos vive en zonas, tanto urbanas como rurales, donde funcionan pocos servicios de

salud sexual y reproductiva, incluidos dispensarios donde se practiquen abortos y se traten las ETS. También es más probable que las mujeres de bajos ingresos no se sometan a exámenes preventivos tales como la mamografía y la prueba de Papanicolaou, o lo hagan tardíamente.

La salud del adulto mayor

Las personas de 65 años y más tienen casi el triple de limitaciones de la actividad que los grupos de edad más jóvenes. Los sectores más pobres de la población de gente mayor suelen tener las tasas más altas de limitación de la actividad. Sin embargo, estas características se ponen más de manifiesto entre los ancianos de menos edad (65 a 69 años). Casi 20% de las personas de 65 a 69 años que tenían ingresos bajos declararon que su actividad estaba limitada por circunstancias relacionadas con la salud, por comparación con 12% de las personas de este grupo de edad e ingresos medianos o altos. Esto es particularmente notorio en los adultos mayores de las Primeras Naciones, de los inuits y de otros grupos minoritarios, así como en los ancianos con discapacidad, que suelen haber llevado toda una vida de bajos ingresos, empleos esporádicos o desempleo y pocas oportunidades de ahorrar.

El 29% de las personas de 65 a 69 años padece algún dolor crónico; este porcentaje se eleva a 35% para las que tienen 75 años y más. Los dolores se agudizan a medida que aumenta la edad: los sufren 17% de las personas de 65 a 74 años y 20% de las que tienen 75 años y más. Entre las causas de dolores crónicos están la migraña, la artritis, el reumatismo, la angina y las enfermedades vasculares. En ambos grupos de edad, es más probable que manifiesten dolores crónicos las mujeres que los hombres (34% y 27%, respectivamente).

Las caídas y las lesiones producidas en el hogar también influyen en la salud de los adultos mayores. Las tasas de lesiones y de mortalidad provocadas por caídas accidentales aumentan con la edad tanto para los hombres como para las mujeres. De las defunciones que se produjeron en 1993 como consecuencia de caídas accidentales, 35,7% correspondieron a hombres de 65 años y más y 51,6% a mujeres del mismo grupo de edad. Las deficiencias visuales afectan a 9% de la población de 65 años y más. Las mujeres suelen empezar a sufrir estos problemas y otras limitaciones de la actividad relacionadas con la salud antes que los hombres. Aunque las tasas de limitación de la actividad de las mujeres son más altas que las de los hombres en todos los grupos de edad que constituyen la población de ancianos, la diferencia solo es pronunciada en las personas de 75 años y más.

Un problema que solo se ha planteado recientemente ante la opinión pública es el abuso de los ancianos, una expresión que en general se utiliza para hacer referencia al maltrato fi-

sico, psicosocial o económico de las personas mayores. Aproximadamente 4% de las personas de edad avanzada que no están al cuidado de instituciones especializadas han denunciado que son objeto de maltrato. El abuso económico es la forma de abuso más frecuente a que están expuestos los canadienses ancianos, pues afecta a 60.000 de ellos. Las agresiones verbales crónicas afectan a unos 34.000 ancianos, en tanto que otros 12.000 sufren maltrato físico. En la mayor parte de los casos de abuso físico, los victimarios son los cónyuges de las víctimas.

La salud de la familia

En el Canadá, como en casi todas las demás partes del mundo industrializado, las tasas de matrimonios están disminuyendo. El número de matrimonios alcanzó una cifra máxima de alrededor de 205.000 en 1972. Posteriores aumentos durante poco tiempo apenas moderaron la tendencia descendente, como consecuencia de la cual se registraron menos matrimonios (159.959) en 1994 que 25 años antes, por más que la población hubiera aumentado en casi 30% durante ese lapso. El número de divorcios registrados en 1994 fue de 78.880, lo que representa una pequeña variación con respecto a 1989.

En 1994, 80% de la población, esto es, 23,5 millones de canadienses, vivían en familia. Aunque se constituían más familias, se producían menos nacimientos; en 1995, el tamaño medio de una familia era de 3,0 personas. El 13% eran familias de padres solteros. Si bien este porcentaje se ha mantenido estable desde 1986, representa un incremento de 4% desde 1971. Apenas 17% de las familias de padres solteros estaban encabezadas por hombres.

La violencia familiar, en particular el maltrato a la esposa y a los hijos, se ha convertido en un importante problema social. En 1993, 10% de las mujeres de 18 años y más habían sido objeto de violencia el año anterior. Muy probablemente, las mujeres que denunciaban haber sido víctimas de violencia tenían entre 18 y 24 años.

La mitad de las mujeres canadienses (51%) han experimentado por lo menos un incidente de violencia física o sexual a partir de los 16 años de edad. Se observan algunas variaciones geográficas notables en el ejercicio de la violencia contra la mujer. Es mucho menos probable que, en promedio, sean víctimas de violencia las mujeres de Terranova (33%) que las de Alberta y la Columbia Británica, que la sufren en un porcentaje mucho mayor (58% y 59%, respectivamente).

Se supone que la tasa de mortalidad de los lactantes de menos de 1 año de edad como consecuencia del maltrato fue de 2,7 por 100.000 nacidos vivos entre 1985 y 1990. En 1992, 40.000 niños fueron retirados de su hogar y puestos bajo la

tutela protectora del Estado. Si bien los niños de todas las edades corren el riesgo de ser sometidos a maltratos, es más probable que sean abandonados los que tienen 3 años o menos y que sufran abuso físico los de 12 a 15 años. Aunque el maltrato a los niños no se limita a una clase social o a un sector de la población, la situación económica desfavorable contribuye en alto grado al abandono de niños.

La salud de los trabajadores

Un porcentaje considerable de canadienses (63,8%) constituye la población activa. En todos los grupos de edad, la tasa de desempleo de los hombres es más alta que la de las mujeres. La participación femenina en la fuerza de trabajo aumentó desde 1970, cuando llegó a 36%, hasta alcanzar un máximo de 59% en 1992, y luego declinó a 57% en 1995. El aumento global de la participación femenina produce importantes efectos sobre la salud, puesto que si bien la mujer se incorpora al mercado laboral a un ritmo sin precedentes, a menudo sigue asumiendo casi toda la responsabilidad de la crianza de los hijos. Una encuesta realizada en 1991 encontró que las madres canadienses que estaban empleadas y tenían hijos menores de 13 años declaraban estar sometidas a una gran tensión porque día tras día debían hacer malabarismos para cumplir tanto con sus funciones en el trabajo como con las obligaciones derivadas de su familia y la crianza de sus hijos. En las unidades familiares mantenidas con los ingresos de ambos miembros de la pareja, 32% de las mujeres declararon que se suscitaba un alto grado de conflicto entre el trabajo remunerado y el cuidado de la familia en comparación con 23% de los hombres. Era más probable que fuesen solteras las madres que declaraban la existencia de una situación de gran tirantez entre el trabajo y la familia: entre las madres que estaban empleadas y tenían hijos menores de 13 años, 27% de las solteras y 18% de las casadas declararon que cotidianamente experimentaban una gran tensión entre el trabajo y la familia.

Aunque la gran mayoría de los hombres y las mujeres que componen la fuerza de trabajo remunerado declaran estar considerablemente satisfechos con su actividad, el número de quienes así se expresan ha disminuido desde 1991. En el plano individual, el ritmo y la cantidad de trabajo, la sensación de ser vigilados, la reiteración de las tareas y la gama de conocimientos que hay que poner en práctica, repercuten en la salud. Se ha comprobado que los factores organizativos, tales como el nivel y la modalidad de remuneración, la calidad de los beneficios, el grado de participación del empleado en el proceso de adopción de decisiones y la concepción filosófica global de la gerencia administrativa acerca de los trabajadores y de su bienestar, guardan relación con la salud en el lugar de trabajo.

La salud de los discapacitados

Las condiciones de salud funcional del conjunto de los canadienses de 12 años y más se han evaluado sobre la base de datos proporcionados por ellos mismos sobre la visión, la audición, el habla, la movilidad, el uso de las manos y los dedos, la memoria y el razonamiento, los sentimientos, el dolor y los malestares. Los datos correspondientes a 1994–1995 indican que la mayoría de los canadienses gozan de perfecta salud o tienen problemas menores perfectamente corregibles como, por ejemplo, la miopía o una ligera hipoacusia.

Cerca de 5 millones de canadienses de 12 años y más declaran que padecen alguna discapacidad o limitación permanente como consecuencia de un problema de salud. Algunas de las afecciones que causan estas limitaciones son los problemas no artríticos en la espalda (17%), las dificultades de la visión y la audición (17%), los trastornos respiratorios o digestivos (9%) y las cardiopatías que no son enfermedades coronarias (7%). Tienen limitaciones: 13% para realizar quehaceres domésticos, 5% de los estudiantes para desempeñarse en el colegio y 8% de la población activa para cumplir con sus obligaciones laborales.

En todos los grupos de edad, es un poco más probable que las personas que declaren tener alguna limitación en el hogar o en la escuela sean mujeres; en cambio, es más probable que sean hombres quienes manifiesten tener limitaciones en el trabajo. Con excepción de las limitaciones relativas a las actividades escolares, la tasa de limitaciones disminuye claramente con la edad, hasta los 65 años. Más de 36% de las personas mayores de edad más avanzada declaran que tienen alguna limitación para realizar sus actividades en el hogar. En lo que se refiere a la población activa del Canadá, la comprendida en el grupo de 45 a 64 años es la que más probablemente declare que tiene limitaciones en el trabajo.

La salud de los indígenas

Los datos de 1991 indican que, a diferencia de la población canadiense en su conjunto, 31% de los miembros de las Primeras Naciones padecen alguna forma de discapacidad. Los problemas declarados fueron de movilidad (45%), de agilidad (35%), auditivos (35%) y visuales (25%). De todas estas discapacidades, 65% fueron clasificadas como leves y 12% como graves. En lo que se refiere a la población inuit, 29% declaró tener alguna discapacidad. Sufre deficiencias auditivas 44% (un porcentaje mayor que el encontrado en otros subgrupos o en la población canadiense en su conjunto), 36% declara tener problemas de movilidad, 26% de agilidad y 24% de visión. La bibliografía indica que las principales causas de discapacidad de los pobladores de las Primeras Naciones y de los inuits son las elevadas tasas de acci-

dentes, las malas condiciones de la vivienda y de la comunidad, el abuso de alcohol y sustancias tóxicas, y afecciones crónicas tales como la diabetes.

Los miembros de las Primeras Naciones y los inuits siguen estando entre los grupos más desfavorecidos tanto social como económicamente. Sin embargo, a pesar de los problemas actuales, se han logrado importantes avances en muchos aspectos relacionados con la salud de estos pueblos durante los tres últimos decenios. Estos avances han sido posibles fundamentalmente porque han mejorado las condiciones de vida, hay un acceso más amplio a una buena atención de salud y ha aumentado la participación de las comunidades indígenas en el sistema de atención de salud. En 1994–1995, 6% de las viviendas de los pueblos de las Primeras Naciones no tenían un abastecimiento de agua satisfactorio y 12% carecían de un sistema apropiado de eliminación de aguas servidas, en comparación con los respectivos porcentajes de 25% y 33% registrados en 1986.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

En el Canadá, las enfermedades transmisibles consideradas de particular importancia para la salud pública son la enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, los agentes patógenos transmitidos por la sangre (como la hepatitis B y C), la influenza y el virus sincicial de las vías respiratorias, *Streptococcus pneumoniae* resistente a los antimicrobianos, las infecciones hospitalarias, los enterococos resistentes a la vancomicina, *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina, las enfermedades entéricas transmitidas por el agua, el sarampión, los Hantavirus, la parálisis flácida aguda, el síndrome de rubéola congénita y el VIH/sida.

Enfermedades transmitidas por vectores. Los datos indican que en 1996 hubo 744 casos nuevos de malaria, más que los 637 notificados en 1995. Todos los casos de malaria fueron importados. En 1996 no se notificaron casos de fiebre amarilla ni de peste. Durante varios decenios no se informaron casos de fiebre amarilla en el Canadá.

Enfermedades inmunoprevenibles. En 1995 hubo un caso de poliomielitis asociado con la administración de la vacuna. En 1996 se produjo una importación del poliovirus salvaje, aunque no se notificó ningún caso. En 1994 se informaron dos casos de difteria (no relacionados con viajes); no se notificó ninguno en 1996. Se comunicaron seis casos de tétanos en 1995 y dos en 1996. Hubo 280 casos nuevos de parotiditis y 237 incidentes de rubéola en 1996. Los casos nuevos de hepatitis B fueron 2.774 en 1996, un número ligeramente in-

ferior al de 3.034 de 1995. Se estima que entre 85% y 95% de la población de cada provincia o territorio que reúne los requisitos establecidos para ser inmunizada contra la hepatitis B ha recibido la dosis completa de la vacuna.

En 1995 se notificaron 2.362 casos de sarampión, en comparación con los 503 de 1994. En 1996 los casos nuevos de sarampión notificados fueron tan solo 322. En 1996, 11 provincias y territorios introdujeron un programa de vacunación antisarampionosa con dos dosis rutinarias en reemplazo de la estrategia de una dosis. En combinación con una campaña en gran escala, los programas de vacunación con dos dosis de vacuna trajeron aparejada una cobertura de 97%. Por esto ha decrecido de manera significativa la transmisión y la incidencia del sarampión.

En 1992 se introdujeron las vacunas conjugadas contra *Haemophilus influenzae* serotipo b (Hib) para inmunizar sistemáticamente a los lactantes y así se ha logrado reducir en más de 85% la incidencia de la enfermedad por Hib que se notifica en el Canadá. En 1996 fueron notificados tan solo 56 casos de Hib invasora.

La cobertura inmunitaria de los pueblos de las Primeras Naciones y de las comunidades inuits es inferior a la media. Algunos factores inhiben la cobertura: el alejamiento de las familias de sus comunidades como consecuencia de la caza, la pesca, la recolección de bayas u otros trabajos de temporada; el fracaso de las autoridades para imponer el cumplimiento de las normas de inmunización; las creencias religiosas o la posición filosófica, y la información negativa de los medios de comunicación, en particular con respecto a la vacunación contra la tos ferina.

Cólera. En 1996 se notificaron cuatro casos de cólera.

Infecciones respiratorias agudas. Las bacterias y los virus que se desarrollan en las vías respiratorias de los seres humanos o que las infectan son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los adultos y los niños del Canadá. Entre abril y noviembre, el virus de la influenza es la causa de un número estimado de 70.000 hospitalizaciones y 6.700 defunciones por año, especialmente de personas de edad avanzada o con enfermedades subyacentes. El virus sincicial de las vías respiratorias, una infección común entre los niños, causa alrededor de 34 hospitalizaciones por 1.000 niños al año. Estudios recientes efectuados en el Laboratorio Central para el Control de las Enfermedades, que depende de Salud Canadá, indican que *Streptococcus pneumoniae*, la causa bacteriana más común de la neumonía, afecta a unos 15 canadienses, especialmente entre los muy jóvenes y los ancianos, por 100.000 al año. Investigaciones similares han determinado tasas de enfermedades provocadas por otros elementos patógenos de las vías respiratorias, tales como los estreptococos del grupo A (aproximadamente 3,5 casos por

100.000 personas al año) y *Neisseria meningitidis*, una causa común de meningitis (alrededor de un caso por 100.000 personas al año).

Rabia. No se notificó ningún caso de rabia humana durante un decenio por lo menos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde 1979, cuando se diagnosticó el primer caso de sida, el número de casos ha aumentado en forma constante y en 1994 llegó a un total acumulado de 10.689. En 1996 hubo tan solo 558 casos nuevos de sida, menos que los 1.266 de 1995. En 1995, la tasa de casos de sida en el Canadá fue de 4,0 por 100.000.

En el Canadá, la mayoría de las personas con sida han estado expuestas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como consecuencia de contactos sexuales con individuos infectados; el resto se ha infectado por usar agujas contaminadas o recibir productos sanguíneos o transfusiones de sangre de donantes infectados por el virus. Solo 6% de los casos de sida notificados corresponden a mujeres; 99% de los casos de sida se producen en la población adulta. La mayoría de los casos notificados (77%) ocurren en hombres homosexuales y bisexuales.

La tasa de infección más alta se encuentra en el grupo de 30 a 39 años de edad, al que le siguen, primero, el de 40 a 49 años, y después el de 20 a 29 años. No se cree que estas diferencias de edad sean el reflejo de las prácticas sexuales actuales, sino del largo período de incubación del VIH. Ontario, Quebec y la Columbia Británica reúnen el mayor número de casos de sida y de defunciones por esta causa. La concentración de sida en estas provincias es superior al porcentaje esperado en función de sus respectivas poblaciones.

En 1996 la infección por clamidias era la ETS más común; no obstante, cinco años antes la infección gonocócica era la ETS notificada más a menudo. En 1996 hubo 24.476 casos notificados de infección por clamidias, menos que los 37.061 registrados en 1995. En 1996 se produjeron 3.914 infecciones gonocócicas, lo que representa una disminución de más de 10 veces con respecto al número de casos notificados desde 1981. En 1996 se notificaron 1 caso de sífilis congénita, 14 casos de sífilis latente temprana, 45 de sífilis sintomática temprana y 248 de otras sífilis. En todos los grupos de edad, es más probable que las personas con gonorrea o sífilis sean hombres y no mujeres, pero es tres veces más probable que sean mujeres y no hombres quienes contraigan alguna infección por clamidias.

Tuberculosis y lepra. En 1994 se notificaron 2.074 casos de tuberculosis. En los niños menores de 4 años de edad se informaron 91 casos de tuberculosis. En lo que se refiere a la población en su conjunto, se notificaron 110 muertes (69 de

hombres y 41 de mujeres) atribuibles a la tuberculosis. En 1995, la incidencia de la tuberculosis descendió a 1.930. La mayor parte de los casos de tuberculosis activa que se notifican actualmente en el Canadá ocurren en personas procedentes de otros países en los que la enfermedad es más prevalente.

El número total de casos notificados de tuberculosis activa en las comunidades de las Primeras Naciones se ha mantenido constante en el pasado reciente. En 1980 se notificaron 390 casos y en 1995, 343. Estas cifras constituyeron 14% y 18% de la totalidad de casos notificados en el Canadá en 1980 y 1995, respectivamente.

En 1996 se notificaron cinco casos de lepra.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En general, no se considera que la desnutrición proteinoenergética de los niños menores de 5 años sea un problema en el Canadá. Toda la sal que se comercializa, tanto la de mesa como la de uso doméstico en general, debe estar yodada, y menos de 5% de los niños en edad escolar tienen bocio. Como consecuencia de los programas de enriquecimiento de los alimentos, la población canadiense en su conjunto no tiene deficiencia de vitamina A. Sin embargo, los estudios realizados desde 1991 sobre la ingesta alimentaria han determinado que hay sectores de la población de las Primeras Naciones que están expuestos a una baja ingesta de vitamina A. La ingesta de calcio es insuficiente en ciertos grupos de la población. Además, tal vez la población, en particular la femenina, no consume un micronutriente como el ácido fólico en proporción suficiente para satisfacer los requisitos de un régimen alimentario estándar en el Canadá. Recientemente se han adoptado medidas para aumentar el enriquecimiento con ácido fólico de la harina y otros productos elaborados con granos para ayudar a reducir el riesgo de nacimientos con defectos en el tubo neural, como por ejemplo espina bífida.

La anemia ferropénica y los efectos que produce en el crecimiento y el desarrollo siguen constituyendo un problema, sobre todo para ciertos subgrupos de mujeres. Los datos indican que la ingesta de hierro es baja entre las mujeres de 18 a 49 años en Nueva Escocia y en Quebec. Además, los lactantes de ciertas regiones y de algunas familias de bajos ingresos del Canadá están expuestos a la falta de hierro en una etapa posterior de su vida por el consumo de leche entera de vaca en el período de la lactancia. La lactancia natural, una parte importante de la nutrición infantil, está muy extendida entre las madres de niños menores de 2 años de edad; 75,3% de los niños han sido o están siendo amamantados.

Generalmente, el exceso de peso es más prevalente en las provincias orientales del Canadá: oscila entre 61% en Terranova y 44% en la Columbia Británica. Es más probable que las personas con exceso de peso sean hombres y no mujeres: 57% de los hombres, en comparación con 40% de las mujeres, están cada vez más expuestos a sufrir enfermedades cardiovasculares debido al exceso de peso.

Aunque uno de cada dos canadienses de 20 a 69 años de edad tiene un peso saludable, aproximadamente 48% de los canadienses tienen un índice de masa corporal de 25 o más, que los expone a sufrir enfermedades cardiovasculares y otras afecciones, como la alta presión arterial y la diabetes. Un porcentaje significativo de la población tiene un exceso de peso que entraña riesgos para la salud posibles (17%) y probables (32%). En el otro extremo del espectro, casi la décima parte (9%) de la población tiene un peso inferior al normal. Es más probable que sean mujeres (15%) y no hombres (5%) quienes presenten problemas de salud asociados con un peso inferior al normal.

Se ha diagnosticado diabetes a 1.500.000 canadienses. Todos los años se diagnostica diabetes a unos 60.000 canadienses. El 10% de los diabéticos tienen diabetes del tipo I y el restante 90%, diabetes del tipo II. El 80% de las personas con diabetes del tipo II tienen exceso de peso y 5% de las mujeres desarrollará diabetes durante su embarazo. Es casi tan probable que declare tener diabetes un hombre como una mujer y la prevalencia total es generalmente baja (4% en las mujeres y 5% en los hombres). La diabetes es por lo menos de dos a tres veces más frecuente entre los miembros de las Primeras Naciones que en el resto de la población.

Enfermedades cardiovasculares. La tasa de mortalidad por todas las categorías importantes de enfermedades cardiovasculares ha ido declinando desde mediados de los años sesenta a razón de aproximadamente 2% por año. Sin embargo, las afecciones cardiovasculares siguen siendo una de las causas principales de defunción, discapacidad y enfermedad en el país. En 1994, las afecciones cardiovasculares representaron 38% de las muertes. La tasa de mortalidad de los hombres es casi el doble que la de las mujeres en todas las categorías de enfermedades cardiovasculares, excepto los accidentes cerebrovasculares, para los cuales la tasa de mortalidad es prácticamente igual en todas las edades.

Hasta los últimos decenios, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares era mucho más baja en las comunidades de las Primeras Naciones que en la población en su conjunto. Sin embargo, durante el último decenio, los hombres de estas comunidades han presentado una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica similar a la del conjunto de la población masculina canadiense. La tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares estandarizada por edad está disminuyendo en las comunidades de las Primeras Naciones; al

igual que la diferencia relativa entre las tasas de mortalidad de estas comunidades y las de la población canadiense en su conjunto. La tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas y por accidentes cerebrovasculares de las mujeres de las Primeras Naciones es mayor que la de la población femenina canadiense en su conjunto. Durante el último decenio, la diferencia entre las mujeres de las Primeras Naciones y las de la población en su conjunto con respecto a los accidentes cerebrovasculares ha disminuido notablemente, aunque ha seguido siendo la misma en relación con las cardiopatías isquémicas. Quizá la mayor prevalencia de factores de riesgo en relación con las enfermedades cardiovasculares, tales como la alta tensión arterial, la diabetes, la obesidad y el tabaquismo, expliquen en parte esta tendencia.

La prevalencia de uno o más factores modificables que entrañan riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares es uniformemente alta entre los hombres y las mujeres de 18 a 74 años (66% y 62%, respectivamente). No hay marcadas diferencias de género en cuanto a la prevalencia global del tabaquismo. Casi una cuarta parte de los hombres y mujeres canadienses de 18 a 74 años fuma regularmente. La tensión arterial alta es más prevalente entre los hombres que entre las mujeres del Canadá: tienen tensión arterial alta 19% de los hombres y 13% de las mujeres. Más de 20% de los adultos está cada vez más expuesto a contraer una enfermedad cardiovascular debido a la elevada concentración plasmática de colesterol; la diferencia de la tasa no es significativa entre hombres y mujeres. El nivel de educación está estrechamente ligado a la prevalencia de los factores de riesgo. Es mucho más probable que aparezca por lo menos uno de los principales factores de riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular entre los canadienses con 11 o menos años de estudio que entre los que han cursado estudios durante más de 11 años (76% en comparación con 59%).

Tumores malignos. Aunque desde mediados de los años ochenta se ha mantenido relativamente estable la tendencia tanto de la incidencia de todas las formas de cáncer como de la mortalidad que provocan, el número de casos nuevos y de defunciones sigue aumentando con el envejecimiento de la población. En 1995 se diagnosticaron 125.400 casos nuevos de cáncer y se estima que ese año murieron unos 61.500 canadienses por esta causa. Las tasas de cáncer pulmonar, cada vez más altas, así como el envejecimiento de la población, han contrarrestado la reducción de la tasa de mortalidad por muchos tipos de cáncer, tales como la leucemia y el cáncer de colon y recto. En 1994, el cáncer en sus numerosas formas ocupó el segundo lugar entre las principales causas de defunción y representó más de 891.000 años potenciales de vida perdidos. Los cánceres, incluidos los del pulmón y la próstata, representan 28,3% y 27,0% de las muertes totales de hombres y mujeres, respectivamente. Se estima que en 1997 se produ-

cirán unas 60.700 defunciones por cáncer, lo que representa un aumento de 25% desde 1987.

Accidentes y violencia. En 1993, los accidentes, los envenenamientos y la violencia representaron 8% de las hospitalizaciones. La tasa de mortalidad por lesiones es más alta en las comunidades de las Primeras Naciones que en la población canadiense en su conjunto; sin embargo, ha disminuido mucho desde 1979, en particular entre los hombres. En el período comprendido entre 1990 y 1994, las causas principales de defunción por lesiones en estas comunidades fueron, en orden decreciente de importancia, los accidentes ocasionados por vehículos de motor, el suicidio, los homicidios y el ahogamiento.

Los accidentes de tránsito son una de las principales causas de muerte de la juventud canadiense. Es dos veces más probable que las personas que se lesionan o mueren en accidentes automovilísticos sean adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años que de cualquier otro grupo de edad. Aunque son muchos los factores que ocasionan los accidentes de tránsito, entre ellos los errores o imprudencia de los conductores y el mal estado de las carreteras, la combinación del consumo de alcohol con la conducción de un vehículo es una de las causas principales de muchos de los accidentes automovilísticos que se producen anualmente.

Los años potenciales de vida perdidos por accidentes de tránsito son aproximadamente el triple para los hombres que para las mujeres. Hay algunas variaciones geográficas importantes en cuanto a las defunciones por accidentes de tránsito. Si bien la mayor parte de las muertes y lesiones provocadas por accidentes de vehículos de motor se producen en Ontario y Quebec, en esta última provincia se registran menos lesiones que las que le corresponderían en función de su actual porcentaje de población; por su parte, Ontario está subrepresentada en cuanto a las defunciones. Por el contrario, hay una sobrerrepresentación de muertes por accidentes de tránsito en la isla Príncipe Eduardo, Alberta y la Columbia Británica. Asimismo, en la Columbia Británica se registra un número desproporcionado de personas lesionadas como consecuencia de los choques que se producen en las carreteras. Quebec y Alberta se distinguen de las otras provincias por la elevada proporción de choques de vehículos de motor que resultan mortales.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas. Aparte de la cafeína, el alcohol es la droga psicoactiva que se consume más comúnmente. No obstante, el consumo de alcohol sigue en descenso: en 1994, 72,3% de los canadienses declararon que bebían (por lo menos una bebida al mes, de acuerdo con la definición de consumo), en comparación con 79% en 1990. Una encuesta sobre el alcohol y otras drogas permitió comprobar que solo 5% de los canadienses bebían diariamente.

Los grupos considerados especialmente vulnerables a los daños asociados con el consumo de alcohol y otras drogas comprenden las mujeres, los jóvenes, las personas de edad avanzada, los miembros de las Primeras Naciones y de las comunidades inuits y los infractores que conducen vehículos de motor con sus reflejos disminuidos. Los jóvenes de las Primeras Naciones corren un riesgo de sufrir problemas relacionados con el alcohol entre dos y seis veces mayor que los jóvenes de otros segmentos de la población canadiense.

Hay grandes variaciones geográficas en cuanto al consumo de alcohol: la isla Príncipe Eduardo y Nuevo Brunswick están muy por debajo del promedio nacional en relación con la prevalencia del hábito de beber; por el contrario, Quebec y la Columbia Británica están por encima de ese promedio.

La nicotina es la tercera de las drogas psicoactivas más comúnmente consumidas. En 1995, 27% de los canadienses de 15 años y más declararon que fumaban regularmente, un porcentaje inferior en casi 5% al registrado en 1989 (31,9%). El fumador medio canadiense de 15 años y más fumaba en promedio 20,5 cigarrillos por día. En general, fuman más los hombres que las mujeres (28,4% y 25,6%, respectivamente). La tasa de consumo es mayor entre los jóvenes de 20 a 24 años (37%) y menor entre los adultos mayores de 65 años (14%). En cuanto a la prevalencia del tabaquismo, hay grandes variaciones en las provincias, que oscilan entre un porcentaje elevado de 33,6% en Quebec y uno bajo de 22,4% en Ontario. La mayoría de los canadienses de las Primeras Naciones (57%) fuma; la mitad de ellos lo hace diariamente.

Uno de cada cinco jóvenes de las Primeras Naciones ha consumido solventes. Una tercera parte de los usuarios tienen menos de 15 años de edad y más de la mitad empezó a consumir solventes antes de cumplir los 11 años.

Salud oral. En 1990, 75% de los canadienses habían visitado a un dentista en los 12 meses anteriores. Entre 1993 y 1995, el índice de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) fue de 2,1 para los niños de 12 años del conjunto de la población. El índice CPO-D para los niños de las Primeras Naciones fue de 4,4.

Aproximadamente 40% de la población recibe agua potable fluorurada. Desde 1986, ha cambiado poco el número de ciudades del Canadá que han puesto en marcha programas de fluoruración del agua. Casi 72% de la población se abastece con agua tratada; de ese porcentaje, 53,7% recibe agua fluorurada artificialmente. Los niveles de fluoruros en el abastecimiento municipal de agua están controlados y supervisados por los gobiernos provinciales, territoriales y municipales.

Desastres naturales. En mayo de 1997, una grave inundación provocó la evacuación de 28.000 residentes de la provincia de Manitoba. Aunque las aguas dañaron 2.500 casas y los gastos generados se estimaron en casi Can\$ 200 millones, la

buena coordinación de las tareas de socorro impidió la pérdida de vidas.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

En la Ley sobre Salud del Canadá se establecen los principios del sistema nacional de atención de salud. Estos principios comprenden: administración pública sin fines de lucro, servicios completos, cobertura de toda la población, accesibilidad de los servicios y transferibilidad de las prestaciones. El sistema de seguro médico integral del Canadá, que costean los contribuyentes, cubre los servicios hospitalarios y médicos necesarios, tanto de hospitalización como ambulatorios y clínicos, de todos los residentes. Ningún residente puede ser discriminado en función de factores tales como su ingreso, edad, lugar de residencia o estado de salud.

Políticas y planes nacionales de salud

Lo que ya se conoce en el país como Medicare está formado por 12 planes de salud interconectados cuya administración se encuentra a cargo de las provincias y territorios, que tienen autoridad constitucional para prestar atención de salud. Los dos elementos principales del sistema de Medicare son el programa de seguro hospitalario y el de atención médica. La Ley sobre Seguro Hospitalario y Servicios de Diagnóstico, promulgada en 1957, llevó a todas las provincias y territorios a ofrecer a sus residentes una cobertura completa de asistencia hospitalaria en 1961. Luego, en 1968, se promulgó la Ley Federal sobre Atención Médica, y ya en 1972 todos los planes de atención de salud provinciales y territoriales aseguraban también los servicios de los médicos. La Ley sobre Salud del Canadá de 1984 consolidó la legislación previa sobre seguro hospitalario y médico, y aclaró las normas nacionales generales a que deben ceñirse los planes provinciales para que puedan recibir fondos federales.

Luego de la publicación del informe Lalonde (“Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses”) en 1974 y de la aprobación de la Carta de Ottawa de 1986, el Canadá ha comprendido más cabalmente los factores que influyen en la salud y ha adoptado medidas en diversos frentes. Las políticas oficiales prestan atención preferente a las opciones de modos de vida (por ejemplo, régimen de alimentación, ejercicio y tabaquismo) y a las normas de orden público (por ejemplo, la legislación sobre cinturones de seguridad). Además, se ha tomado conciencia de la dimensión social de la salud, más allá de los factores sujetos al control inmediato de los individuos, los profesionales y las comunidades.

En octubre de 1994, el Gobierno federal creó el Foro Nacional de la Salud. Se encomendó al Foro la tarea de asesorar al

Gobierno federal sobre las distintas formas de mejorar el sistema de atención de salud y la salud de la población canadiense. En 1997, después de numerosas consultas públicas, el Foro publicó su informe final: “Gestión de la salud en el Canadá: construir el patrimonio”. El Foro hizo hincapié en que las estrategias para mejorar el estado de salud de la población tuvieran en cuenta una amplia variedad de factores determinantes de la salud: el entorno social y económico, el medio ambiente físico, las prácticas personales de higiene, la idoneidad y la capacidad competitiva de los individuos y la disponibilidad de los servicios médicos.

En 1997, el Gobierno anunció diversas medidas tendientes a mejorar la salud de la población, entre ellas el establecimiento de un Fondo Transitorio para la Salud que durante tres años proporcionará Can\$ 150 millones para apoyar proyectos provinciales y territoriales y enfoques innovadores tendientes a modernizar el sistema de atención de salud. El Fondo considerará proyectos específicos tales como el seguro nacional para los servicios farmacéuticos y domiciliarios, la atención primaria de la salud, la medicina preventiva y la adopción de decisiones sobre la base de hechos concretos. Con el Sistema de Información sobre la Salud del Canadá se procura fortalecer la red de vigilancia médica canadiense y establecer una base de datos relativos a la salud de la población y un sistema de información sobre la salud de la población de las Primeras Naciones. El Plan de Acción Comunitario para los Niños y el Programa de Nutrición Prenatal del Canadá se basan en asociaciones constructivas con provincias, territorios y diversas partes interesadas para proporcionar el apoyo comunitario que las familias en riesgo necesitan como ayuda para asegurar la salud de sus hijos. La Fundación del Canadá para la Innovación ayudará a generar recursos para llevar a cabo investigaciones innovadoras y progresistas en diversos sectores, incluido el de la salud. Seis Redes de Centros de Excelencia orientados hacia las ciencias de la salud (esto es, la Red para Enfermedades Bacterianas del Canadá, la Red para Enfermedades Genéticas del Canadá, la Red de Articulación y Aplicación de Prácticas de Salud Basada en Evidencia, la Red para la Salud Respiratoria, la Red de Neurociencias y la Red de Ingeniería Proteica) recibirán una financiación anual de aproximadamente Can\$ 50 millones para apoyar el trabajo de los investigadores en salud.

En agosto de 1995, el Gobierno federal anunció la adopción de una nueva política sobre el derecho inherente de las comunidades de las Primeras Naciones e inuits a autogobernarse. De conformidad con esta política, los gobiernos y las instituciones de estas comunidades adquirirán competencia o facultades para actuar en una serie de esferas, como por ejemplo la salud. Hasta ahora no se ha alcanzado consenso entre el Gobierno federal y las comunidades de las Primeras Naciones con respecto a los componentes esenciales de la política o del proceso de ejecución.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de atención de salud del Canadá depende mucho de los médicos de atención primaria (es decir, médicos de familia y generalistas), que representan aproximadamente 60% de los médicos en actividad en el país. Habitualmente son los puntos de contacto iniciales con el sistema de atención de salud oficial y controlan el acceso a casi todos los especialistas y a muchos prestadores paramédicos, el ingreso en los hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos.

Los médicos no son empleados del Estado; por el contrario, ejercen en su mayoría como profesionales particulares ya sea en forma independiente o en grupo, y gozan de un alto grado de autonomía. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios, realizan prácticas en grupo en hospitales o están afiliados a servicios hospitalarios ambulatorios. En general, los médicos particulares reciben honorarios por los servicios que prestan y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial.

En la mayor parte de los casos, cuando los canadienses necesitan atención médica acuden al médico o al dispensario de su elección y presentan la tarjeta de seguro médico expedida a todos los residentes de cada provincia siempre que reúnan los requisitos estipulados. Los pacientes canadienses no pagan en forma directa los servicios del hospital ni de los médicos a los que el seguro les da derecho a visitar; tampoco se les exige que llenen formularios para recibir los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, ni copagos, ni límites en dólares para la cobertura.

También participan en la atención primaria de la salud diversos profesionales paramédicos. Los dentistas trabajan independientemente del sistema de atención de salud, excepto cuando se requiere cirugía dental en el propio hospital. Aunque las enfermeras están empleadas en los hospitales, también proporcionan apoyo a los servicios primarios; es típico que lo hagan juntamente con las prácticas privadas. Los farmacéuticos preparan los medicamentos y las recetas que prescriben los médicos, proporcionan información sobre los productos prescritos y asesoran en las compras de fármacos no prescritos.

Los médicos especialistas brindan atención ambulatoria prácticamente sobre la misma base que los generalistas. Los especialistas controlan tanto las consultas a otros médicos y prestadores paramédicos como el ingreso a los hospitales; además, prescriben los exámenes diagnósticos, el tratamiento y los medicamentos necesarios.

Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro que dirigen consejos de administración fiduciaria, instituciones de beneficencia o los

municipios. Los hospitales controlan la asignación diaria de recursos, siempre y cuando se mantengan dentro de los presupuestos de operaciones establecidos por las autoridades de salud regionales o provinciales. Los hospitales rinden cuentas principalmente a las comunidades a las que sirven y no a la burocracia provincial. Los hospitales explotados con fines de lucro representan menos de 5% del total de hospitales y sus principales servicios son la asistencia a largo plazo y la atención especializada, como la que ofrecen los centros para toxicómanos.

Además de los servicios hospitalarios y médicos asegurados, las provincias y territorios también brindan cobertura a ciertos grupos de población excluidos de los servicios médicos comprendidos en el sistema nacional de seguro de salud. Estas prestaciones complementarias consisten a menudo en prescripción de fármacos, atención odontológica y oftalmológica, servicios de profesionales paramédicos tales como podólogos y quiroprácticos y asistencia para llevar una vida independiente.

Aunque las provincias y territorios proporcionan efectivamente algunas prestaciones adicionales, los servicios médicos suplementarios se prestan en gran parte gracias a la financiación privada. El pago de los gastos de menor cuantía puede depender de los ingresos o de la capacidad de pago de cada persona. Los individuos y las familias pueden adquirir un seguro privado o aprovechar un plan de seguro colectivo para empleados a fin de cubrir una parte de los gastos derivados de los servicios médicos suplementarios. Con arreglo a casi todas las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la que proporcionan los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Puesto que las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, se ha establecido una estructura que permite las consultas y la cooperación entre ellas. Esta estructura comprende la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud, diversos comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales, y numerosos subcomités y grupos de trabajo establecidos para encargarse de temas que exijan un estudio más detallado. Un ejemplo es el "Informe sobre la salud de los canadienses" de 1996, que preparó la Comisión de Asesoramiento Federal, Provincial y Territorial sobre la Salud de la Población. El Informe sirvió de ayuda a los encargados de diseñar las políticas para medir los progresos alcanzados por el Canadá en su empeño por mejorar la salud de su población y determinar qué medidas debían adoptarse para seguir mejorándola.

En la mayor parte de las provincias y territorios, la administración y el pago de los servicios médicos están a cargo del Ministerio de Salud o de algún otro organismo estrechamente vinculado con él. Estos planes de seguro médico efectúan los

pagos a los prestadores de los servicios en nombre de los residentes de las provincias. Estos planes deben funcionar respetando los principios establecidos por la Ley sobre Salud del Canadá para que la provincia tenga derecho a recibir íntegramente la transferencia de los fondos federales para salud. El Ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia.

Las provincias y territorios están obligados a suministrar servicios hospitalarios y médicos a todos los residentes, incluida la población de las Primeras Naciones, mediante planes de seguro provinciales. El Gobierno federal proporciona servicios terapéuticos y de salud pública en las más remotas comunidades de las Primeras Naciones y servicios de salud pública en el resto de dichas comunidades por conducto de la División de Servicios Médicos del Departamento de Salud federal. La División de Servicios Médicos también proporciona o paga las prestaciones médicas no cubiertas por el seguro a todos los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits que viven dentro de las reservas y fuera de ellas. La División de Servicios Médicos gasta casi Can\$ 976 millones al año en la organización y prestación de servicios médicos para los miembros de las Primeras Naciones y los inuits. En la actualidad, el Gobierno federal trabaja en forma mancomunada con las comunidades de las Primeras Naciones a fin de promover la buena salud y ayudarlos a asumir el control de sus propios programas de salud.

Las autoridades de salud provinciales, regionales y municipales también administran otros servicios sanitarios tales como la provisión de agua potable y el tratamiento de las aguas residuales, conducen programas de salud pública, como por ejemplo la vigilancia de enfermedades transmisibles y la educación para la salud, hacen inspeccionar los establecimientos donde se sirven comidas, ofrecen alojamiento y servicios hospitalarios a madres y recién nacidos y proporcionan servicios de medicina escolar, tales como dispensarios vacunales y consultorios de atención odontológica preventiva.

En el plano federal, el Departamento de Salud es el principal organismo que se ocupa de las cuestiones de salud. El Departamento asume una amplia función rectora en la promoción de relaciones esenciales para la nación: establece asociaciones activas con las provincias y territorios en la esfera de la salud, apoya iniciativas tendientes a corregir desigualdades en materia de salud, mejora la administración de los conocimientos, amplía la difusión de las investigaciones y pone en marcha programas de salud innovadores y eficaces para mejorar la salud de los canadienses.

El Ministro de Salud federal es políticamente responsable de velar por que las provincias respeten los criterios establecidos en la Ley sobre Salud del Canadá. Al respecto, el Departamento de Salud reglamenta las transferencias de fondos a las

provincias, los que se emplean para apoyar la financiación de los servicios médicos asegurados.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Departamento de Salud proporciona servicios de medicina del trabajo, saneamiento ambiental y atención de urgencia en las esferas de su competencia. También ejerce funciones reglamentarias para salvaguardar la calidad e inocuidad de los alimentos, los cosméticos, los plaguicidas y el agua potable, la calidad del aire, así como la seguridad y eficacia de los fármacos y dispositivos médicos. El Departamento se encarga de vigilar la incidencia de enfermedades, evaluar riesgos, prestar servicios de control de enfermedades, realizar la vigilancia epidemiológica y de laboratorio del VIH/sida en el ámbito nacional, e identificar y evaluar los peligros ambientales.

La vigilancia de los hospitales se lleva a cabo en muchos niveles. Es típico que las provincias controlen sus servicios fiscalizando presupuestos y gastos. El Real Colegio de Médicos y Cirujanos evalúa periódicamente el funcionamiento de los hospitales para incluirlos en programas de residencia. Profesionales paramédicos, como por ejemplo los fisioterapeutas, evalúan cada uno de los programas y los departamentos de los hospitales en función de su posible candidatura para capacitar pasantes. El Consejo Canadiense de Acreditación de Centros de Salud supervisa la calidad de los hospitales canadienses. El proceso de acreditación requiere que los hospitales se ajusten a ciertas normas mínimas para mantener su categoría. La imposibilidad de cumplir con estas normas puede entrañar cambios de clasificación, pérdida de la condición de hospitales docentes o, en ciertos casos, reducción de la financiación que reciben.

En marzo de 1996, el Gobierno federal desdobló las responsabilidades que le competían con respecto a la inspección de los alimentos y a las iniciativas tendientes a garantizar la inocuidad alimentaria, con la creación del Organismo Canadiense de Inspección de los Alimentos. Aunque las actividades tradicionales de inspección y fiscalización de la observancia de las normas vigentes que lleva a cabo la División de Protección de la Salud del Departamento de Salud han sido transferidas al Organismo de Inspección de los Alimentos, el Departamento de Salud retiene su competencia en materia de inocuidad de los alimentos y valor nutritivo de los comestibles en el Canadá. En particular, la División de Protección de la Salud prosigue dirigiendo la investigación, la evaluación de los peligros y el establecimiento de las normas que rigen la inocuidad de los alimentos. También evalúa la inocuidad de los alimentos cuando los industriales presentan solicitudes para utilizar alimentos y productos relacionados con ellos, como por ejemplo fármacos veterinarios, aditivos alimenta-

rios y comestibles derivados de la biotecnología. Los organismos de coordinación federales comprenden las comisiones intersectoriales que se ocupan de la reglamentación, la inspección y la inocuidad de los alimentos, a las que hay que añadir las comisiones dependientes del Consejo de Investigación Agrícola del Canadá.

En el Canadá, solo los médicos y los dentistas prescriben medicamentos. Los farmacéuticos que trabajan en farmacias privadas preparan los medicamentos prescritos. La División de Protección de la Salud del Departamento de Salud, que garantiza la inocuidad y la eficacia de los fármacos antes de que sea autorizada su comercialización en el mercado canadiense, dirige los procedimientos conducentes al otorgamiento de dicha autorización en el ámbito federal. Todos los productos terapéuticos se rigen por las disposiciones de la Ley sobre Alimentos y Medicamentos y la Ley de Control de Estupefacientes, que prohíben la importación para la venta de cualquier medicamento que configure una violación de lo que ellas estipulan. Desde 1997, el Departamento de Salud requiere que los fabricantes y distribuidores de fármacos cuenten con una licencia que se emite anualmente, tras la comprobación de que sus actividades se ajustan a las normas pertinentes, con lo que se garantiza que los requisitos para la fabricación, envase, importación, distribución y análisis de los fármacos sean uniformes en todo el país.

Los precios que cobran los fabricantes de medicamentos patentados son fiscalizados por la Junta de Revisión de los Precios Fijados para los Medicamentos Patentados, un organismo federal que se estableció en 1987, cuando se extendió a 20 años el período de protección efectiva de las patentes. En 1997, el Gobierno federal anunció su intención de estudiar la ampliación del mandato de dicha Junta con la inclusión de medicamentos no patentados.

La División de Protección de la Salud del Departamento de Salud se ocupa de los peligros químicos y radiológicos que se ciernen sobre el medio ambiente, la seguridad y eficacia de los dispositivos médicos y los riesgos que supone la radiación asociada con los productos farmacéuticos y dispositivos médicos de venta en el Canadá.

La Ley para la Evaluación del Medio Ambiente del Canadá, que se promulgó en 1995, es aplicada por el Organismo Canadiense de Evaluación del Medio Ambiente. La Ley estipula que los departamentos y organismos federales deben evaluar las consecuencias que pueden producir sus proyectos en el medio ambiente. La orientación intersectorial de la Ley proporciona los medios para incorporar tanto los factores ambientales, sanitarios y económicos como las cuestiones de interés público en el proceso gubernamental de adopción de decisiones. En la Ley, que aplican conjuntamente los Departamentos de Salud y Medio Ambiente en el ámbito federal, se valoran los riesgos potenciales para la salud de los contaminantes ambientales, se reglamenta el in-

greso en el Canadá de nuevos materiales que pudieran dañar la salud o el medio ambiente y se evalúan los riesgos para la salud de las nuevas sustancias, incluidas las derivadas de la biotecnología.

En general, las provincias fiscalizan las compras de tecnología cara, como por ejemplo medios de diagnóstico, mediante el control de los gastos de inversión. La Oficina de Coordinación para la Evaluación de Tecnología en el ámbito federal, y diversos organismos de evaluación similares en las provincias, evalúan las tecnologías con el propósito de garantizar su calidad y eficacia.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. En cumplimiento de una parte de su mandato nacional, el Departamento de Salud presta atención primordial a la promoción de la salud pública y con tal propósito ha puesto en marcha una serie de programas. La Iniciativa para el Desarrollo de los Niños (antes denominada Futuros más Brillantes) procura incrementar el bienestar de los niños canadienses. Algunas de sus tareas son la lucha contra el abuso de solventes en las comunidades de las Primeras Naciones e inuits y la organización de un sistema de información sobre cáncer infantil. Ambientación del Aborigen es una iniciativa que propugna intervenciones tempranas que tengan en cuenta las necesidades de los niños de las Primeras Naciones que viven en centros urbanos y en las grandes comunidades del Norte. Algunas de las intervenciones tempranas típicas son la participación de los padres, la educación preescolar, la educación en nutrición y los servicios sociales para los niños y sus familias. El Programa de Nutrición del Canadá permite que los grupos comunitarios organicen y lleven a cabo programas prenatales globales para las mujeres embarazadas que, por tener mala salud o estar mal nutridas, corren el riesgo de tener hijos con problemas de salud.

El programa de Desarrollo de la Capacidad de Liderazgo en los Estudiantes atiende especialmente al desarrollo de aptitudes de mando en la juventud de los colegios primarios y secundarios, fomentando su participación en la planificación y realización de actividades físicas intramuros. El programa denominado Desafío de una Vida Activa en el Canadá es fundamentalmente escolar y promueve una mayor participación en actividades físicas y un proceso de aprendizaje de una vida activa basado en la experiencia. Se está preparando la "Guía de las actividades físicas sanas" del Canadá, que proporcionará recomendaciones normalizadas sobre las actividades físicas y complementará la "Guía alimentaria" del Canadá. También se está preparando un suplemento de la Guía en el que se pondrán de relieve consideraciones especiales para los cana-

dienses de edad avanzada que quieran incorporar la actividad física a su vida cotidiana.

La violencia familiar es un grave problema social que repercute en forma negativa, principalmente en las mujeres, los niños y los ancianos. Por conducto de la División de Prevención de la Violencia Familiar, el Departamento de Salud se ha puesto al frente de la labor multidepartamental que, para abordar el problema, se lleva a cabo en el ámbito federal.

Hay 12 organismos federales que se ocupan de los problemas relacionados con el VIH/sida. Once de ellos forman parte del Departamento de Salud. Las medidas federales que se adoptan en las esferas de la educación y la prevención, la investigación, la acción comunitaria, la atención, el tratamiento y apoyo, la coordinación y las iniciativas internacionales se encuadran en el marco del fomento de las asociaciones, la creación de un entorno social estimulante y el aumento de las posibilidades que se ofrecen a las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida para que participen en la toma de decisiones sobre la atención de salud.

La Estrategia de Reducción de la Demanda de Tabaco se propone disminuir la incidencia del tabaquismo. Esta estrategia para promover la salud, que se financia con un impuesto complementario sobre las ganancias de la producción tabacalera, tiene un componente global de educación y sensibilización del público y abarca iniciativas de acción comunitaria. El programa Salud en Perspectiva intenta fundamentalmente conseguir que se fume menos y que dejen de fumar las adolescentes de 12 a 15 años.

Se llevan a cabo Encuestas sobre el Consumo de Alimentos para evaluar los riesgos para la salud que entraña la presencia de contaminantes químicos o de una cantidad insuficiente de nutrientes en los alimentos.

El Fondo para el Desarrollo de los Conocimientos sobre el río San Lorenzo con miras al 2000, que financian conjuntamente el Departamento de Salud y el Fondo de Investigaciones en Salud de Quebec, costea los proyectos de investigaciones que se proponen estudiar los efectos directos sobre la salud humana de la contaminación del río San Lorenzo, la vía fluvial más importante del Canadá.

Vivienda. En 1996, el Estado implantó una nueva política de vivienda que provee recursos adicionales y hace hincapié en el control comunitario y en la flexibilidad del diseño, de la demanda de mano de obra y de las asociaciones con el sector privado. La política de vivienda del Gobierno federal para las Primeras Naciones y los inuits se propone el mejoramiento de las condiciones de vida en las reservas, teniendo en cuenta las necesidades básicas de alojamiento de sus residentes. El Estado proporciona subsidios y fondos de garantía de préstamos a las comunidades de las Primeras Naciones y a sus miembros individualmente para ayudarlos a construir, comprar y renovar sus casas en las reservas y asigna fondos para

los gastos de funcionamiento de los edificios donde se desarrollan actividades administrativas, de capacitación o de asistencia técnica. Los propios pueblos de las Primeras Naciones administran directamente este programa.

Abastecimiento de agua y saneamiento. En el Canadá, aproximadamente 99% de la población dispone de agua potable. La mayoría (86%) la recibe por sistemas centrales y 14% por sistemas individuales. Asimismo, alrededor de 95% de la población cuenta con instalaciones satisfactorias para la eliminación de excretas. Los gobiernos federal y provinciales llevaron a cabo recientemente un programa de mejoramiento de la infraestructura que costó \$Can 6.000 millones y están actualizando las normas de calidad del agua potable, el agua destinada a actividades recreativas y el agua del medio ambiente.

El Gobierno federal suministra fondos a las personas de las Primeras Naciones y a los inuits para adquirir, construir, manejar y mantener servicios comunitarios básicos, tales como abastecimiento de agua y sistemas de electricidad y alcantarillado, escuelas, caminos, edificios municipales e instalaciones protegidas contra incendios. Las propias comunidades administran directamente más de 90% del presupuesto del programa. En 1995 y 1996, 95% de las viviendas situadas en las comunidades de las Primeras Naciones y de los inuits disponían de servicios de abastecimiento de agua y 90%, de alcantarillado, en comparación con 75% y 67%, respectivamente, en 1985 y 1986.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los hospitales del Canadá, que en su mayoría son instituciones sin fines de lucro dirigidas por los municipios o por consejos de administración, funcionan con un alto grado de autonomía respecto de los gobiernos federal y provinciales; la función de las provincias se limita a la planificación general de las funciones, la financiación y la presupuestación de las inversiones. En la actualidad, los únicos hospitales administrados directamente por las provincias suelen ser instituciones psiquiátricas; sin embargo, muchas de las provincias empiezan a desprenderse de ellas. El Gobierno federal administra varios hospitales para militares, proporciona servicios a los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits y hasta hace poco administraba algunos hospitales para ex combatientes.

Es típico que los hospitales estén organizados para prestar asistencia general o a casos agudos, atención comunitaria o secundaria y asistencia a largo plazo o a casos crónicos. Cualquier hospital puede ser clasificado como hospital docente si está asociado a una facultad de medicina. En las ciudades más grandes, algunos hospitales se han convertido en

instituciones altamente especializadas, tanto en el tratamiento de la artritis como en ortopedia o salud maternoinfantil. Como parte de la reestructuración del sistema sanitario, muchos servicios muy especializados se fusionan en un único centro urbano que presta servicios a toda una provincia o región.

Es característico que los servicios de salud pública sean financiados y brinden atención separadamente de los principales componentes de la atención de salud y que, además, estén administrados por dependencias locales o regionales. Abarcan gran variedad de programas, desde los muy amplios de inmunización, tales como la provisión de una segunda dosis de vacuna antisarampionosa, hasta los de educación en salud para grupos de riesgo ya identificados. Ofrecen programas de asesoramiento en salud maternoinfantil y servicios de salud reproductiva y ocupan un lugar de vanguardia en la lucha por controlar la propagación del sida. Además, la mayor parte de los servicios de salud pública coordinan o proporcionan directamente servicios de atención personal y domiciliaria, como por ejemplo la atención de enfermería a domicilio. En este sentido, los servicios de salud pública son parte integrante de la atención comunitaria.

Los servicios de atención comunitaria están organizados en dos niveles: la atención que se brinda en instituciones y la que se ofrece en el hogar. La primera se centra fundamentalmente en la provisión de atención prolongada y para casos crónicos, que comprende tanto las instalaciones donde solo se prestan servicios de salud limitados como las destinadas a proporcionar atención intensiva a casos crónicos. Aumentan cada vez más los ancianos debilitados, que constituyen la mayor parte de los pacientes de estas instituciones. Es típico que el gobierno provincial pague los servicios de atención prolongada, mientras que los gastos de alojamiento (cama y comida) corren mayormente por cuenta de cada persona.

Insumos para la salud

Los productos farmacéuticos son un componente clave del sistema canadiense de atención de salud. Los fármacos comprenden tanto los medicamentos recetados como los no recetados, además de los artículos personales para el cuidado de la salud. Habitualmente, los medicamentos recetados son prescritos por médicos, preparados por farmacéuticos y recibidos por el paciente en un hospital o en la comunidad. Los medicamentos no recetados, tales como los remedios para la tos o el resfriado, pueden conseguirse sin receta en bocas de expendio minoristas. Los artículos personales para el cuidado de la salud, que comprenden los de higiene bucodental y los equipos de diagnóstico en el hogar, también se consiguen en bocas de expendio minoristas.

La Ley sobre Salud del Canadá no prescribe la cobertura de

los fármacos, salvo los suministrados durante la internación en una institución. En 1995 se estimó que 88% de los canadienses tenían cobertura para los medicamentos recetados: 62% por planes privados, 19% por planes provinciales y 7% por unos y otros conjuntamente. Del 12% de la población que carecía de cobertura, más de la mitad eran empleados y familiares a su cargo, a quienes los empleadores no les ofrecían un plan de prestaciones complementarias que comprendiera la provisión de fármacos. En su mayoría, los consumidores pagan directamente al contado los medicamentos no recetados y los artículos personales para el cuidado de la salud.

Las estimaciones de los gastos en productos farmacéuticos indican que en 1996 este rubro representó Can\$ 10.800 millones. Esta cifra comprende todos los gastos en productos farmacéuticos del sistema de atención de salud, incluidos los fármacos para hospitales y otras instituciones de salud, los que se encuentran en los consultorios de los médicos privados y los productos de salud pública, como por ejemplo las vacunas. Sin el control de un sistema basado en un solo pagador, las preparaciones farmacéuticas se han convertido en el componente de los gastos nacionales en atención de salud que más rápidamente crece.

Tanto los pagadores del sector público como los del privado ponen en práctica medidas para contener el costo que representan las ganancias derivadas de los productos farmacéuticos. Algunas de esas medidas son el empleo de un formulario restrictivo en el que se haga hincapié en el uso de productos genéricos y en la realización de estudios farmacoeconómicos que demuestren que los productos son eficaces en función de su costo, un requisito imprescindible para incluirlos en la farmacopea. Otras medidas son el aumento de los pagos deducibles y de los copagos, la restricción del derecho a la cobertura, la fijación de un tope para las prestaciones y una información más completa que sirva de base para una prescripción correcta. Los gobiernos federal y provinciales examinan la posibilidad de poner en marcha un programa en el que haya un solo pagador de los productos farmacéuticos.

Tanto el sector público como el privado suministran equipo médico. Aunque una parte se puede conseguir por conducto de programas hospitalarios o comunitarios, casi todo el equipo es financiado por el sector privado mediante erogaciones directas en efectivo o un seguro privado. Las organizaciones de servicios subsidian a menudo los equipos de uso personal más caros, como por ejemplo las sillas de ruedas.

Recursos humanos

El empleo en servicios de salud representa una parte cada vez mayor del empleo total en el Canadá. En 1995, el empleo en servicios de salud (723.000 empleados y médicos, o sea

244,21 por 10.000 habitantes) representó cerca de 5,5% del empleo total. Entre 1975 y 1995 el empleo total de personal de salud aumentó en más de 16,4%. Las enfermeras representaban casi la mitad de este personal (eran 232.869, o sea 78,66 enfermeras por 10.000). El número de médicos también aumentó mucho, al pasar de 44.200 en 1975 a 55.006, ó 18,58 por 10.000 habitantes, en 1995. En ese mismo año había 22.197 farmacéuticos (7,50 por 10.000) y 15.636 dentistas (5,28 por 10.000).

Hoy en día la oferta de médicos en el Canadá es en general excesiva, sobre todo en las zonas urbanas. Al mismo tiempo, hay una escasez crónica de médicos en las zonas rurales y muy alejadas. En algunas jurisdicciones se ha comprobado asimismo que la razón entre médicos generalistas y especialistas es inaceptable. Los problemas planteados por la oferta de médicos indujeron a desarrollar un plan de acción nacional de recursos humanos médicos. Las autoridades provinciales han puesto en marcha planes para controlar el número de matriculados en facultades de medicina, de médicos en ejercicio de su profesión y de estudiantes de medicina y médicos extranjeros. Además, en muchas provincias se ejecutan programas para inducir a los médicos a trabajar en zonas o sectores subatendidos.

La distribución de las enfermeras depende casi por entero de la dispersión de los hospitales o dispensarios. Desde este punto de vista, hay una razonable distribución de enfermeras en casi todo el país, por más que muchas zonas remotas sigan estando subatendidas. Por otra parte, la oferta de enfermeras se ve atemperada por el achicamiento del sector a cargo de la atención de casos agudos.

En el Canadá, la mayoría de los profesionales que trabajan en la atención de salud debe tener cierto grado de capacitación universitaria. Es típico que los médicos sigan los cursos de capacitación más prolongados; estos cursos se dictan para estudiantes universitarios y graduados y comprenden varios años de instrucción práctica. Las personas que se especializan deben pasar por largos períodos de capacitación académica. Enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, quiroprácticos y otros profesionales paramédicos deben tener títulos universitarios.

Los programas para enfermeras de atención directa y obstetras han encontrado renovado apoyo en todo el país. Se establecieron dos nuevos programas con el propósito de formar enfermeras de atención directa y en 1993 se puso en marcha otro de licenciatura en obstetricia, en la provincia de Ontario. En casi todas las provincias se ofrece capacitación para asistentes en rehabilitación, que han de trabajar bajo la supervisión de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

Han aumentado tanto la utilización de trabajadores con varias especialidades en los servicios de salud como la tendencia general a reconocer a los prestadores de atención de salud alternativa. Al respecto, el Ministro de Salud anunció en

mayo de 1997 que se había constituido un grupo de asesores para proporcionar un marco regulatorio para los remedios herbarios, en el que se incluyesen tanto el otorgamiento de licencias para los productos y para el establecimiento de las empresas como la recuperación de costos y la unificación internacional.

Investigación y tecnología en salud

El Departamento de Salud ofrece posibilidades de coordinación y asesoramiento normativo en materia de salud y prestación de atención sanitaria sobre la base de las investigaciones. El Programa Nacional de Investigación en Salud y Promoción de la Salud financia investigaciones médicas aplicadas, de carácter estratégico y poblacional, en apoyo de la política del Departamento y con arreglo a las necesidades del programa.

Durante 1996 se han producido en el Canadá avances significativos en el campo de la investigación en salud. Se donaron Can\$ 65 millones para promover la investigación sobre los servicios de salud y se estableció la Fundación Canadiense de Investigación en Servicios de Salud para administrar los fondos donados y recolectar otros adicionales. La Fundación patrocina investigaciones en servicios de salud revisadas *inter pares* y apoya la difusión y comprensión de los resultados obtenidos.

El Consejo de Investigación Médica del Canadá ha contado con financiación privada y pública para hacer todo lo posible por facilitar la transmisión de tecnología. El Consejo contribuyó al establecimiento del Fondo Canadiense para Descubrimientos Médicos, que está formado por capital de riesgo con patrocinio gremial y que reúne Can\$ 200 millones para comercializar descubrimientos prometedores relacionados con las ciencias médicas. El Consejo también administra el componente de salud del Programa de Redes de Centros de Excelencia, que fomenta la transmisión de tecnología vinculando a los investigadores con la comunidad empresarial. El programa ha logrado atraer capital del sector privado, como por ejemplo el Fondo de Asociados con las Neurociencias, para apoyar el desarrollo de la investigación en el sector salud.

La Oficina Canadiense de Coordinación de la Evaluación de la Tecnología de la Salud fue creada en 1989 por los gobiernos federal, provinciales y territoriales para proporcionar información sobre las tecnologías de atención de salud —las emergentes y las ya establecidas— a los encargados de adoptar decisiones y también para facilitar el intercambio y la coordinación de informaciones sobre tecnologías de salud. La Oficina ha organizado una biblioteca para que colabore en la identificación, recolección y difusión de datos sobre tecnologías médicas y para que publique y difunda información que permita evaluar las tecnologías relacionadas con la salud. Dos

esferas de crucial importancia son la evaluación de los fármacos (su eficacia terapéutica y sus repercusiones económicas) y de los dispositivos auxiliares o de uso doméstico.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1996, el Canadá gastó en atención de salud una suma estimada en Can\$ 75.224 millones, que representa 9,5% del producto interno bruto (PIB); su gasto en salud per cápita fue de Can\$ 2.510. El gasto público representó aproximadamente 70% del gasto nacional total en salud. Las transferencias federales representaron 22% de las erogaciones; el gasto del Gobierno federal en servicios de atención de salud a grupos especiales, como la población de las Primeras Naciones y los inuits, el personal de las fuerzas armadas y los ex combatientes, sumado al gasto en investigación sobre la salud y en promoción y protección de la salud, representó 4%; el gasto de las provincias que generan los asegurados llegó a 44%, mientras que el realizado por el sector privado fue de 30%. Uno de los componentes que más contribuye a elevar el costo de la atención sanitaria es el envejecimiento de la población. En 1996, el gasto en la salud de la población de 65 años y más representó casi 40% del gasto total.

Hasta 1995–1996, las transferencias federales a las provincias y territorios comprendieron, por un lado, transferencias en efectivo y de impuestos por la parte correspondiente a la salud de la Financiación de los Programas Establecidos y, por el otro, pagos en efectivo con arreglo al Plan de Asistencia del Canadá, así como pagos del Departamento de Asuntos Indígenas y de la Región del Norte en función del costo de los planes de seguro médico y hospitalario para la población de las Primeras Naciones. Desde abril de 1996, las transferencias federales a los gobiernos provinciales y territoriales en concepto de gastos en salud, estudios posteriores a los secundarios y programas de asistencia social o servicios sociales, quedaron fusionadas en la Transferencia por Salud y Asistencia Social en el Canadá, que es una transferencia única, en bloque, de dinero en efectivo y de puntos de impuestos. La necesidad de contener los costos del sistema de salud ha hecho que los gastos totales en salud aumentaran tan solo 13% entre 1991 y 1996, en comparación con el incremento de 26% registrado entre 1988 y 1991. El Cuadro 3 muestra la distribución por categoría del gasto público y privado en salud.

Cooperación técnica y financiera externa

La cooperación técnica y financiera que en materia de salud presta el Canadá en el exterior comprende la cooperación continua con otros países por conducto de instituciones tales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la

CUADRO 3
Total del gasto en salud de los sectores público y privado, distribuido por categoría, Canadá, 1994 y 1996 (en miles de millones de dólares canadienses).

Categoría	Total del gasto público en salud (1996)	Gasto en salud del sector privado (1994)
Servicios institucionales y afines		
Hospitales	25,7	2,8
Otras instituciones ^a	7,5	2,1
Servicios profesionales		
Médicos	10,9	0,1
Otros profesionales	6,6	5,3
Medicamentos	10,8	6,2
Otros gastos en salud	13,7 ^b	3,8 ^c

^a La categoría "otras instituciones" hace referencia a las residencias dedicadas a la atención de salud y comprende los albergues de ancianos y los hogares para los discapacitados físicos y mentales, los discapacitados por causas psiquiátricas y las personas con problemas relacionados con el alcohol o las drogas.

^b Incluye gastos en salud pública, por ejemplo, los resultantes de medidas de orden público adoptadas para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles, garantizar la inocuidad de los alimentos y medicamentos, inspeccionar las condiciones sanitarias de determinadas instalaciones y llevar a cabo actividades de promoción de la salud (Can\$ 3.800 millones) o inversiones (Can\$ 1.900 millones).

^c Comprende gastos de inversión (Can\$ 500 millones).

Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Los encargados de reglamentar la salud en el Canadá se han abocado a la tarea de promover la armonización de los reglamentos, las normas y los requisitos para el etiquetado que rigen para los alimentos, los productos farmacéuticos y los dispositivos médicos que circulan dentro de los bloques comerciales y entre los distintos países.

El Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) es la agencia federal encargada de administrar aproximadamente 80% de la asistencia oficial para el desarrollo. El CIDA otorga prioridad a las esferas programáticas siguientes: necesidades humanas básicas, la mujer en el desarrollo, los servicios de infraestructura, los derechos humanos, la democracia y la buena gestión pública, el desarrollo del sector privado y el medio ambiente.

En 1996, el CIDA puso en marcha su "Estrategia de Salud". Este documento presenta un enfoque completo e integrado de la salud y el desarrollo. Las prioridades son el fortalecimiento del sistema nacional de salud y el mejoramiento de la salud de la mujer y de la salud reproductiva. Algunos otros objetivos prioritarios son el mejoramiento de la salud de los niños,

la disminución de la malnutrición y la eliminación de carencias de micronutrientes, la prevención y el control de las principales pandemias (VIH/sida, tuberculosis, tabaquismo, malaria, lesiones y violencia), que causan más de 1 millón de muertes por año, y el apoyo a la introducción de tecnologías apropiadas y a la puesta en marcha de iniciativas especiales.

Las actividades del CIDA en pro del desarrollo de América Latina y el Caribe se llevan a cabo por conducto de tres importantes canales de distribución: 1) el programa de asociación, que permite que el CIDA proporcione financiación en apoyo de los proyectos de salud emprendidos en países en desarrollo por organizaciones no gubernamentales, instituciones como las universidades y colegios, las asociaciones profesionales y las empresas privadas del Canadá; 2) el programa multilateral, que apoya las propuestas multilaterales de desarrollo que se formulan por conducto de instituciones internacionales tales como los organismos de las Naciones Unidas, el Commonwealth y las organizaciones financieras internacionales, y 3) el programa bilateral, que permite que el Canadá apoye proyectos en países beneficiarios asociados mediante mecanismos de consulta y cooperación.

En el programa bilateral para las Américas se ponen de relieve los principios de equidad sustentados por el CIDA en relación con el desarrollo sostenible. La sección del CIDA para las Américas apoya en forma activa los programas de salud y las tareas conexas apelando a diversos mecanismos. En Bolivia, por ejemplo, se colabora con el UNICEF mediante el aporte de una pequeña contribución para eliminar los trastornos causados por la carencia de yodo. Por conducto del proyecto del UNICEF denominado Maternidad sin Riesgo y Salud Reproductiva, los fondos del CIDA contribuyeron al establecimiento de un programa estatal de seguro maternoinfantil que ha aumentado las posibilidades de acceso a estos servicios de salud pública. El proyecto de "Apoyo a la reforma del sector salud en Bolivia" se puso en marcha con socios canadienses para mejorar el diseño y aplicación de la política nacional de salud, incrementar la capacidad de gestión que, en relación con la atención de salud, tienen las municipalidades en zonas piloto seleccionadas, y perfeccionar los sistemas de información. Los fondos de contrapartida se utilizan en Bolivia para respaldar el programa de lucha contra la enfermedad de Chagas. En el Perú, el CIDA apoya al

programa del UNICEF que se ocupa de la atención primaria de salud.

En el Caribe, el CIDA apoya al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), que brinda asistencia técnica a sus países miembros y colabora con ellos. El propósito de este proyecto es fortalecer la capacidad de los ministerios nacionales de salud y de las organizaciones comunitarias para proporcionar servicios de prevención y control del VIH/sida y otras ETS, así como para atender a las personas infectadas en sus respectivas comunidades. En Haití, la financiación del CIDA se utiliza para reforzar los servicios de atención de la salud reproductiva, por conducto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

El CIDA contribuye a costear diversos proyectos de la OPS, además de hacer una aportación básica al sistema de las Naciones Unidas. Entre estos proyectos se destaca uno para mejorar los servicios médicos perinatales e incrementar la participación de la comunidad por conducto de un programa regional de maternidad sin riesgo en Bolivia, Honduras, Nicaragua y el Perú. El CIDA ha financiado el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Vigilancia y Epidemiología de la OPS en nueve países de la Región. El objetivo de esta intervención es aumentar la competencia de los recursos humanos y la capacidad institucional en relación con la epidemiología y la vigilancia de las causas principales de las enfermedades de las vías respiratorias en la primera infancia.

El Canadá contribuye a financiar el Programa de Asistencia a la Gestión del Sector Energético, del Banco Mundial, que procura eliminar el plomo de la gasolina en las Américas.

Se sigue trabajando activamente en la programación de la asistencia futura, que comprenderá iniciativas sobre la salud reproductiva y un proyecto regional de prevención y control de la tuberculosis; además, mediante la transferencia de fondos para tecnología, se brindará apoyo a diversos proyectos relacionados con la salud en algunos países del Cono Sur y el Brasil.

Con sus limitados recursos, el Canadá concentra sus intervenciones en esferas estratégicas en las que se puedan conseguir efectos multiplicadores y otras repercusiones positivas y en las que, además, las iniciativas en pro del desarrollo sean reflejo a la vez de las necesidades de los países en desarrollo y de la capacidad del Canadá para satisfacerlas.