



El Sistema de **Salud** y **Servicios Sociales** en **Québec**

Síntesis

Edición:

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

El presente documento está disponible en línea en la siguiente dirección: **msss.gouv.qc.ca** haciendo clic en en **Publications**.

El género masculino utilizado en este documento hace referencia a ambos sexos.

Depósito legal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN: 978-2-550-74769-7 (versión PDF)

Todos los derechos reservados para todos los países. Queda prohibida la reproducción, traducción o difusión, total o parcial, de este documento por cualquier medio o procedimiento, sin la autorización previa de Publications du Québec. Sin embargo, la reproducción de este documento o su uso para fines personales, de estudio privado o de investigación científica, pero no comercial, son permitidos a condición de que se mencione la fuente.

© Gouvernement du Québec, 2016

El sistema de salud y servicios sociales en Québec

El sistema de salud y servicios sociales, tal como lo conocemos, fue creado en 1971 luego de que la Asamblea Nacional de Québec aprobara la primera Ley de Servicios de Salud y Servicios Sociales.

El sistema quebequense es público, el Estado es su principal asegurador y administrador.

Regímenes de seguro

Existen dos regímenes universales que permiten a toda la población obtener servicios hospitalarios y médicos a cargo del Estado:

- el régimen de seguro de hospitalización instaurado en 1961;
- y el régimen de seguro de enfermedad, creado en 1970.

Algunos servicios se brindan asimismo en forma gratuita para grupos determinados que cumplen con criterios precisos, tales como servicios dentales, servicios optométricos y aparatos para compensar una discapacidad física.

Por otra parte, en 1997, el régimen general de seguro de medicamentos completó la cobertura pública de la población quebequense en el sector de la salud. Este es un régimen mixto universal, basado en una asociación entre el Estado y las compañías de seguro privadas. Cabe señalar que los regímenes privados de seguro colectivo cubren, además de los medicamentos, algunos servicios que no están asegurados por los regímenes públicos.

Financiación de los servicios

La financiación de los servicios de salud y servicios sociales se basa esencialmente en la fiscalidad general, lo que permite un reparto más equitativo del riesgo en la sociedad. Los ingresos provienen principalmente de las tasas y los impuestos recaudados por el Gobierno de Québec y depositados en un Fondo Consolidado del Ingreso, de las cotizaciones que pagan los empleadores y particulares al Fondo de Servicios de Salud, del Fondo de Financiación de los Establecimientos de Salud y Servicios Sociales, así como de transferencias del Gobierno federal.

Estadísticas sobre los gastos

En Québec, en 2012, los gastos totales en materia de salud¹ fueron aproximadamente de 43.500 millones de dólares. Estos abarcan los gastos públicos (incluyendo los gastos directos del Gobierno federal para las personas de las que está a cargo) y los gastos privados (reclamos a las compañías privadas, pagos directos – tales como la contribución al alojamiento en residencia asistida (CHSLD) y para compra de medicamentos – efectuados por los particulares, donaciones, etc.). Los gastos públicos de salud, que se elevaron en 2012 a 30.500 millones de dólares, representaban el 70,2% de los gastos totales.

Gastos de salud comparativos, Québec y Canadá, 2012

Gastos	Québec	Canadá**
Gastos totales de salud por habitante*	\$ 5.375	\$ 5.911
Gastos totales de salud en proporción al producto interno bruto (PIB)	12,1 %	11,3 %
Proporción de los gastos públicos en relación con los gastos totales de salud	70,2 %	70,6 %
Gastos públicos de salud por habitante*	\$ 3.773	\$ 4.175

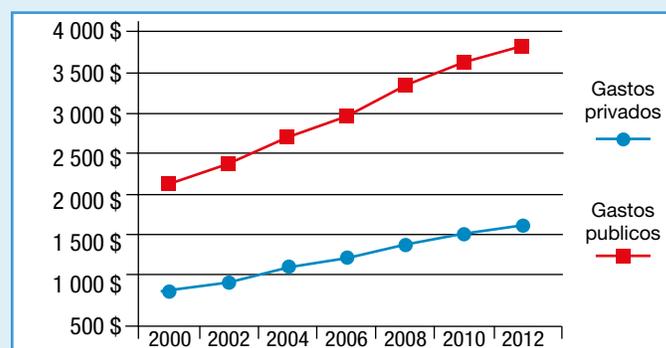
* Los datos ilustrados anteriormente están expresados en dólares canadienses.

**Incluyendo los gastos de salud en Québec

Fuente: Instituto Canadiense de Información sobre la Salud.

De 2000 a 2012, los gastos públicos y privados de salud tuvieron respectivamente un índice de crecimiento anual medio del 4,9% y del 5,8%.

Gastos públicos y privados de salud por habitante, en dólares corrientes, Québec, de 2000 a 2012



Fuente: Instituto Canadiense de Información sobre la Salud.

¹ Los gastos en servicios sociales están excluidos de las estimaciones del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud. Representan alrededor del 12% del gasto total de la misión de salud y servicios sociales del Gobierno de Québec.

El estado de salud de la población

La esperanza de vida al nacer de la población ha aumentado desde los años 1920 para alcanzar los 82,2 años en 2013.

Durante los últimos años, los hábitos de vida se han mejorado. Sin embargo, en 2013, más de la mitad de los quebequenses consumían menos de cinco veces por día frutas y verduras. En 2011-2012, el 22% de los adultos tenían un modo de vida sedentaria y el 44% de los adolescentes estaban activos durante el ocio y los deportes. Por otra parte, la proporción de adultos obesos pasó del 11% al 18% de 1994 a 2013. Además, Québec es una de las provincias con la proporción de fumadores más elevada de Canadá.

Una muy alta proporción de la población se consideraba en buena salud, tanto física como mental. Otro signo positivo, Québec registra una disminución en la tasa de suicidio, particularmente en lo que respecta a los jóvenes varones y los adolescentes desde comienzos de los años 2000.

En Québec, como en la mayoría de los países industrializados, el aumento de la prevalencia de discapacidades y enfermedades crónicas, así como la anticipación de necesidades más importantes en materia de asistencia de larga duración ejercen presiones importantes en el sistema de salud y servicios sociales. Cerca de la mitad de la población de más de 15 años declaró al menos un problema de salud crónica en 2010-2011. La hipertensión afecta actualmente al 24% de los quebequenses mayores de 20 años y la diabetes al 9% (2012-2013).

La prevalencia de las enfermedades cardíacas y el cáncer está en aumento. El cáncer constituye, desde 2000, la primera causa de muerte a pesar de un aumento de la tasa de supervivencia a los cinco años después del diagnóstico. Más de la mitad de los nuevos casos de cáncer son cánceres de próstata, pulmón, mama o colorrectal. Asimismo, la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia aumentan.

En 2010-2011, las discapacidades moderadas o severas afectaban a cerca del 11% de la población, sin distinción de edades. Esta prevalencia se incrementaba sin embargo con la edad. La tasa de discapacidad en los niños aumenta en Québec desde 2001.

Por otra parte, Québec se caracteriza por un envejecimiento acelerado de su población. La proporción de personas mayores de 65 años, que se situaba entre el 12 y el 13% a fines de 1990, se duplicará para pasar al 25% en 2031. Únicamente Japón presenta un fenómeno más acelerado que el de Québec.

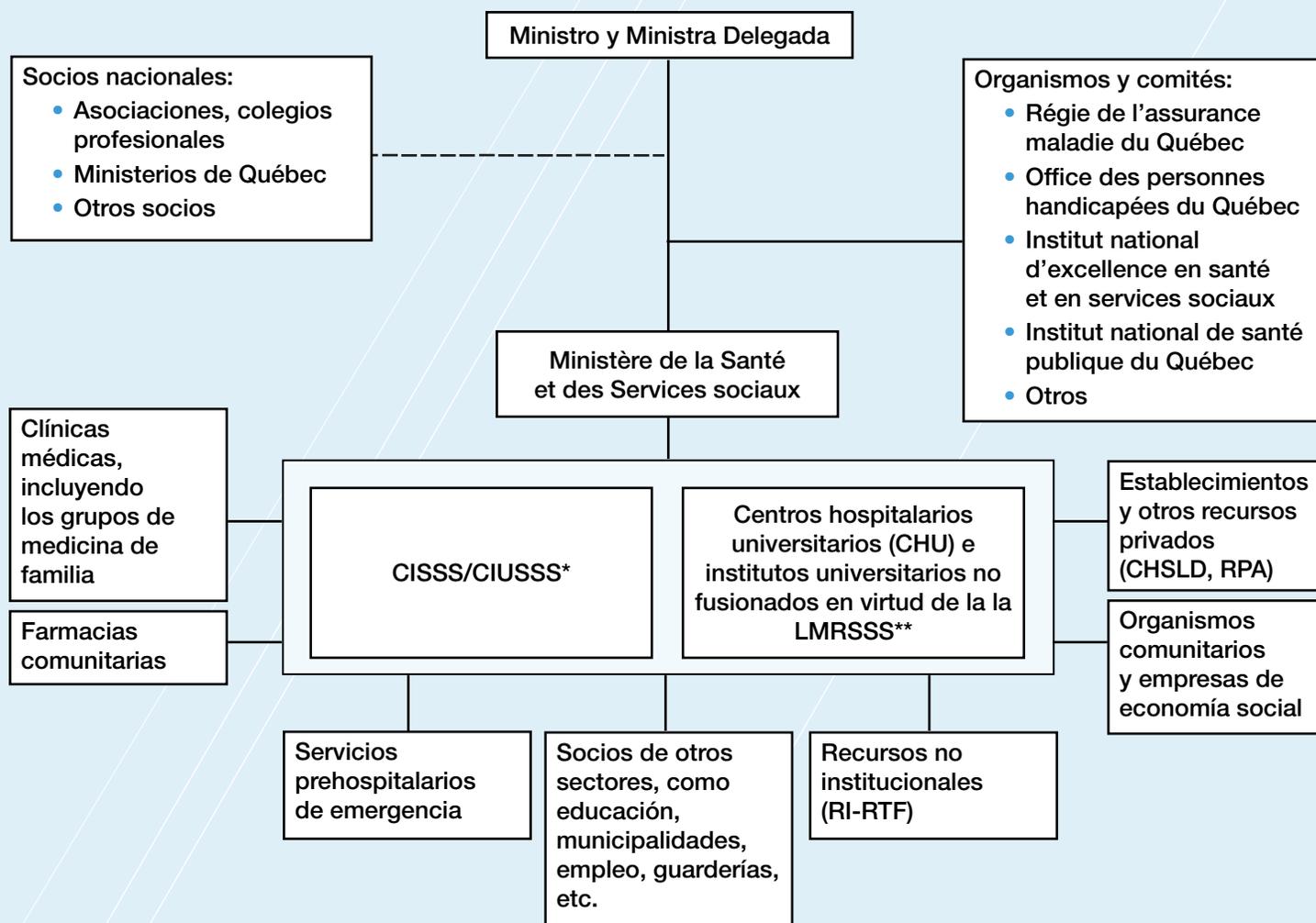
Además de incrementar la demanda de servicios sanitarios y sociales, esta tendencia hace necesario adaptar la oferta de atención y servicios para responder más eficazmente a las necesidades cambiantes de las personas que sufren enfermedades crónicas, trastornos cognitivos o discapacidades en la vida cotidiana.

En 2011-2012, el 12% de la población sufría trastornos mentales diagnosticados.

Algunos comportamientos y problemas sociales siguen siendo preocupantes en la población quebequense, tales como los problemas de abuso o de dependencia al alcohol, a las drogas y a los juegos de azar y de dinero.

Finalmente, a pesar de los avances logrados en los últimos años, persisten las desigualdades sociales en lo relativo a la salud. Estas desigualdades, que están relacionadas con la pobreza y otras condiciones, se reflejan particularmente por una esperanza de vida menor y por prevalencias más elevadas de enfermedades crónicas, dependencia al alcohol o a drogas y asistencia por parte de los servicios de protección de menores.

Estructura del Sistema de Salud y Servicios Sociales



* Nueve de los 22 centros integrados de salud y servicios sociales pueden utilizar en su nombre las palabras “centro integrado universitario de salud y servicios sociales”.

** Los siguientes siete establecimientos no fusionados dependen del Ministerio y ofrecen servicios especializados y altamente especializados fuera de su región sociosanitaria de pertenencia: CHU de la Ciudad de Québec - Universidad Laval; Instituto Universitario de Cardiología y Neumonía de la Ciudad de Québec - Universidad Laval; Centro Hospitalario de la Universidad de Montréal; Centro Hospitalario de Salud McGill; Centro Hospitalario Universitario Sainte-Justine; Instituto de Cardiología de Montréal; Instituto Philippe-Pinel de Montréal.

Además, cinco establecimientos públicos, no incluidos en la Ley modificatoria de la organización y gobernanza de la red de salud y servicios sociales en particular mediante la abolición de las agencias regionales, atienden una población nórdica e indígena. No figuran en la ilustración anterior.

Abreviaturas:

- **CHSLD:** Centro de Residencia y Atención de Larga Duración (residencia asistida)
- **CISSS:** Centro Integrado de Salud y Servicios Sociales
- **CIUSSS:** Centro Integrado Universitario de Salud y Servicios Sociales
- **LMRSSS:** (Ley modificatoria de la organización y gobernanza de la red de salud y servicios sociales en particular mediante la abolición de las agencias regionales) (RLRQ, capítulo O-7.2)
- **RI et RTF:** Recurso Intermedio y Recurso de Tipo Familiar
- **RPA:** Residencia Privada para Mayores

Las responsabilidades de gobernanza

El sistema de salud y servicios sociales de Québec se basa en dos niveles de gobernanza.

Las agencias de salud y servicios sociales que constituían el nivel regional fueron abolidas cuando la Ley modificatoria de la organización y gobernanza de la red de salud y servicios sociales en particular mediante la abolición de las agencias regionales (LMRSSS) (RLRQ, capítulo O-7.2) entró en vigor el 1ro de abril de 2015.

Las funciones y responsabilidades de las agencias fueron reasignadas en parte al Ministère de la Santé et des Services sociaux y en parte a los nuevos establecimientos que fueron creados con la fusión de los establecimientos públicos de una región y la agencia de dicha región.

Estos establecimientos reciben el nombre de centros integrados de salud y servicios sociales y centros integrados universitarios de salud y servicios sociales (centros integrados). Cuando un centro integrado está localizado en una región sociosanitaria en la que una universidad imparte un programa completo de estudios predoctorales de medicina o cuando administra un centro que es designado como instituto universitario en el ámbito social, dicho centro recibe el nombre de centro integrado universitario de salud y servicios sociales.

En las regiones sociosanitarias que tienen más de un centro integrado (Montreal, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine y Montérégie), la agencia fue integrada a solo uno de esos nuevos establecimientos.

Responsabilidades del Ministerio

- Regular y coordinar todo el sistema de salud y servicios sociales;
- Definir las orientaciones en materia de salud y bienestar y las normas relativas a la organización de los servicios y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros de la red y velar por su aplicación;
- Ejercer las funciones nacionales de salud pública (monitoreo del estado de salud de la población, promoción de la salud y el bienestar, prevención de enfermedades, problemas psicosociales y traumatismos, protección de la salud);

- Ocuparse de la coordinación interregional de los servicios;
- Asegurarse de que los mecanismos de referencia y coordinación de los servicios entre los establecimientos estén implantados y sean funcionales;
- Repartir equitativamente los recursos financieros, humanos y materiales y controlar su uso;
- Evaluar, en toda la red, los resultados logrados en relación a los objetivos fijados, con el propósito de mejorar el desempeño del sistema.

Responsabilidades confiadas a todos los establecimientos de salud y servicios sociales

- Prestar servicios de salud y servicios sociales que sean asequibles, continuos, seguros y respetuosos de los derechos humanos;
- Velar por que se respeten los derechos de los usuarios y se tramiten en forma diligente sus denuncias;
- Distribuir en forma equitativa los recursos humanos, materiales y financieros puestos a su disposición, tomando en consideración las características particulares de la población que atienden y asegurar su uso económico y eficiente;
- Llevar a cabo actividades de enseñanza, investigación y evaluación de tecnologías y métodos de intervención cuando estos establecimientos tienen una misión universitaria;
- Realizar el seguimiento y la rendición de cuentas ante el Ministerio en función de sus expectativas.

Responsabilidades especiales asignadas a los centros integrados

- Velar por que la población participe en la gestión de la red;
- Planificar y coordinar los servicios que se deben ofrecer a la población de su territorio según las orientaciones ministeriales, las necesidades de la población y las realidades territoriales;
- Implantar medidas orientadas a la protección de la salud pública y la protección social de individuos, familias y grupos;
- Garantizar la atención de toda la población de su territorio, en particular las personas más vulnerables;
- Establecer los corredores de servicios regionales o interregionales necesarios y firmar convenios con los establecimientos y demás socios de su red territorial de servicios (RTS) para responder a las necesidades de la población;
- Procurar el desarrollo y el buen funcionamiento de las redes locales de servicios (RLS) de su territorio;
- Otorgar subsidios a las organizaciones comunitarias y adjudicar fondos para los recursos privados implicados.

Los centros integrados de salud y servicios sociales y los centros integrados universitarios de salud y servicios sociales tienen las mismas funciones y responsabilidades. Sin embargo, la composición de las juntas directivas de los centros integrados universitarios de salud y servicios sociales es diferente, ya que dos miembros de la junta son designados a partir de una lista de nombres proporcionada por las universidades.

El Ministerio y sus principales socios

La misión del Ministère de la Santé et des Services sociaux y la red de salud y servicios sociales es mantener, mejorar y restaurar la salud y el bienestar de la población, favoreciendo el acceso a servicios de salud y servicios sociales integrados y de calidad, para contribuir así al desarrollo social y económico de Québec.

La lista de las leyes cuya aplicación es de responsabilidad parcial o total del Ministro de Salud y Servicios Sociales, se encuentra en el Anexo 1.

Los organismos dependientes del Ministro

Otras entidades y diversos organismos vinculados al ámbito de la salud y los servicios sociales dependen del ministro. Cabe mencionar en particular:

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Servicios Sociales);
- Héma-Québec;
- Institut national de santé publique du Québec (Instituto Nacional de Salud Pública de Québec);
- Office des personnes handicapées du Québec (Oficina para Personas Discapacitadas de Québec);
- Régie de l'assurance maladie du Québec (Administradora del Seguro de Enfermedad de Québec).

Regiones sociosanitarias de Québec

El Ministerio ejerce su misión compartiendo responsabilidades con los establecimientos de salud y servicios sociales, repartidos en dieciocho regiones sociosanitarias.

Ver el mapa de las regiones sociosanitarias de Québec, en el Anexo 2.

Misión de los establecimientos

Los establecimientos ofrecen a la población servicios generales y especializados acordes a las cinco grandes misiones definidas por la Ley de los Servicios de Salud y los Servicios Sociales (RLRQ, capítulo S-4.2) según tengan a su cargo un:

- Centro Local de Servicios Comunitarios (CLSC);
- Centro Hospitalario (CH);
- Centro de Residencia y Atención de Larga Duración (residencia asistida) (CHSLD);
- Centro de Protección de la Infancia y la Juventud (CPEJ);
- Centro de Readaptación (CR).

En Québec, un establecimiento puede asumir más de una misión. De esta forma, los centros integrados pueden tener a su cargo un CLSC, un CHSLD, un CH, un CPEJ y un CR. Estos agrupamientos de misiones tienen por objetivo lograr una mejor integración de los servicios.

La misión de un Centro Local de Servicios Comunitarios (CLSC) es ofrecer, en primera línea, servicios de salud y servicios sociales usuales, además de servicios de tipo preventivo o curativo, de readaptación o de reinserción y actividades de salud pública a la población del territorio que atiende. El centro integrado que asume esta misión debe contactar efectivamente a las personas que necesitan tales servicios para sí mismas o para sus allegados y verificar que sus necesidades sean evaluadas. Debe además asegurarse de que estas personas reciban los servicios requeridos dentro de las instalaciones del centro o en su ámbito de vida: escuela, trabajo o domicilio. De ser necesario, se ocupará de orientarlas hacia los centros, organismos o personas más aptos para brindarles ayuda.

La misión de un Centro Hospitalario (CH) es brindar servicios diagnósticos y atención médica general y especializada. Existen dos clases de CH:

- el centro hospitalario de atención general y especializada;
- el centro hospitalario de atención psiquiátrica.

La misión de un Centro de Residencia y Atención de Larga Duración o residencia asistida (CHSLD) es ofrecer, de manera temporal o permanente, servicios de residencia, asistencia, apoyo y seguimiento, al igual que servicios psicosociales, de enfermería, farmacéuticos, médicos y de readaptación a los adultos que, debido a la pérdida de autonomía funcional o psicosocial, ya no pueden permanecer en su medio de vida natural.

La misión de un Centro de Protección de la Infancia y la Juventud (CPEJ) es brindar servicios de índole psicosocial, incluyendo servicios de emergencia social, a los jóvenes cuya situación lo requiere en virtud de la Ley de Protección de la Juventud (RLRQ, capítulo P-34.1) y de la Ley del Sistema de Justicia Penal para Adolescentes (L.C., 2002, capítulo 1). Esta misión engloba también la colocación de niños, la mediación familiar, la pericia en el Tribunal Superior en lo relativo a custodia de niños, adopción e investigación sobre antecedentes biológicos.

La misión de un Centro de Readaptación (CR) es prestar servicios de adaptación o readaptación e integración social a personas que, debido a discapacidades físicas o intelectuales, problemas de comportamiento, psicosociales o familiares, dependencia al alcohol, a drogas, a juegos de azar y de dinero o a cualquier otra dependencia, requieren estos servicios. El CR también debe ofrecer servicios de acompañamiento y apoyo a los familiares.

Un CR pertenece a una o a varias de las siguientes clases, según el grupo de personas al que se dirige:

- centro de readaptación para las personas que presentan una deficiencia intelectual o un trastorno generalizado del desarrollo;
- centro de readaptación para las personas con una deficiencia física (auditiva, visual, motriz o del lenguaje) ;
- centro de readaptación para las personas con una dependencia;
- centro de readaptación para jóvenes con problemas de adaptación;
- centro de readaptación para madres con problemas de adaptación.

Distribución de los establecimientos

Al 1º de abril de 2015, la red quebequense de salud y servicios sociales abarca:

- 22 centros integrados de salud y servicios sociales (centros integrados). Nueve de los cuales llevan el nombre de centros integrados universitarios de salud y servicios sociales. Solo un centro integrado que se encuentra en una región sociosanitaria donde una universidad imparte un programa completo de estudios predoctorales en medicina o que está a cargo de un centro que es designado como instituto universitario en el ámbito social puede utilizar en su nombre las palabras “centro integrado universitario de salud y servicios sociales”;
- 7 establecimientos no fusionados a un centro integrado, a saber: 4 centros hospitalarios universitarios (CHU) y 3 institutos universitarios (IU);
- 5 establecimientos no incluidos en la LMRSSS que atienden una población nórdica e indígena.

Cada uno de los establecimientos puede ofrecer servicios en diversas instalaciones que son lugares físicos donde se presta atención sanitaria y servicios sociales.

Cabe señalar que 17 establecimientos se han agrupados en centros integrados. Si bien estos establecimientos no se han fusionado con otros establecimientos en virtud de la LMRSSS, son administrados por la junta directiva del centro integrado al que se unieron.

Además de los servicios brindados por los establecimientos públicos, la población recibe prestaciones por parte de establecimientos privados que ofrecen entre otras cosas servicios de residencia y atención de larga duración.

Por otra parte, cuatro Redes Universitarias Integradas de Salud (RUIS) favorecen la concertación, complementariedad e integración de las misiones de atención, enseñanza e investigación asignadas a los establecimientos de salud y a las universidades a las que están afiliadas. Son las redes universitarias integradas de salud de la Universidad Laval, Universidad McGill, Universidad de Montréal y Universidad de Sherbrooke.

Socios del sistema

Además de los recursos institucionales, los siguientes socios contribuyen a cumplir con la misión del sistema quebequense de salud y servicios sociales:

- los médicos generalistas y los especialistas;
- las farmacias comunitarias;
- los servicios prehospitalarios de emergencia;
- los organismos comunitarios;
- las empresas de economía social de ayuda doméstica;
- los recursos intermedios y los recursos de tipo familiar;
- las residencias privadas para mayores.

A pesar de que los **médicos generalistas y los especialistas** son trabajadores autónomos, la gran mayoría de ellos ejercen exclusivamente en el marco del sistema público, el cual siempre ha estado en condiciones de establecer asociaciones con ellos. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) es responsable de la remuneración de los médicos que trabajan en el régimen público. A partir de 1999, se instauraron algunas nuevas prácticas de remuneración, sin embargo el pago por acto médico sigue siendo la forma principal de retribución de estos profesionales de la salud.

Entre los diferentes tipos de **reagrupación de médicos**, cabe mencionar los grupos de medicina de familia (GMF), un modo que Québec ha promovido para mejorar el acceso de todos los ciudadanos a un médico de familia y a las clínicas-red.

El grupo de medicina de familia (GMF) se define como una organización integrada por médicos de familia que trabajan en grupo y en estrecha colaboración con enfermeras y otros profesionales de la salud integrantes de la red pública. El GMF presta servicios médicos de primera línea, con o sin cita, en los consultorios o a domicilio, durante el horario de consulta en la semana, los fines de semana y los días feriados. La inscripción en la lista de un médico de familia, miembro de un GMF, es voluntaria y gratuita.

Datos sobre el personal de la red de salud y servicios sociales

La mano de obra de la red de salud y servicios sociales representa alrededor del 6,9% de la población activa de Québec. Al 31 de marzo de 2014, la red empleaba a:

- 975 directivos, profesionales y funcionarios en el Ministerio y 1.702, en la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- 268.127 directivos o empleados en las agencias y otras autoridades regionales de salud y servicios sociales, al igual que en los establecimientos públicos o privados vinculados con una convención:
 - 191.295 personas asignadas a los programas de servicios, lo que abarca en particular 112.973 enfermeras, enfermeras auxiliares o asistentes de enfermería y 58.341 técnicos o profesionales de salud y servicios sociales;
 - 76.832 personas asignadas a los programas de apoyo o miembros del personal de supervisión.

Además, en 2013-2014, 30.318 profesionales eran remunerados por la RAMQ, de los cuales 8.710 eran médicos generalistas, 9.779 médicos especialistas y 3.544 médicos residentes.

Las agencias de salud y servicios sociales fueron abolidas el 1ro de abril de 2015 cuando entró en vigor la LMRSSS (RLRQ, capítulo O-7.2). Una parte del personal de las agencias fue transferido a los nuevos establecimientos y al Ministerio.

Las **clínicas-red** corresponden a un modelo de organización cuyo primer objetivo es favorecer la accesibilidad a los servicios médicos de primera línea. Estas clínicas que son complementarias a los GMF dan acceso a una mayor gama de servicios médicos en horarios más amplios. La instauración de un corredor privilegiado de servicios con un centro integrado, por ejemplo, mejora el acceso de los médicos generalistas a los centros de apoyo técnico y a atención especializada.

Alrededor del 70% de los **farmacéuticos** trabajan en farmacias comunitarias. De ellos, el 33% son propietarios de su farmacia. En Québec, para poder ser propietario de una farmacia hay que ser farmacéutico, situación única en Canadá. Los farmacéuticos comunitarios garantizan la

accesibilidad a los servicios farmacéuticos a los pacientes que reciben atención en forma ambulatoria. El ejercicio de la farmacia consiste en evaluar y asegurar el uso apropiado de los medicamentos con el propósito de detectar y prevenir los problemas farmacoterapéuticos, preparar, conservar y entregar medicamentos con el fin de mantener o restablecer la salud. La entrada en vigor, el 20 de junio de 2015, de modificaciones a la Ley de Farmacia (RLRQ, capítulo P-10) permite a los farmacéuticos ejercer nuevas actividades, tales como:

- Prolongar una receta;
- Recetar un medicamento cuando no se requiere diagnóstico;
- Prescribir e interpretar análisis de laboratorio;
- Ajustar una receta;
- Reemplazar un medicamento en caso de interrupción de suministro;
- Recetar medicamentos para algunas condiciones menores cuando se conoce el diagnóstico y el tratamiento;
- Administrar un medicamento para demostrar su uso adecuado.

Además de los **servicios de ambulancia**, se llevan a cabo diversas intervenciones para dar una respuesta eficaz a la población en toda situación de emergencia.

Así, el servicio de emergencia 9-1-1, cuya respuesta está a cargo del centro de llamadas de emergencia de la municipalidad o del territorio implicado, recibe y trasmite las llamadas de emergencia al Centro de Comunicación Salud (CCS) cuando se requieren servicios de ambulancia. Los despachadores médicos de emergencia del CCS determinan entonces la naturaleza de la situación y se comunican rápidamente con los servicios de ambulancias.

Los técnicos paramédicos de emergencias tienen la responsabilidad de evaluar el estado de salud de los pacientes, darles la atención necesaria y transportarlos a un centro hospitalario. En Québec, estos servicios de ambulancia están a cargo de empresas privadas, cooperativas y de Urgences-santé, una empresa pública que cubre los territorios de las ciudades de Montreal y Laval.

Los **organismos comunitarios subvencionados** son reconocidos por el Ministerio y los establecimientos como socios autónomos y de pleno derecho del sistema de salud y servicios sociales. Se dedican especialmente a:

- brindar servicios de prevención, ayuda y apoyo, incluyendo servicios de residencia temporaria;
- llevar a cabo actividades orientadas particularmente a la promoción y defensa de los derechos e intereses de las personas que reciben servicios de salud o servicios sociales;
- promover el desarrollo social, la mejora de las condiciones de vida y la salud ante la población de Québec;
- responder a nuevas necesidades utilizando enfoques innovadores o apuntando a grupos particulares de personas.

Las **Empresas de Economía Social de Ayuda a Domicilio (EESAD)** contribuyen al apoyo a domicilio proporcionando servicios de aseo y limpieza (trabajos livianos y pesados, lavado de ropa, preparación de comida, compras, etc.) para usuarios con discapacidades. Estos servicios son financiados a la vez por los usuarios, que contribuyen en función de sus ingresos, y por el Gobierno.

Estos socios pueden también brindar servicios a los cuidadores familiares, tales como un respiro o la presencia-vigilancia y servicios de asistencia personal para las actividades de la vida diaria (AVD), es decir actividades básicas que necesitan, para ser realizadas, la ayuda de un tercero (lavarse, vestirse, comer, etc.) y algunas AVD relacionadas con el cuidado personal, tales como la gestión de las funciones urinaria e intestinal, la toma de signos vitales, la administración de medicamentos, etc. Los servicios que las EESAD brindan son complementarios a los del sector público.

Complemento al medio natural o al medio institucional, los **recursos intermedios (RI)** y los **recursos de tipo familiar (RTF)** tienen su propio lugar dentro del sistema de servicios de salud y servicios sociales de Québec. Permiten con una respuesta individualizada a las necesidades

diversas y cambiantes de las personas, favorecer y mantener su integración, su participación social y su restablecimiento dentro de la colectividad. Brindan servicios de apoyo o de asistencia a personas de cualquier edad.

Estos recursos, actuando en asociación con los establecimientos públicos que se ocupan del seguimiento profesional de las personas a su cargo, complementan la misión de los establecimientos públicos que ofrecen servicios de salud y servicios sociales de calidad a las personas que así lo requieren.

Los principales tipos de organización residencial para un RI son el departamento supervisado, casa de asistencia social, familia de acogida y residencia de grupo. Los RTF están integrados por familias de acogida para niños y residencias de acogida para adultos y mayores.

En 2013, entró en vigor un nuevo reglamento gubernamental con el objetivo de hacer más riguroso el proceso de certificación de las **residencias privadas para mayores**.

De ahora en más, el título de “residencia privada para mayores” es una denominación que está reservada a las residencias privadas que han obtenido una certificación de conformidad. Existen dos categorías de residencias privadas: la residencia cuyos servicios están destinados a personas mayores autónomas y la residencia cuyos servicios están destinados a personas mayores semi-autónomas. Para cada categoría, el Gobierno estableció criterios y normas de operación con el propósito de garantizar la calidad de los servicios y la seguridad de los residentes.

Redes territoriales y locales de servicios

La integración territorial de los servicios de salud y sociales se ve favorecida por la creación de redes territoriales de servicios de salud y servicios sociales (**RTS**) que tienen por objetivo brindar servicios de proximidad y asegurar la continuidad de los mismos.

El centro integrado es responsable de velar por el desarrollo y el buen funcionamiento de las redes locales de servicios de salud y servicios sociales (**RLS**) dentro de su RTS.

El centro integrado y sus socios comparten colectivamente la responsabilidad de ofrecer servicios integrados acordes a las necesidades de la población del territorio con el objetivo de promover el mantenimiento o la mejora de la salud y el bienestar de esta población. Para asumir esta responsabilidad poblacional, deben favorecer el acceso a una serie de intervenciones y servicios lo más completos posibles, cercanos al medio de vida de las personas. Deben asimismo velar por que el sistema de salud y servicios sociales tome a su cargo la atención y el seguimiento de estas personas. El modelo se basa además en el principio de jerarquización de los servicios, que facilita la complementariedad de los mismos y el recorrido del paciente entre los servicios de primera, segunda y tercera línea.

El centro integrado debe garantizar la coordinación de los servicios ofrecidos por todos los socios de las redes de servicios, que son los siguientes:

- clínicas médicas y grupos de medicina de familia (GMF);
- farmacias comunitarias;
- organismos comunitarios;
- empresas de economía social;
- establecimientos y demás recursos privados, tales como las residencias asistidas (CHSLD) o residencias privadas para mayores (RPA);
- recursos no institucionales, es decir, los recursos intermedios (RI) y recursos de tipo familiar (RTF);
- centros hospitalarios e institutos universitarios no fusionados que brindan servicios especializados o altamente especializados para la población;
- si correspondiera, otros centros integrados que brindan servicios especializados o altamente especializados a la población de la red de servicios considerando las misiones supra territoriales que asumen (por ejemplo: centro hospitalario, centro de protección de la infancia y la juventud, centro de readaptación), y en conformidad con las trayectorias de servicios establecidas;
- socios de otros sectores de actividad: escolar, municipal, empleo, etc.

Ver el anexo 3

Programas de servicios y programas de apoyo

En Québec, el sistema de salud y servicios sociales está dividido en programas de servicios y programas de apoyo. Esta organización confiere un marco para la planificación, presupuestación, asignación de recursos y rendición de cuentas.

Actualmente, existen nueve programas de servicios:

- Dos programas de servicios para responder a las necesidades de la población en general:
 - **Salud pública**, que permite garantizar la promoción, prevención, protección de la salud y del bienestar, al igual que el seguimiento del estado de salud de la población;
 - **Servicios generales** – actividades clínicas y de asistencia, que cubren los servicios de primera línea en materia de salud o de problemas sociales temporales;
- Siete programas de servicios dedicados a problemáticas específicas:
 - Apoyo a la autonomía de los mayores;
 - Deficiencia física, para discapacidades relacionadas con la audición, visión, lenguaje y el habla o con las actividades motoras;
 - Deficiencia intelectual y trastornos de la esfera del autismo;
 - Jóvenes con dificultades;
 - Dependencias, tales como alcoholismo, toxicomanía y juego compulsivo;
 - Salud mental;
 - Salud física, que cubre los servicios de emergencia, servicios especializados y altamente especializados, servicios continuos que requieren seguimiento sistemático (por ejemplo: enfermedades crónicas, cáncer, etc.) y cuidados paliativos.

Los tres programas de apoyo incluyen las actividades administrativas y técnicas en respaldo a los programas de servicios. Son:

- Administración;
- Apoyo a los servicios;
- Gestión de edificios y equipos.

Anexo 1

Lista de las leyes cuya aplicación es de responsabilidad parcial o total del Ministro de Salud y Servicios Sociales

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)

Loi sur les cimetières non catholiques (RLRQ, chapitre C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (RLRQ, chapitre F-4.0021)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (RLRQ, chapitre I-11)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre I-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en oeuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (RLRQ, chapitre M-35.1.3)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (RLRQ, chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (RLRQ, chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2)

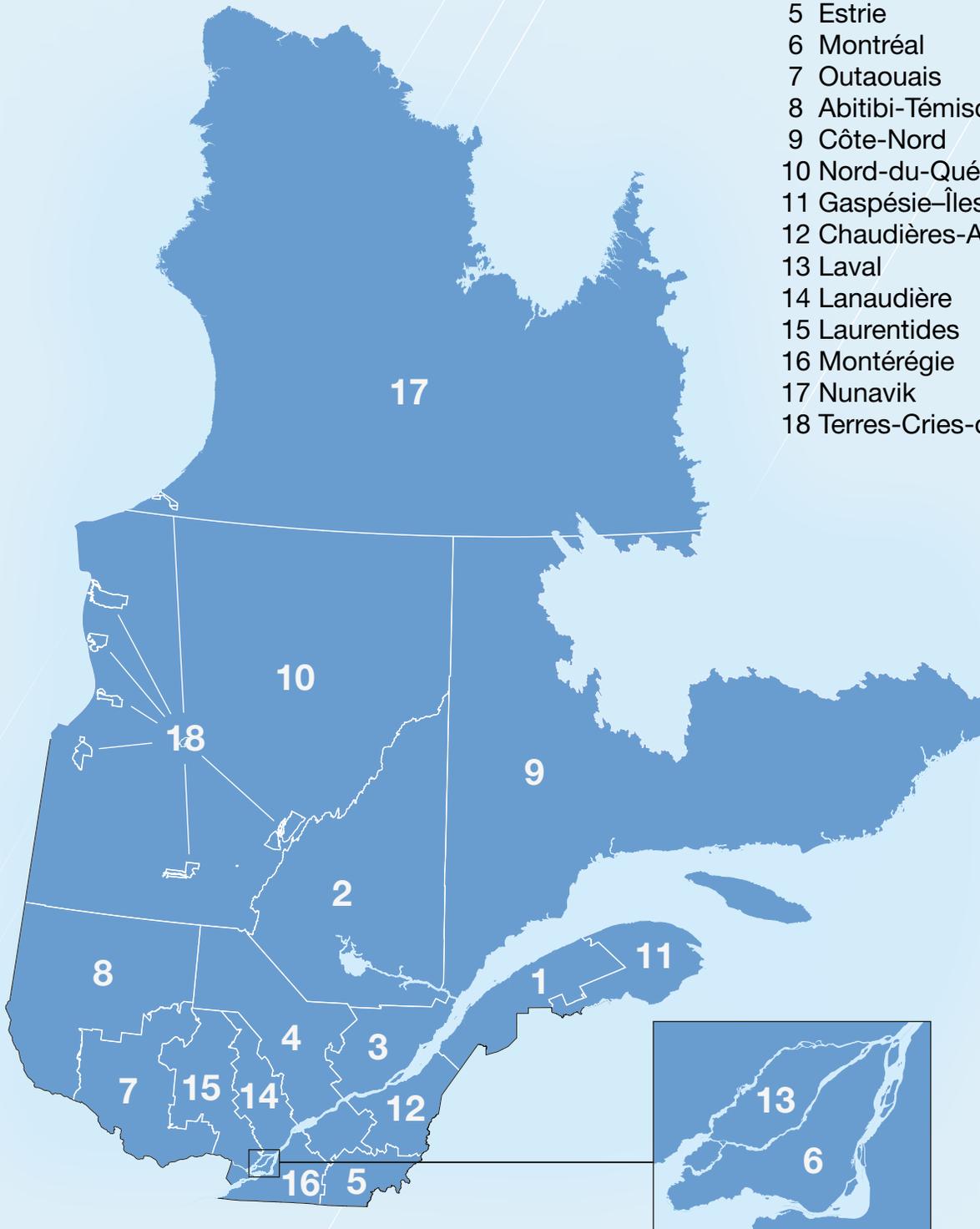
Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)

Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ, chapitre U-0.1)

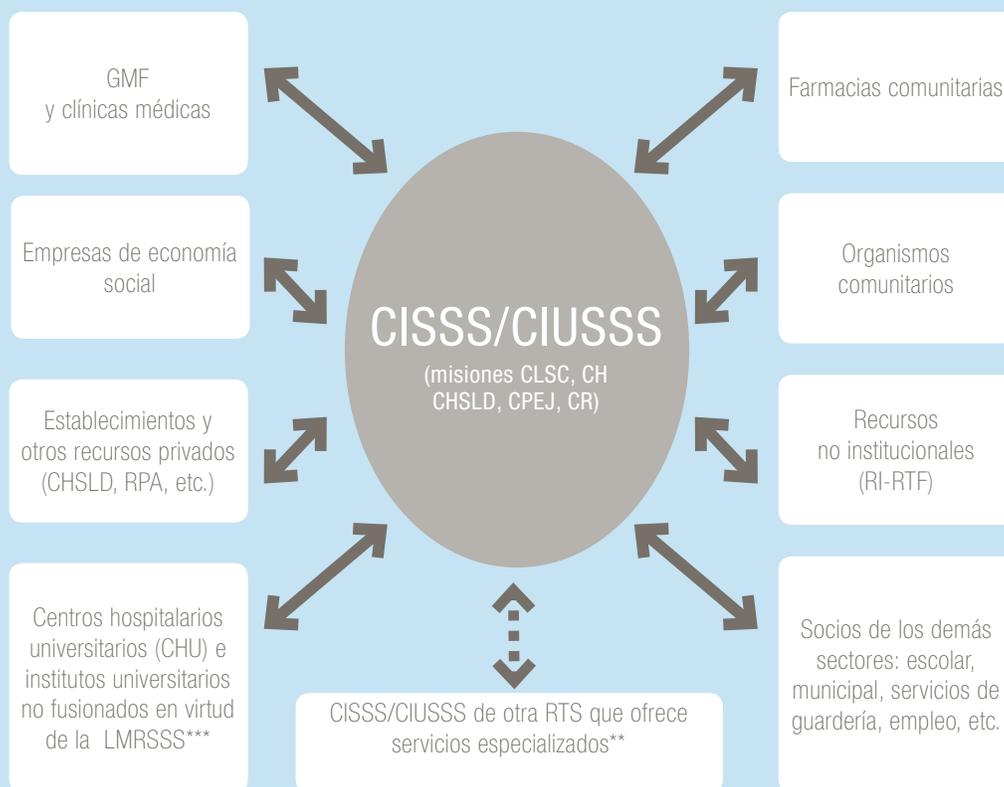
Regiones sociosanitarias

- 1 Bas-Saint-Laurent
- 2 Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 3 Capitale-Nationale
- 4 Mauricie et Centre-du-Québec
- 5 Estrie
- 6 Montréal
- 7 Outaouais
- 8 Abitibi-Témiscamingue
- 9 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudières-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James



Anexo 3

PRINCIPALES ACTORES DE UNA RED TERRITORIAL O LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES*



* Una RTS puede abarcar varias RLS. Estas últimas implican, a nivel local, las mismas categorías de socios.

** El CISSS/CIUSSS debe establecer, de ser necesario, corredores de servicios regionales o interregionales para completar su oferta de servicio a la población de su territorio.

*** La LMRSSS remite a Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Ley modificatoria de la organización y gobernanza de la red de salud y servicios sociales en particular mediante la abolición de las agencias regionales) (RLRQ, capítulo 0-7.2).

Abréviations:

- CH: Centro Hospitalario
- CHSLD: Centro de Residencia y Atención de Larga Duración (residencia asistida)
- CISSS: Centro Integrado de Salud y Servicios Sociales
- CIUSSS: Centro Integrado Universitario de Salud y Servicios Sociales
- CLSC: Centro Local de Servicios Comunitarios
- CPEJ: Centro de Protección de la Infancia y la Juventud
- CR: Centro de Readaptación
- GMF: grupo de medicina de familia
- RI y RTF: Recurso Intermedio y Recurso de Tipo Familiar
- RPA: Residencia Privada para Mayores

Anexo 4

Políticas y planes de acción gubernamentales o ministeriales en materia de salud y bienestar

Adopción internacional

- Guide d'intervention en adoption internationale (2011)

Cáncer

- Plan directeur en oncologie: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)
- Plan d'action en oncologie 2013-2015: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)
- Mécanisme central de gestion d'accès à la chirurgie oncologique: cadre de référence (2012)
- Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004)
- Programme québécois de lutte contre le cancer: Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe (1997)
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein: Cadre de référence (1996)
- Politique de suivi des femmes dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (2013)
- L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009: bilan (2010)

Deficiencia física, deficiencia intelectual y trastorno generalizado del desarrollo

- Bilan 2008-2011 et perspectives: Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches (2012)
- Plan d'action 2011-2014, pour l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées (2011)
- Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience: Afin de faire mieux ensemble(2008)
- Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique(2007)

- Pour une véritable participation à la vie de la communauté: Orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009 (2003)
- De l'intégration sociale à la participation sociale: Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches (2001)

Dependencias e itinerancia

- Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance (2015)
- Politique nationale de lutte à l'itinérance - Ensemble pour éviter la rue et en sortir (2014)
- L'itinérance au Québec: Cadre de référence (2008)
- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012 (2007)
- Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006)

Desarrollo sostenible

- Plan d'action de développement durable 2009-2015: Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir (mise à jour 2013) (2013)

Mujeres

- Au féminin... À l'écoute de nos besoins: Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (2010)

Jóvenes con dificultades

- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012 (2007)
- De la complicité à la responsabilité: Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004)
- La protection des enfants au Québec: une responsabilité à mieux partager – Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004)
- Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002)

Mantenimiento en la comunidad

- Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (2014)
- Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation (2007)
- Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile (2003)

Enfermedades crónicas

- Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (2012)

Medicamentos

- La politique du médicament (2007)

Organización de la red de servicios de salud y servicios sociales

- Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux (2014)
- Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 (2015)
- Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : Mission, principes et critères (2010)
- Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (2014)
- Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF) (2015)

Pérdida de autonomía vinculada a la vejez

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence (2011)
- Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010 (2005)
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles (2003)
- Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001)

Perinatalidad y primera infancia

- Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés - Cadre de référence (2012)
- Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 : Un projet porteur de vie (2010)
- Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie (2008)
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence (2004)
- Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (1995)

Respeto por la persona

- Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale (2006)
- Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique (2015)

Salud mental

- Plan d'action en santé mentale 2015-2020 Faire ensemble et autrement (2015)
- Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011)
- Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS (2008)
- Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)
- Prévention du suicide: Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux (2010)
- L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide: Cadre de référence (2006)
- Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie (1998)

Salud pública

- Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec - Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2015)
- Programme national de santé publique 2015-2025: Pour améliorer la santé de la population du Québec (2015)
- Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle (2011)
- La prévention et le contrôle des infections nosocomiales: Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec (2006)
- Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 (2010)
- Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire: Mise à jour 2008 (2008)

- Investir pour l'avenir: Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (2006)
- Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (2006)
- Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza: Mission santé (2006)
- Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec (2007)
- Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec: Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2015)
- Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement: Orientations 2003-2009 (2004)

Servicios generales

- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Services sociaux généraux – Offre de service (2013)
- Services Info-Santé et Info-Social: Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec (2007)

Violencia conyugal y agresión sexual

- Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (2001)
- Politique d'intervention en matière de violence conjugale: Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995)