



Resumen:

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

Editado por:

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

Este documento puede ser consultado en la siguiente
dirección electrónica:

www.msss.gouv.qc.ca

sección **Documentation**, rúbrica **Publications**.

El género masculino utilizado en este documento incluye tanto
a las mujeres como a los hombres.

Depósito legal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70323-5 (version PDF)

Los derechos de la propiedad intelectual son reservados y se aplican a todos los países. No se permite la reproducción, traducción o difusión parcial o completa de este documento, cualquiera que sea el medio empleado, sin el permiso previo de Publications du Québec. Sin embargo, la reproducción de este documento o de su uso para fines personales, estudio privado o de investigación científica, pero no comerciales, están permitidos con la condición de citar la referencia documental.

© Gouvernement du Québec, 2014

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

El sistema de salud y servicios sociales, tal como lo conocemos, fue establecido en 1971, después de la adopción de la Ley de los Servicios de Salud y Servicios Sociales (capítulo S-4.2), por la Asamblea Nacional de Québec.

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

Existen dos regímenes universales que permiten a toda la población obtener servicios hospitalarios y médicos a cargo del Estado. Se trata del régimen de seguro de hospitalización instaurado en 1961 y el régimen de seguro de enfermedad, creado en 1971. En 1997, el régimen general de seguro de medicamentos completó la cobertura pública de la población quebequense en el sector de la salud. Este se refiere a un régimen mixto universal basado en la asociación entre el Estado y aseguradores privados. Además, algunos servicios son dispensados gratuitamente a grupos en particular, según criterios precisos, tales como los servicios dentales, ópticos y aparatos que compensan una deficiencia física. Por último, algunos regímenes privados pueden cubrir servicios que no están garantizados por los regímenes públicos, permitiendo un seguro complementario.

El financiamiento 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 los impuestos recaudados por el gobierno de Québec y depositados en un Fondo Consolidado del Ingreso, así como, de transferencias del gobierno federal y cotizaciones de los empleadores y particulares en el Fondo de los Servicios de Salud.

En Québec, en el año 2010, los gastos totales concernientes a la salud¹ fueron aproximadamente de 40,5 mil millones de dólares. Estos incluían los gastos públicos y privados (reclamaciones a los seguros privados, pagos directos – tales como la contribución al alojamiento – efectuados por particulares, donaciones, etc.). Los gastos públicos en salud, que se calculaban en 28,6 mil millones de dólares, representaban, por lo tanto, 70,6% de los gastos totales.

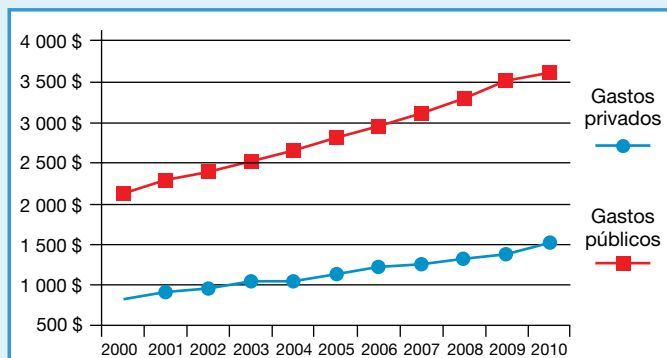
Gastos comparativos en salud, Québec y Canada, 2010

Gastos	Québec	Canada ²
Gastos totales en salud por habitante	\$ 5 126	\$ 5 659
Gastos totales en salud en proporción al producto interno bruto (PIB)	12,7%	11,9%
Proporción de los gastos públicos en relación con los gastos totales en salud	70,6%	70,5%
Gastos públicos en salud por habitante	\$ 3 617	\$ 3 990

Fuente: Instituto Canadiense de Información sobre la Salud.

Del año 2000 al 2010, los gastos públicos y privados en salud, respectivamente, han tenido un incremento promedio anual de 5,4% y 6,4%.

Gastos públicos y privados en salud por habitante, en dólares corrientes, Québec, de 2000 a 2010

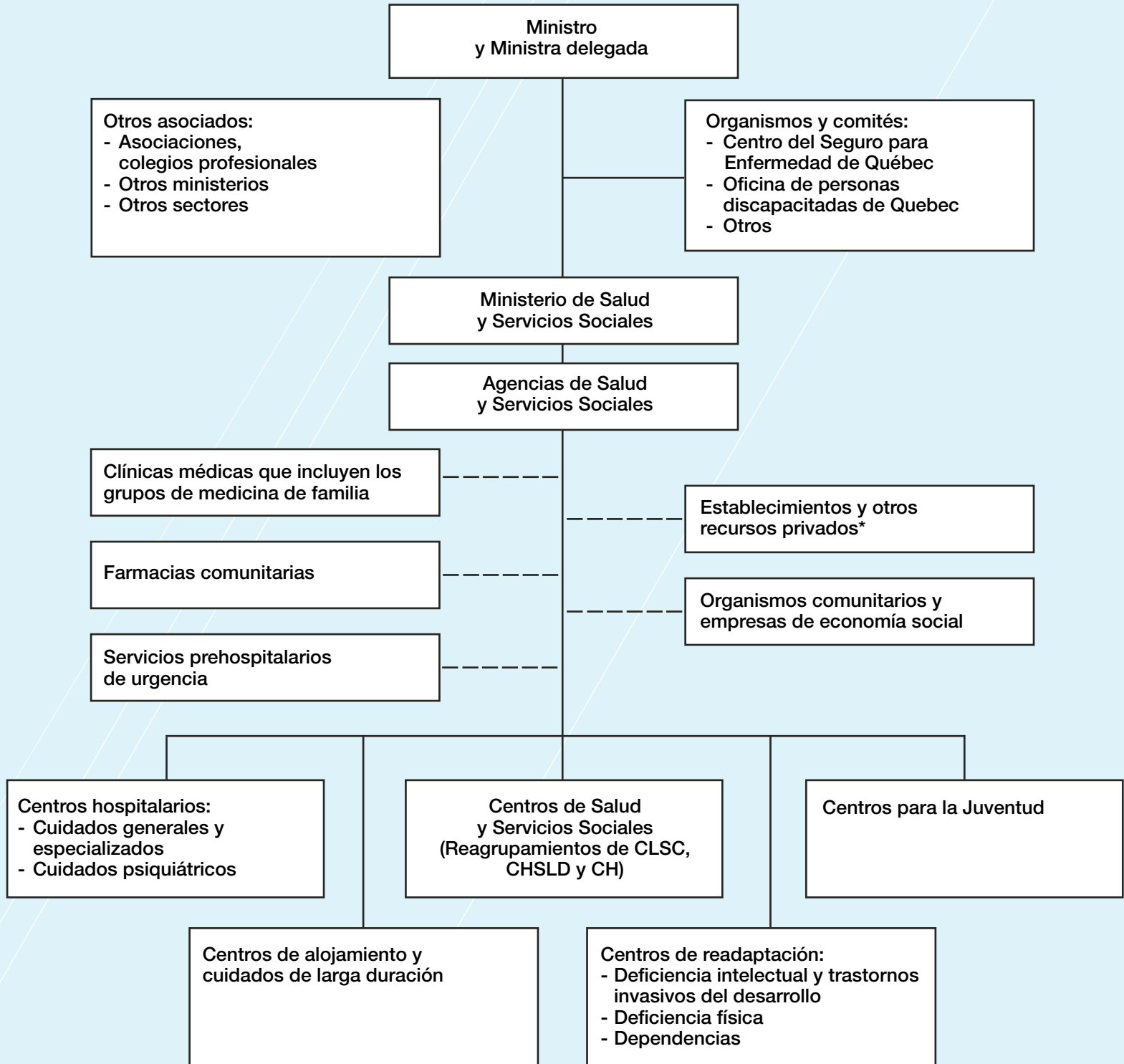


Fuente: Instituto Canadiense de Información sobre la Salud.

1 Los gastos en servicios sociales están excluidos de los cálculos del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud. Estos representan alrededor del 12% del gasto total de la misión salud y servicios sociales.

2 Induye los gastos en salud de Québec

Sistema de Salud y Servicios Sociales



* Recursos intermediarios y de tipo familiar pueden estar vinculados a los establecimientos públicos.

Abreviaturas: CH: Centro Hospitalario; CHSLD: Centro de Alojamiento y Cuidados de Larga Duración; CLSC: Centro Local de Servicios Comunitarios.

Responsabilidades de **gobernanza**

El sistema de salud y servicios sociales está constituido de tres niveles de gestión: nacional, regional y local.

Responsabilidades del Ministerio de Salud y Servicios Sociales (nivel nacional)

- Dirigir y coordinar todo el sistema de salud y servicios sociales.
- Definir las orientaciones concernientes a las políticas sociosanitarias y normas relativas a la organización de los servicios, así como, la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros de la red. También debe ocuparse de su aplicación.
- Ejercer las funciones nacionales en salud pública (vigilancia continua del estado de salud de la población; promoción de la salud y bienestar; prevención de las enfermedades, problemas psicosociales y traumatismos; protección de la salud).
- Asegurar la coordinación interregional de los servicios.
- Repartir equitativamente los recursos financieros entre las regiones y supervisar el control de su utilización.
- Evaluar, en toda la red, los resultados logrados en relación a los objetivos fijados, dentro de una perspectiva de mejoría del rendimiento del sistema.

Responsabilidades de las agencias de salud y servicios sociales (nivel regional)

- Definir las orientaciones y prioridades regionales en concertación con la población y los asociados de la red.
- Coordinar el establecimiento de los servicios en su territorio respectivo favoreciendo la colaboración y complementariedad, a fin de asegurar una utilización eficaz y eficiente, así como, un reparto equitativo de los recursos.
- Ejercer las funciones regionales en salud pública.
- Asignar los presupuestos de funcionamiento a los establecimientos y otorgar las subvenciones a los organismos comunitarios y por ende garantizar el control.

- Asegurarse que la población participe en la gestión de la red y respeto de los derechos de los usuarios.
- Evaluar el grado de alcance de los objetivos y satisfacción de los usuarios.

Responsabilidades de los establecimientos de salud y servicios sociales (nivel local)

- Garantizar la prestación de servicios de salud o servicios sociales de calidad, que sean continuos, asequibles, seguros y respetuosos de los derechos de las personas.
- Para los Centros de Salud y Servicios Sociales (CSSS), garantizar la coordinación de los servicios requeridos por la población del territorio de la Red Local de Servicios de Salud y Servicios Sociales (RLS).
- Administrar con eficacia y eficiencia los recursos humanos, materiales y financieros.
- Realizar actividades de enseñanza, investigación y evaluación de las tecnologías y modos de intervención cuando los establecimientos tienen vocación universitaria.

En los últimos años, se aportaron varias modificaciones a la Ley sobre los Servicios de Salud y Servicios Sociales (capítulo S-4.2). Estas han tenido particularmente como objetivo, instaurar un marco de gestión orientado hacia los resultados y reforzar los vínculos entre los tres niveles de gobernanza en lo referente a las obligaciones relativas al ejercicio de la imputabilidad. Por lo tanto, los planes estratégicos de las agencias deben ser elaborados conforme a las orientaciones nacionales y regionales, lo que permite incrementar la complementariedad e interdependencia entre los niveles. En lo que concierne a la rendición de cuentas, esta debe centrarse en el alcance de los resultados a la luz de los objetivos fijados en dichos planes estratégicos, así como, en los convenios de gestión e imputabilidad firmados anualmente entre, por una parte, el Ministerio y las agencias y, por otra, las agencias y los establecimientos.

El **Ministerio** y sus principales **asociados**

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales, así como su red, tienen como función mantener, mejorar y restaurar la salud y el bienestar de la población, favoreciendo el acceso a los servicios de salud y servicios sociales integrados y de calidad, contribuyendo de esta manera al desarrollo social y económico de Québec.

La lista de las leyes, cuya responsabilidad de la aplicación corresponde parcial o totalmente al Ministro de Salud y Servicios Sociales, se encuentra en el anexo 1.

Organismos dependientes del ministro

Varios organismos y comités relacionados a la salud y servicios sociales dependen del ministro. Se mencionan particularmente:

- Comisario para la salud y el bienestar (Commissaire à la santé et au bien-être);
- Héma-Québec;
- Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Servicios Sociales (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux);
- Instituto Nacional de Salud Pública de Québec (Institut national de santé publique du Québec);
- Oficina para las personas discapacitadas de Québec (Office des personnes handicapées du Québec);
- Centro del Seguro para Enfermedad de Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec);
- Urgencias-Salud (Urgences-santé).

Autoridades regionales

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales realiza su función compartiendo responsabilidades con dieciocho autoridades regionales que supervisan la organización de los servicios en los territorios respectivos. Existen quince agencias de salud y servicios sociales, así como, tres organizaciones regionales situadas en las zonas septentrionales: Centro Regional de Salud y Servicios Sociales de Baie-James, Centro Regional de Salud y Servicios Sociales de Nunavik, así como, el Consejo CRI de Salud y Servicios Sociales de Baie-James.

Ver el mapa de las regiones sociosanitarias Québec anexo 2.

Establecimientos

Los establecimientos que otorgan a la población, servicios generales y especializados correspondientes a las cinco grandes metas definidas por la Ley sobre los Servicios de Salud y Servicios Sociales (capítulo S-4.2) son, según su especificación:

- Un Centro Local de Servicios Comunitarios (CLSC).
- Un Centro Hospitalario (CH).
- Un Centro de Alojamiento y Cuidados a Largo Plazo (CHSLD).
- Un Centro de Protección de la Infancia y la Juventud (CPEJ).
- Un Centro de Readaptación (CR).

La misión de un Centro Local de Servicios Comunitarios (CLSC) es ofrecer, en primera línea, servicios de salud y servicios sociales corrientes y, a la población que vive en su territorio, servicios de tipo preventivo o curativo, de readaptación o reinserción, así como, actividades de salud pública. El establecimiento que asume esta misión debe cerciorarse de contactar a las personas que necesitan tales servicios para sí mismas o para sus allegados y que sus necesidades sean evaluadas, como también, que los servicios requeridos sean otorgados dentro de sus instalaciones o en su medio de vida, escuela, trabajo o domicilio. Según las necesidades, se asegura que las personas son dirigidas a los centros, organismos o personas más aptas para ayudarles.

La tarea de un Centro Hospitalario (CH) es otorgar servicios diagnósticos, así como, cuidados médicos generales y especializados.

La función de un Centro de Alojamiento y Cuidados a Largo Plazo (CHSLD) es garantizar, de manera temporal o permanente, servicios de alojamiento, asistencia, apoyo, y vigilancia, lo mismo que, servicios psicosociales, de readaptación, de enfermería, farmacéuticos y de medicina, a los adultos que, debido a la pérdida de autonomía funcional o psicosocial, no pueden permanecer en su medio de vida natural.

La misión de un Centro de Protección de la Infancia y Juventud (CPEJ) es ofrecer servicios en el aspecto psicosocial, incluso los servicios de urgencia social, al joven cuya situación lo requiere, en virtud de la Ley sobre la Protección de la Juventud (capítulo P-34.1) y la Ley del Sistema de Justicia Penal para los Adolescentes (L.C., 2002, capítulo 1). Esta misión engloba también la ubicación de los niños, la mediación familiar, la pericia en la Corte Superior en lo relativo a la custodia de los niños y la adopción e investigación sobre los antecedentes biológicos.

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

En Québec, un establecimiento puede asumir más de una misión. En efecto, los Centros de Salud y Servicios Sociales (CSSS) tienen a su cargo, en un mismo Consejo de Administración, un CLSC, un CHSLD y, si es necesario, un CH. En lo que corresponde a los Centros para la Juventud (CJ), estos se responsabilizan a la vez de la misión de un CPEJ, así como, de un CR para los jóvenes con problemas de adaptación y, si es necesario, de un CR para las madres en dificultad de adaptación. Estas reagrupaciones de misiones tienen como objetivo lograr una mejor integración de los servicios.

El 31 de marzo de 2013, la red quebequense de salud y servicios sociales incluía 277 establecimientos que otorgaban asistencia a 1 689 instalaciones o lugares físicos diferentes. De estos 277 establecimientos, 182 eran públicos y 95, privados.

Los 182 establecimientos públicos estaban repartidos de la manera siguiente:

- 94 centros de salud y servicios sociales.
- 68 establecimientos que asumían, de manera única o múltiple, las misiones de un CH, un CR o un CHSLD.

- 16 centros para la juventud.
- 4 establecimientos, situados en las regiones nórdicas, que tenían a su cargo todas las misiones.

Cinco establecimientos constituyen centros hospitalarios universitarios. Además, doce establecimientos corresponden a institutos universitarios. Se calculan siete en el sector de la salud y cinco en lo social. Por último, quince establecimientos se designan como centro afiliado universitario, es decir, cinco establecimientos que tienen a cargo las funciones de un CH y de un CHSLD, así como, diez CSSS.

Por otra parte, cuatro redes universitarias integradas en salud (RUIS) favorecen la concertación, complementariedad, como también, la integración de las labores relativas a los cuidados, la enseñanza e investigación encomendados a los establecimientos de salud y universidades a las que están afiliados. Se trata de las redes universitarias integradas en salud de la Universidad Laval, Universidad McGill, Universidad de Montreal y la Universidad de Sherbrooke.

Principales asociados

Además de los recursos institucionales mencionados anteriormente, los siguientes asociados contribuyen a la realización de la misión del sistema quebequense de salud y servicios sociales:

- Clínicas médicas de generalistas y especialistas, entre los cuales, los grupos de medicina de familia y clínicas-red.
- Farmacias comunitarias.
- Servicios prehospitalarios de urgencia.
- Organismos comunitarios y empresas de economía social para ayuda doméstica.
- Recursos intermediarios (apartamentos supervisados, residencias de grupo, etc.) y de tipo familiar (familias de acogida para niños y residencias de acogida para los adultos) vinculadas a los establecimientos públicos de salud y servicios sociales.
- Residencias privadas para personas mayores.

Aunque los médicos generalistas y los especialistas son trabajadores autónomos, la gran mayoría de estos médicos ejercen exclusivamente en el marco del sistema público, el cual siempre ha estado en capacidad de establecer asociaciones con ellos. *La Régie de l'assurance maladie du Québec* está encargada de la remuneración de los médicos que trabajan en el régimen público. Algunas prácticas de remuneración mixta fueron instauradas a partir de 1999, sin embargo, el pago por servicio prestado, sigue siendo la forma principal de retribución de estos profesionales de la salud.

Entre los diferentes tipos de reagrupación de médicos, se mencionan los Grupos de Medicina de Familia (GMF), un modo favorecido por Québec para mejorar el acceso de todos los ciudadanos a un médico de familia, y a las clínicas-red. El GMF se define como una organización compuesta de médicos de familia que trabajan en grupo y en estrecha colaboración con enfermeras y otros profesionales en salud integrantes de la red pública. El GMF otorga servicios médicos de primera línea, con o sin cita, en los consultorios o a domicilio, durante las horas de apertura en la semana, los fines de semana y los días festivos. La inscripción en la lista de un médico de familia, miembro de un GMF, es voluntaria y gratuita.

Las clínicas-red corresponden a un modelo de organización cuyo primer objetivo consiste en favorecer la accesibilidad a los servicios médicos de primera línea. Estas que son complementarias a los GMF, dan paso a una más amplia gama de servicios médicos, disponibles en los horarios extendidos. La instauración de un corredor privilegiado de servicios con un CSSS, por ejemplo, mejora el acceso de los médicos generalistas a las plataformas técnicas y cuidados especializados.

Algunos datos sobre el personal de la Red de Salud y Servicios Sociales

En el año 2010-2011, el Sistema de Salud y Servicios Sociales empleó aproximadamente 292 000 personas, es decir, alrededor de 6,8% de la población activa de Québec.

Entre los profesionales remunerados por la *Régie de l'assurance maladie du Québec*, se calcularon:

- 8 356 médicos generalistas, es decir, 1,05 por 1 000 habitantes.
- 9 179 médicos especialistas, es decir, 1,16 por 1 000 habitantes.

Entre las personas que trabajaban en las agencias o en los establecimientos públicos o privados convenionados, se contaron:

- 52 824 enfermeras³, es decir, 6,65 por 1 000 habitantes.
- 11 114 otros profesionales de la salud⁴, es decir, 1,40 por 1 000 habitantes.
- 15 548 profesionales de servicios sociales, es decir, 1,96 por 1 000 habitantes.

Por último, es necesario subrayar el papel preponderante que desempeñan los organismos comunitarios subvencionados con respecto a la población. Estos son reconocidos por el ministerio, las agencias y establecimientos en calidad de asociados autónomos, sin restricción, en el marco del sistema de salud y servicios sociales. Estos organismos se dedican particularmente a:

- Ofrecer servicios de prevención, ayuda y apoyo, incluyendo los servicios de alojamiento temporal.
- Efectuar actividades encaminadas a la promoción y defensa de los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios de salud o servicios sociales.
- Promover el desarrollo social, el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud en la población de Québec.
- Responder a las nuevas necesidades con enfoques innovadores o que apuntan hacia grupos particulares de personas.

3 Incluye enfermeras, así como enfermeras clínicas y practicantes.

4 Se excluyen alrededor de 2 000 profesionales que no forman parte del régimen de negociación de las convenciones colectivas en los sectores público y parapúblico, entre los cuales, farmacéuticos de los establecimientos de salud.

Redes locales de **servicios y programas** de servicios y apoyo

Redes locales de servicios

El CSSS y sus asociados constituyen una Red Local de Servicios de Salud y Servicios Sociales (RLS). Esta red incluye particularmente médicos de familia, farmacias, organismos comunitarios, recursos privados, establecimientos que otorgan servicios especializados o súper especializados (centros hospitalarios, centros para la juventud y centros de readaptación), así como también, asociados de otros sectores de actividad.

El CSSS y todos sus asociados de la RLS comparten colectivamente la responsabilidad con respecto al ofrecimiento de servicios integrados que corresponden a las necesidades de la población del territorio local y que están encaminadas a favorecer el mantenimiento o mejoramiento de la salud y del bienestar de esta población. Con este propósito, deben permitir la accesibilidad a intervenciones y servicios de la manera más completa posible, a proximidad del medio de vida de las personas. También deben asegurarse que el sistema de salud y servicios sociales tome a su cargo y acompañe a estas personas. El modelo se basa además en el principio de jerarquía de los servicios, lo que garantiza una mejor complementariedad de dichos servicios y facilita el encaminamiento de las personas entre los servicios de primera, segunda y tercera línea, siguiendo mecanismos bidireccionales, cuando sea necesario.

El CSSS, además de garantizar la coordinación de los servicios prestados por todos los asociados de la RLS, debe facilitar la colaboración con los otros sectores de actividad a fin de actuar en los principales determinantes sociales y de salud.

Ver anexo 3.

Programas de servicios y apoyo

En Québec, el Sistema de Salud y Servicios Sociales se segmenta en programas de servicios y de apoyo. Esta organización confiere un marco para la planificación, asignación de recursos y rendición de cuentas.

Actualmente, existen nueve programas de servicios:

- Dos programas de servicios que responden a necesidades que atañen a toda la población:
 - **Salud pública**, que permite garantizar la promoción, prevención, protección de la salud y bienestar, así como, la vigilancia del estado de salud de la población.
 - **Servicios generales – actividades clínicas y ayuda**, que cubre los servicios de primera línea en lo relativo a la salud o a problemas sociales específicos.
- Siete programas de servicios dedicados a problemáticas particulares:
 - **Apoyo a la autonomía de las personas mayores.**
 - **Deficiencia física**, para las incapacidades relacionadas con la audición, visión, lenguaje y palabra o con las actividades motoras.
 - **Deficiencia intelectual y trastornos invasivos del desarrollo.**
 - **Jóvenes en dificultad.**
 - **Dependencias**, tales como, alcoholismo, toxicomanía y juego patológico.
 - **Salud mental.**
 - **Salud física**, que cubre los servicios de urgencia, servicios especializados y súper especializados, servicios continuos que requieren seguimiento sistemático (por ejemplo: enfermedades crónicas, cáncer), así como, los cuidados paliativos.

Los programas de apoyo incluyen las actividades de tipo administrativo y técnico que sirven de sostén a los programas de servicios. Se trata de:

- Administración y apoyo.
- Gestión de edificios y equipos.

Estado de **salud y bienestar** de la **población quebequense**

En Québec, durante el año 2012, la esperanza de vida al nacimiento era de 81,8 años, de los cuales, 79,8 años para los hombres y 83,8 años para las mujeres. Esta se situaba entre los más altos del mundo. Una elevada proporción de la población se consideraba en buena salud, tanto física como mental. El estado de salud de la población ha mejorado desde los años 2000 en lo que concierne a la supervivencia de las enfermedades del corazón y el cáncer. Otro aspecto de mejoramiento es el hecho que desde hace diez años, Québec registra una disminución en la tasa de suicidio, particularmente en lo que corresponde a los jóvenes.

Las campañas e intervenciones clínicas de prevención parecen producir efectos positivos. Por ejemplo, se observa un aumento en el consumo de frutas y legumbres, así como, la disminución en la tasa de tabaquismo, aunque este último se ha estancado desde 2006, aproximadamente de un 20% después de un descenso notable. Sin embargo, se constata un incremento de la obesidad, que afecta un adulto sobre seis. Aunque Québec presenta una predominancia de la obesidad ligeramente por debajo de la media canadiense, esta es superior a la de varios países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

En Québec, como en la mayoría de los países industrializados, las enfermedades crónicas y las incapacidades ejercen presiones importantes en el sistema de salud y servicios sociales. La mitad de la población en edad de 12 años y más habría tenido al menos un problema de salud crónica en el año 2010-2011, y el cuarto, al menos dos. La hipertensión afecta actualmente al 16% de los quebequenses y la diabetes el 6%. La predominancia de las enfermedades del corazón y de cáncer está aumentando. Más de la mitad de los nuevos casos de cáncer están relacionados con la próstata, pulmón, seno o colorrectal. Incluso, la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia progresan. Cada año, un adulto sobre diez está afectado por trastorno mental.

Las incapacidades moderadas o graves conciernen el 11% de la población de todas las edades. El índice de incapacidad en relación con los niños aumenta en Québec desde 2001. Este atañe sobre todo a trastornos por déficit de atención, asma, problemas de aprendizaje o un retraso en el desarrollo.

Por otra parte, Québec registra un envejecimiento acelerado de la población. La proporción de personas de 65 años y más, que se calculaba entre 12 y 13% a finales de los años 90, duplicará pasando a 25% en 2031. De manera comparativa, deberá tomar 51 años en Canadá, 59 años en Francia y 67 años en Suecia para alcanzar el mismo resultado. Japón es el único país que presenta un fenómeno más acelerado que el de Québec, puesto que la proporción de personas de 65 años y más se habrá duplicado en 18 años.

Además, una presión en alza sobre requerimientos en los servicios de salud y servicios sociales, implica adaptar las prestaciones de estos para responder mejor a las necesidades cambiantes de las personas que están afectadas por enfermedades crónicas, trastornos cognitivos o incapacidades en la vida cotidiana.

Finalmente, a pesar de beneficios logrados durante los últimos años, persisten las desigualdades sociales en lo concerniente a la salud. Estas desigualdades, relacionadas con la pobreza, se reflejan particularmente por una esperanza de vida disminuida, así como, por un índice más alto con respecto a las enfermedades crónicas, dependencia del alcohol o drogas e intervenciones por parte de la Protección de la Juventud.

Anexo 1

Lista de las leyes cuya responsabilidad de aplicación corresponde, parcial o totalmente, al Ministro de Salud y de Servicios Sociales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (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 (chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)

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

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

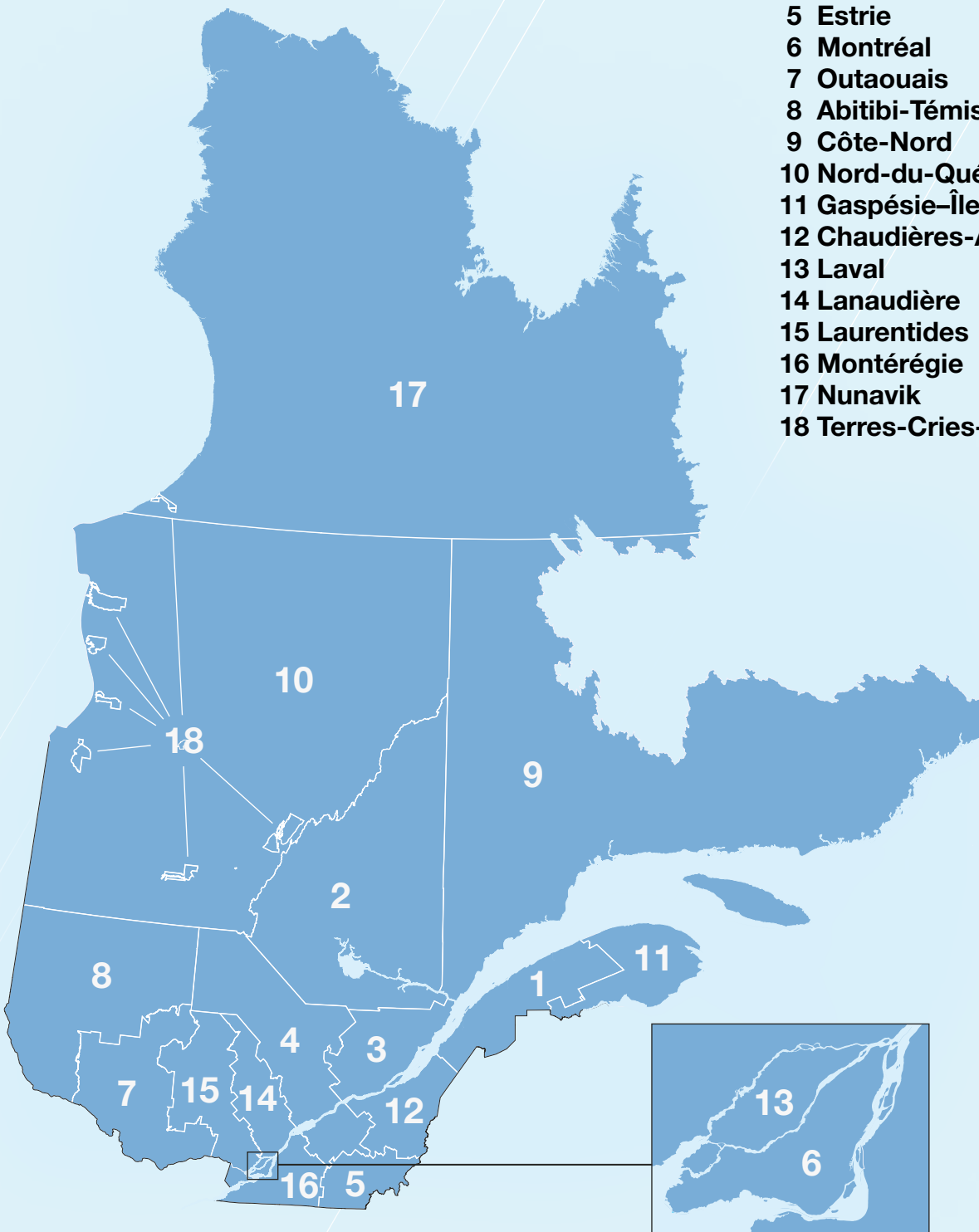
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2)

Loi sur le tabac (chapitre T-0.01)

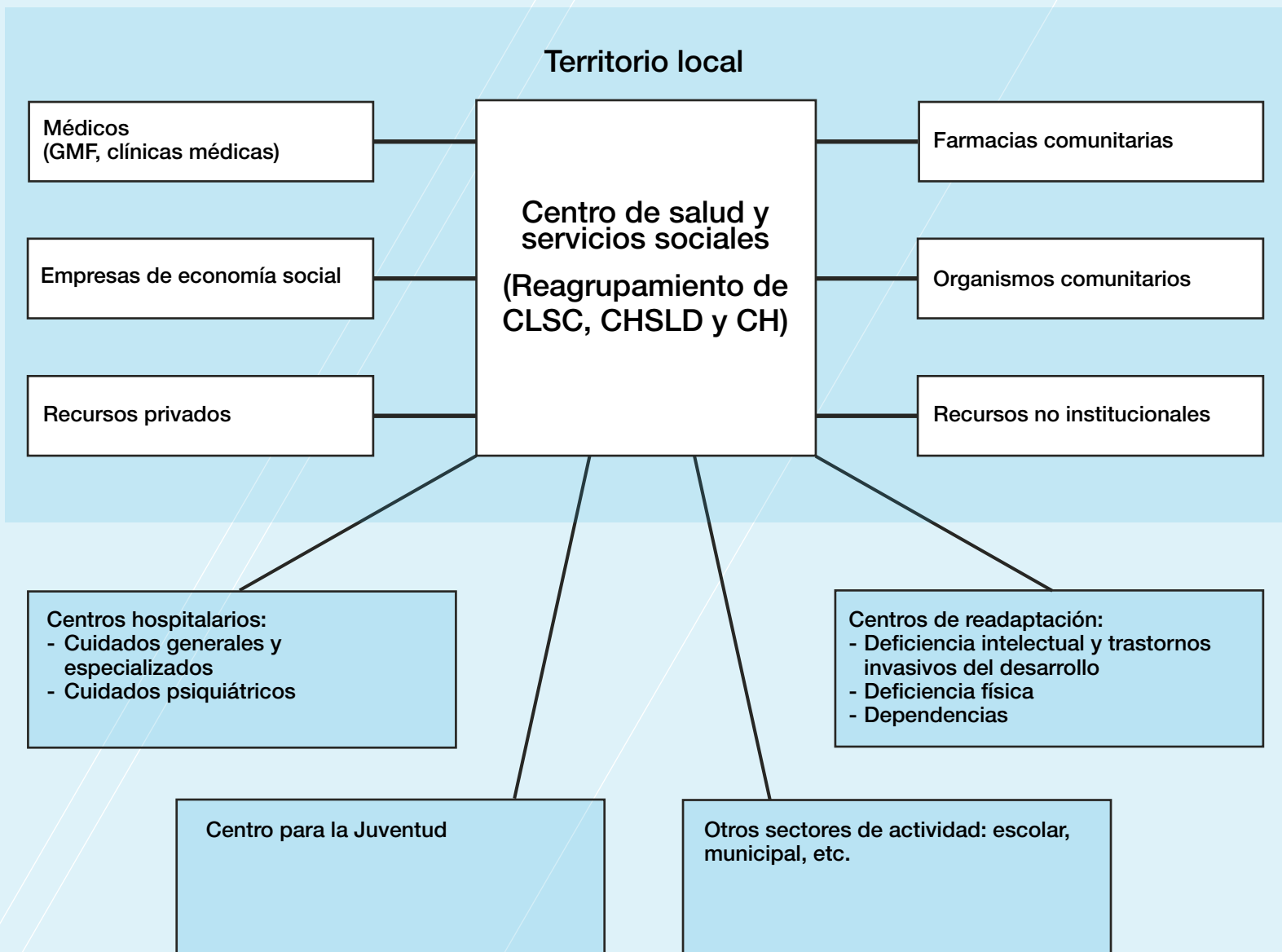
Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1)

Régions 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



Red local de servicios de salud y servicios sociales



Abreviaturas: CH: Centro Hospitalario; CHSLD: Centro de Alojamiento y Cuidados de Larga Duración; CLSC: Centro Local de Servicios Comunitarios; GMF: Grupo de Medicina de Familia.

Anexo 4

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

Cáncer

Plan directeur en cancérologie: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)

Plan d'action en cancérologie 2013-2015: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)

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)

Deficiencia física, deficiencia intelectual y trastornos que afectan mucho el 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'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

Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (2009)

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 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)

Cadre de référence sur les ressources intermédiaires (2001)

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 de servicios sociales

Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (2010)

Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux: Mission, principes et critères (2010)

Pérdida de la autonomía vinculada al envejecimiento

Vieillir et vivre ensemble: Chez soi, dans sa communauté, au Québec – Politique et plan d'action 2012-2017 (2012)

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)

Perinatal y primera infancia

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 a la persona

Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale (2006)

Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques (2002)

Salud mental

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: La force des liens (2011)

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)

Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens (2005)

Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie (1998)

Salud pública

Programme national de santé publique 2003-2012: Mise à jour 2008 (2008)

Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle (2011)

Prévention et contrôle des infections nosocomiales: Plan d'action 2010-2015 (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)

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)