
LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS

Edición de 1990



VOLUMEN II

LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS

EDICION DE 1990

Volumen II



Publicación Científica No. 524

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1990

PROPIEDAD DEL CENTRO DE
DOCUMENTACION E INFORMACION
de
Representación de País Guatemala

Publicada también en inglés (1990) con el título:
Health Conditions in the Americas, 1990 Edition
PAHO Scientific Publication No. 524
ISBN 92 75 11524 9

ISBN 92 75 31524 8

© Organización Panamericana de la Salud, 1990

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

CONTENIDO

	Página
<i>Prefacio</i>	v
Anguila	1
Antigua y Barbuda	4
Antillas Neerlandesas y Aruba	8
Argentina	12
Bahamas	33
Barbados	39
Belice	44
Bermuda	50
Bolivia	53
Brasil	65
Canadá	80
Colombia	89
Costa Rica	99
Cuba	107
Chile	117
Dominica	125
Ecuador	129
El Salvador	140
Estados Unidos de América	147
Grenada	158
Guatemala	161
Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica	171
Guyana	176
Haití	185
Honduras	192
Islas Caimán	201
Islas Turcas y Caicos	204
Islas Vírgenes Británicas	207
Jamaica	210
México	217
Montserrat	231
Nicaragua	234
Panamá	245
Paraguay	253
Perú	264
República Dominicana	273
San Kitts y Nevis	281
San Vicente y las Granadinas	284
Santa Lucía	287
Suriname	290
Trinidad y Tabago	300
Uruguay	310
Venezuela	322

EXPLICACION DE SIMBOLOS EN LOS CUADROS

..	No se aplica
...	Datos no disponibles
-	Magnitud cero
0,0	Magnitud mayor que cero, pero inferior a 0,05
*	Datos provisionales

PREFACIO

Las condiciones de salud en las Américas, edición de 1990, constituye el décimo de una serie de informes cuadriennales publicados a partir de 1954 para documentar los adelantos en salud alcanzados por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, y presenta a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana el estado de salud de los pueblos de la Región, a la luz de la meta de salud para todos en el año 2000. Esta publicación no incluye las actividades de cooperación técnica entre la OPS y los Gobiernos Miembros, que se presentan a esta Conferencia en el *Informe del Director, Cuadriennal 1986-1989, Anual 1989*.

Al igual que las anteriores de la serie, la presente edición responde a múltiples intereses de una gran variedad de usuarios. A los Gobiernos Miembros y a los Cuerpos Directivos de la OPS les ofrece información sobre las grandes tendencias de la situación de salud en la Región y en cada uno de los países. Además, la publicación sirve como documento de referencia y consulta para diversos organismos nacionales e internacionales así como para estudiantes, investigadores y trabajadores de la salud en los países.

La edición de 1990 cubre principalmente el período 1985-1988 y consta de dos volúmenes. El primero, que se refiere a la situación de salud desde una perspectiva regional, contiene tres partes y un anexo estadístico. La primera parte versa sobre el contexto general y presenta algunas tendencias políticas, económicas y sociales de la Región, las principales características de la población y una visión panorámica de la mortalidad y de la salud ambiental. La segunda parte se refiere al estado de salud, especialmente la del niño, del adulto, de la mujer y del anciano, así como a problemas que afectan a la población general. La tercera parte, que corresponde a la infraestructura de los sistemas de salud, describe la respuesta del sector salud a los problemas identificados y también trata de la infraestructura de la salud ambiental en cuanto a agua y alcantarillado, asco. urbano, contaminación ambiental y salud ocupacional. El anexo de este volumen recopila los últimos datos estadísticos disponibles, que complementan los publicados en informes anteriores y sirven de referencia y documentación del texto. El segundo volumen contiene el resumen de la situación e infraestructura de salud en cada uno de los países de la Región y complementa el análisis por área temática presentado en el primero.

Para la elaboración de ambos volúmenes se han utilizado datos de muchas fuentes oficiales y oficiosas y, a pesar de los intentos hechos para su consolidación, no ha sido posible eliminar todas las discrepancias, algunas de las cuales deberían ser motivo de preocupación. Convencidos de la importancia de esta información, confiamos en que su mayor utilización será el mejor estímulo para la generación, procesamiento y análisis de datos cada vez más pertinentes, válidos y oportunos.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

ANGUILA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Anguila es una dependencia británica que goza de autonomía interna. El Gobierno del Reino Unido está representado por un Gobernador, que tiene a su cargo la seguridad y los asuntos exteriores.

La economía de Anguila se apoya cada vez más en el turismo y los servicios financieros (banca extraterritorial). El producto interno bruto per cápita aumentó de \$US1.720 en 1984 a \$US2.470 en 1987, y el desempleo es actualmente bajo.

Características demográficas

Se estima que la población aumentó de 6.680 habitantes en 1984 a 6.806 en 1987. La significativa emigración de la población adulta ha traído aparejada una estructura demográfica en la que los menores de 15 años representan un 35% y los mayores de 65 un 10,3%.

La tasa de natalidad, que era de 26 por 1.000 en 1984, se mantuvo entre 22 y 26 por 1.000 de 1985 a 1987. En 1985, la tasa de fecundidad fue de 126,7 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años. Menos del 20% de la totalidad de los nacimientos correspondió a mujeres de menos de 20 años.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

Entre 1985 y 1987 murieron 13 niños, lo que representa una tasa promedio de mortalidad infantil de 25 por 1.000 nacidos vivos. Por más que estas cifras sean pequeñas, el hecho de que siete de estas muertes hayan sido de neonatos sugiere que las condiciones existentes en el período perinatal desempeñan un papel significativo. No

se registra ninguna otra condición específica como causa principal de muerte; sin embargo, las infecciones del tracto respiratorio siguen siendo la causa principal de admisión hospitalaria.

La enfermedad diarreica es todavía común, aunque no constituye un problema grave; en la actualidad tiene amplia aplicación la terapia de rehidratación oral.

La cobertura de niños menores de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, la tuberculosis, el sarampión, las paperas y la rubéola oscilaba entre 85% y 100%.

De 1985 a 1987 se registraron cinco muertes en el grupo de niños de 1 a 4 años.

En las escuelas primarias y secundarias se ha incorporado un programa de educación para la vida de familia, que comprende asesoramiento en grupos y desarrollo de la destreza de los jóvenes.

Salud de los adolescentes y adultos (15 a 64 años)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de defunción y de mala salud crónica. Los tres grupos principales de causas de defunción son, por orden de importancia, las enfermedades cardiovasculares, las afecciones cerebrovasculares y los neoplasmas malignos. La hipertensión y la diabetes mellitus, que son las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, afectan a gran parte de la población clínica, son responsables de muchas admisiones hospitalarias por año y contribuyen en forma significativa a defunciones por causas cardíacas y cerebrovasculares.

De las 28 defunciones registradas entre mujeres en este grupo de edad, seis se debieron a tumores malignos (21,4%), tres a enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tres a afecciones del corazón (10,7%), dos a hipertensión y dos a epilepsia. El cáncer de cuello uterino es la enfermedad maligna más importante entre las mujeres.

Tras haber disminuido en 1986, el número de mujeres que participaban en el programa de planificación de la familia experimentó un aumento y superó los 600 en 1987. También se incrementó de manera apreciable la utilización de anticonceptivos.

La demanda de atención de salud mental va en aumento. Las defunciones relacionadas con accidentes no figuran entre las principales causas de muerte, pero se registró un pronunciado aumento de los accidentes de

tráfico entre 1975 (4,45 por 1.000) y 1984 (13,47 por 1.000), en los que intervinieron motocicletas en la mayoría de los casos. Aparentemente, los problemas vinculados con el alcohol son más frecuentes que los observados previamente. Aunque está en aumento, la invalidez crónica no es reconocida como problema fundamental. La ceguera es la principal incapacidad entre los adultos.

Salud de los ancianos (65 y más años)

Las principales causas de defunción y de mala salud crónica entre los ancianos son las enfermedades cerebrovasculares, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades malignas.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud es el encargado de proporcionar los servicios de salud pública en el país y decide la política a seguir al respecto, con el asesoramiento del Secretario Permanente de Salud y altos funcionarios técnicos. La responsabilidad de la administración cotidiana se delega en el Secretario Permanente del Ministerio y, por su intermedio, en el personal técnico y administrativo que trabaja en el Ministerio, los hospitales y los centros de salud.

No existe ningún plan nacional de salud, aunque se está considerando la posibilidad de implantar uno.

En el curso de varios años, Anguila ha desarrollado un sistema de salud, recurriendo al concepto de los tres niveles de atención e incorporando al efecto una combinación de servicios primarios y secundarios. Se proyecta mejorar la organización del nivel terciario de atención en un futuro próximo. Las instalaciones destinadas a la atención de la salud son propiedad del gobierno.

Los medicamentos esenciales se obtienen y seguirán obteniendo a precios concesionarios, pero las modalidades de utilización y la cantidad de fármacos prescritos tendrán que ser controladas.

Todos los servicios son gratuitos para las mujeres antes y después del parto, los niños de 1 a 4 años, los hipertensos y los diabéticos. Sin embargo, no se brindan servicios los fines de semana ni los feriados.

El Hospital Cottage, que cuenta con 24 camas y un pabellón completo para pacientes ambulatorios dotado con rayos X y otros equipos, proporciona los servicios propios de atención secundaria en cirugía general, medicina general, obstetricia, ginecología y pediatría. Los servicios de apoyo comprenden un laboratorio, una farmacia y un departamento de rayos X. Las enfermeras que atienden en el nivel primario, los médicos que abren sus

consultorios dos veces por semana en cada centro de atención primaria o las personas que trabajan en el departamento de medicina ambulatoria del hospital son quienes habitualmente derivan a los pacientes a los servicios de atención secundaria. Hay 3,5 camas por 1.000 habitantes. Los servicios se proporcionan a cambio de honorarios, con excepción de los correspondientes a la salud maternoinfantil. Todos los partos se realizan en la sala de maternidad del hospital. Las camas están ocupadas en un 50% aproximadamente.

Existen en la isla cuatro centros de salud de distrito dependientes del gobierno. El Hospital Cottage supervisa el funcionamiento de un dispensario con 20 camas destinadas a ancianos. Habida cuenta de las pautas de mortalidad proyectadas para el próximo decenio, debe aumentar el cuidado geriátrico, no solo para los pobres, sino también para quienes están en condiciones de pagar y querrían recibir atención privada.

En el Centro de Salud de Valley funciona una moderna clínica dental y se despliegan esfuerzos para establecer servicios de prevención y restauración.

El Centro de Salud de Valley atiende a una población de 2.930 habitantes y cuenta con dos enfermeras de salud pública, una asistente de salud comunitaria y una auxiliar de limpieza. Las clínicas de South Hill, East End y West End disponen de una enfermera y una auxiliar de limpieza. Los tres inspectores de salud pública del Centro de Salud de Valley prestan servicios en todos los distritos. Hay dos médicos por semana en cada una de las cuatro clínicas, de modo que la razón de médicos con respecto a la población es de 1:414 en West End, 1:1.493 en East End, 1:1.963 en South Hill y 1:2.930 en Valley.

No se dispone en la isla de atención terciaria de salud. Sin embargo, a veces pueden obtenerse servicios de ese tipo de especialistas que están de visita o viajando a Antigua, Barbados o Jamaica.

Anguila cuenta con cuatro funcionarios médicos dependientes del gobierno y con dos profesionales médicos privados. Además, hay un administrador de salud, un dentista, dos enfermeras dentales, dos auxiliares dentales y cuatro funcionarios especializados en salud ambiental. El desarrollo de recursos humanos en salud ha quedado establecido como necesidad prioritaria y se están adoptando medidas para capacitar al personal que requiere los servicios de salud.

Se dispone de servicios o programas especiales para los siguientes grupos que merecen atención de preferencia: ancianos, pobres, discapacitados y enfermos confinados. Los pobres y los confinados reciben gratis servicios médicos o de apoyo o tienen libre acceso a ellos. Los individuos y las familias son considerados "pobres" si subsisten con menos de un mínimo de \$US200 por mes. A menudo estas personas carecen en sus hogares tanto de servicios públicos como el agua y la electricidad cuanto

de espacio suficiente para albergar a sus familias. Tienen libre acceso a la atención médica y reciben asimismo \$US50 mensuales por conducto de la División de Bienestar Social del Departamento de Desarrollo de la Comunidad. En 1985, estaban registrados 433 beneficiarios con pensiones de vejez, 78 personas necesitadas y 89 niños necesitados y desamparados.

Para llegar a una clínica se tarda como máximo 30 minutos a pie o 10 minutos en automóvil. Más del 95% de la población tiene acceso a las clínicas y el 5% restante lo obtiene gracias a la División de Bienestar Social. Se cobran honorarios por cada visita y los costos de los medicamentos. El centro de atención secundaria, el Hospital Cottage, está solo a diez minutos de la población más alejada.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Anguila está experimentando considerables cambios económicos y sociales. Su proximidad a San Martín y su abundancia de playas de arena blanca han logrado que el turismo creciese mucho en los últimos años. Por consiguiente, cabe esperar que en el futuro inmediato haya continua presión a favor del desarrollo de las zonas costeras. El aumento del turismo ha traído aparejados varios problemas ambientales que tendrán graves repercusiones a largo plazo si no se los aborda pronto. La escasa población y los limitados recursos de la isla constituyen una traba para acelerar cualquier gestión vinculada con el medio ambiente; además, su condición de colonia restringe la asistencia externa que podría pretender de acuerdos bilaterales u organismos donantes.

En la actualidad el sistema de abastecimiento de agua de Anguila presenta varios problemas, relacionados en especial con el alto contenido alcalino del agua y filtraciones en la red. A medida que aumenta la demanda de agua, potable y no potable, Anguila sufre presiones encaminadas a garantizar que el abastecimiento sea suficiente. Se ha expresado preocupación con respecto a la posible contaminación de un acuífero que se extiende por debajo de la ciudad, de resultas de la creciente insuficiencia de los sistemas de tanques sépticos y la descarga de aguas servidas en el océano.

Con el incremento del turismo, también ha aumentado el volumen de desechos sólidos, muchos de los cuales no son biodegradables. Este problema y el de la basura hacen que la gestión de los desechos sólidos (recolección, transporte y eliminación) constituya una cuestión que cada vez preocupa más. También ha sido notificado el daño producido en el medio ambiente costero como consecuencia del vaciamiento de desechos sólidos en el mar. Implícitos en estos problemas hay otros fundamentales, de tipo estructural, como la falta de información sobre el medio ambiente en los sectores público y privado, la escasez de recursos financieros, humanos y de otro tipo, y las deficiencias de la planificación del uso de la tierra y de los controles del desarrollo.

Especial atención se está otorgando a la capacidad institucional para poner en marcha un amplio programa de salud ambiental y se tiene en consideración el aumento del potencial humano y otros recursos. Se despliegan esfuerzos para reforzar la base legislativa del control del desarrollo y para lograr que se cumplan ordenanzas relativas al medio ambiente que, como la de la basura, ya están en vigencia. También se centrará la atención en actualizar la legislación y garantizar su coherencia. Cada vez se entienden mejor los papeles que deben desempeñar los sectores público y privado en materia de salud ambiental y, en los últimos años, se está poniendo lentamente en marcha un programa de educación y concientización con el propósito de promover una mayor participación del público en la prestación de esos servicios.

El programa de control de vectores está estructurado verticalmente y depende fundamentalmente del uso de insecticidas para el tratamiento de criaderos latentes y reales. La cobertura de inspección y tratamiento en toda la isla se lleva a cabo durante un prolongado período que dura de 8 a 10 meses aproximadamente. Ha sido incorporado a las actividades de rutina que se efectúan casa por casa un programa de almacenamiento de cisternas y otros grandes contenedores donde se colocan peces herbívoros. En los últimos tiempos se han desarrollado actividades encaminadas a lograr la reducción de las fuentes y a brindar educación en salud. Los índices de infestación en las casas por *Aedes aegypti* siguen siendo altos: 9,8% en 1988.

ANTIGUA Y BARBUDA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El país es un Estado unitario que integran Antigua, Barbuda y la isleta deshabitada de Redonda. Está regido por una monarquía constitucional con la forma de democracia parlamentaria y es miembro del Commonwealth Británico. El Gobernador General representa al Gobierno del Reino Unido, y el jefe de gobierno es el Primer Ministro.

El PIB per cápita fue de \$US2.060 en 1983 y aumentó a \$US3.400 en 1987. La mayor parte de la actividad económica, que se orienta cada vez más hacia los servicios, se desarrolla en Antigua; el turismo aporta una contribución significativa a la economía. La deuda externa aumentó de \$US62,7 millones en 1983 a \$US180,7 millones en 1986. La tasa de inflación disminuyó de 15,7% registrado en 1983 a 9,2% en 1986. Los datos disponibles indican que el desempleo en Antigua ha disminuido de 20,8% de la fuerza de trabajo en 1983 a 5% en 1987; los adultos alfabetos representan 90% y la totalidad de los niños aptos de 5 a 15 años están inscriptos en las escuelas.

Características demográficas

La población estimada era de 81.000 habitantes en 1987. El último censo se efectuó en 1970. Ha habido en Antigua mucha inmigración y emigración, y por tanto hay varias estimaciones de la población. Ante esta incertidumbre y la falta de datos precisos, ni siquiera se ha intentado analizar el panorama demográfico en Antigua y Barbuda; los datos que dependen de características demográficas deben interpretarse con suma precaución.

Entre 1985 y 1987 se registró un franco descenso del número de nacimientos (de 1.200 a 1.100), lo que representa una tasa de natalidad de 14 por 1.000.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Las tasas de mortalidad infantil fluctuaron entre 24,4 por 1.000 nacidos vivos (29 muertes) en 1985, 12,4 (14 muertes) en 1986 y 21,9 (24 muertes) en 1987. En cada uno de estos años, tres de cada cuatro defunciones se produjeron durante el período neonatal. Las principales causas de defunción fueron la prematuridad, las anomalías congénitas y la asfixia. Entre las pocas muertes posneonatales que se registraron no se pudo distinguir ninguna característica general determinada. Las admisiones de niños de corta edad en los hospitales se debieron fundamentalmente a gastroenteritis e infecciones del tracto respiratorio. La proporción de recién nacidos con bajo peso (menos de 2.500 gramos) varió entre 5% y 7,5%. El nivel de la atención perinatal se elevó significativamente con el establecimiento de un mejor servicio en el Hospital Holberton.

La cobertura de vacunación en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) llegó del 96% al 100% para la DPT y la poliomielitis, y al 90% para el sarampión, las paperas y la rubéola. No se administra la BCG.

En el grupo de 1 a 4 años se registró un total de ocho muertes en el período 1985-1987. Las causas de admisión en el hospital fueron las mismas que para los recién nacidos, con el agregado de la "ingestión de sustancias venenosas".

Salud de los adolescentes y adultos

En el transcurso de los dos últimos decenios, las cinco causas principales de mortalidad en este grupo de edad fueron, por orden de importancia: las enfermedades ce-

rebovasculares, los tumores malignos, las enfermedades del corazón, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus; estas fueron las causas de aproximadamente 60% de la totalidad de las defunciones. La hipertensión y la diabetes son los dos trastornos crónicos con mayor prevalencia y, además de ser importantes factores que contribuyen a la mortalidad (la hipertensión es la causa más común de las enfermedades del corazón), son las causas principales de enfermedades crónicas y estancias prolongadas en el hospital. En 1984 la hipertensión fue el motivo de 36,7% de las consultas en los centros de salud y la diabetes de 14,5%. La elevada prevalencia de estos dos trastornos puede relacionarse con los altos niveles de obesidad encontrados entre las mujeres de 40 y más años. El cáncer de próstata y el cáncer gástrico son las principales enfermedades malignas en los hombres, mientras que el cáncer más común en las mujeres es el de cuello uterino. Los accidentes de vehículos de motor son una causa de defunción cada vez más importante; el número de muertos en accidentes de tráfico se ha triplicado en el último decenio.

La proporción de alumbramientos de madres de 13 a 19 años resultó bastante constante: 24%, 22% y 23% en 1985, 1986 y 1987, respectivamente. La mortalidad materna se mantiene a un nivel muy bajo, con tan solo una muerte (en 1986) durante los tres años. Se ha producido una continua integración de la planificación de la familia en los servicios de salud materno-infantil, especialmente en los consultorios de atención perinatal. La educación para la vida de familia comprende componentes que atañen a la salud y la sexualidad humanas. A partir de este programa se ha establecido otro de asesoramiento de grupos y un nuevo servicio de salud, ambos para adolescentes, recientemente introducidos en el Distrito de Grays Farm.

Cada vez se presta más atención a las discapacidades a largo plazo. Un estudio de carácter nacional que llevó a cabo a principios del decenio el Consejo para Discapacitados de Antigua reveló que la ceguera, en primer término, y la hemiplejía, en segundo lugar, eran las discapacidades a largo plazo más comunes entre los adultos.

Salud del anciano

Los ancianos constituyen del 7 al 8% de la población. La mayor parte de los problemas de salud en este grupo se deben a enfermedades crónicas no transmisibles, y la hipertensión es común. Las causas principales de defunción y mala salud crónica son las enfermedades cerebrovasculares, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades malignas. La mayor parte de las discapacidades crónicas (75-85%) se encuentran en este grupo de edad. La demanda de atención de salud mental va en aumento

y los problemas relacionados con el alcohol parecen ser más frecuentes de lo que se suponía.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud es el encargado de proporcionar los servicios de salud pública en el país. El Ministro de Salud, con el asesoramiento del Secretario Permanente de Salud y de altos funcionarios técnicos, adopta las decisiones sobre la política a seguir y es responsable ante el Gabinete del suministro de los servicios de salud que corresponden al gobierno. La administración cotidiana del sistema de salud se delega en el Secretario Permanente y, por su conducto, en el personal técnico y administrativo del propio Ministerio, los hospitales y los centros de salud. La autoridad para ejercer las funciones ejecutivas se confiere a un Gabinete compuesto por 14 ministros del Gobierno y encabezado por el Primer Ministro. Hay dos Ministros de Salud (uno subalterno) en el Gabinete; el de más alta jerarquía mantiene a su cargo los asuntos de la Administración Pública.

Si bien en la Constitución la atención de la salud no se menciona específicamente como un derecho fundamental, en ella se reconoce la necesidad de proteger a la población contra la propagación de las enfermedades infecciosas y contra las personas consideradas dementes o adictas a las drogas o al alcohol. La detención de esas personas para fines de cuidado o tratamiento o de protección de la comunidad no se considera como una abrogación de sus derechos a la libertad personal.

El país está dividido en seis distritos médicos; estas divisiones no están relacionadas con la asignación de servicios a la población sobre la base del número de habitantes por servicio o trabajador de la salud. La legislación que determina estas divisiones es anticuada, particularmente como consecuencia de los desequilibrios originados por el rápido crecimiento de la población y la expansión de ciudades y pueblos. Además, los límites de los distritos médicos no coinciden con las divisiones geográficas de las parroquias ni con los distritos de salud ambiental o enfermería. Las autoridades encargadas de la tasación de los bienes raíces y de los servicios públicos también se rigen por divisiones distintas. Estas diferencias organizativas traen aparejados problemas de coordinación.

Los distritos médicos son: St. John's City, Northern District, St. John's South, Windward District, St. Paul y St. Mary. Cada uno de ellos está atendido por un funcionario médico designado por el gobierno, que es responsable ante la ley de proporcionar todos los servicios médicos en el distrito. Todos los funcionarios médicos del distrito también ejercen la profesión en forma privada

y sus consultorios están ubicados en la ciudad de St. John. Los 17 dispensarios existentes en el país se relacionan con uno de los seis centros de salud (uno en cada distrito). Los servicios de los centros de salud están a cargo del funcionario médico, enfermeras diplomadas para familias, enfermeras de salud pública, enfermeras parteras de distrito, asistentes de salud de la comunidad y auxiliares clínicas. El personal de los subcentros y centros de salud está compuesto por una persona de cada categoría (con un funcionario médico a jornada parcial) como máximo y por una enfermera partera de distrito y una auxiliar clínica como mínimo. Los servicios que se ofrecen en los distritos son: salud maternoinfantil y planificación de la familia, salud escolar, salud dental, salud mental comunitaria y visitas a domicilio.

Aunque los dispensarios se encuentran distribuidos por todo el país, hay grandes segmentos de la población que no utilizan sus servicios. Los sectores de la clase media y de la clase media alta suelen recurrir directamente a médicos privados para todo tipo de atención. En general no existen barreras culturales que impidan acceder a ellos. Las barreras económicas tampoco afectan al sector público, pues la provisión de atención no depende de la capacidad de pago en el momento de recepción del servicio.

En 1985 las enfermeras de salud pública hicieron una estimación de las personas atendidas en cada distrito y comprobaron que aproximadamente 76% de la población total contaba con servicios. Sin embargo, la relación entre población y servicio oscilaba entre 1.215 y 10.000 (la mayoría por debajo de 1.700). En algunos casos el sistema se ha ampliado únicamente como reacción ante demandas políticas o de la comunidad.

Aunque los niveles de atención primaria y secundaria definen básicamente los servicios de salud en Antigua, no existe entre ellos una clara demarcación; los servicios primarios se ofrecen en la institución que proporciona atención secundaria de agudos, el Hospital Holberton. En ocasiones se ofrece atención terciaria, pero la mayoría de los casos que requieren un cuidado complejo reciben el correspondiente tratamiento en el exterior. Existen vínculos oficiales con la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica y con el Hospital Queen Elizabeth en Barbados, y cada vez son más los pacientes que se envían a Puerto Rico y a Miami en busca de atención terciaria y a Martinica y a Guadalupe para recibir servicios de oftalmología. Las instituciones dependientes del Ministerio de Salud comprenden al Hospital Holberton, un centro de atención general de agudos con 210 camas; el Hospital Psiquiátrico, con 150 camas; el Instituto Fiennes, un hogar de ancianos con 100 camas, y la Pearn's Leper Home, que atiende casos de lepra y tiene cuatro camas. El sector privado cuenta con la Adeline Clinic, un instituto con nueve camas, un quirófano bien equipado

y servicios de rayos X, donde también se atiende a las parturientas.

El Hospital Holberton tiene 10 pabellones, incluido uno pequeño para el tratamiento de la tuberculosis. Está próxima a terminarse una nueva sala pediátrica con 25 camas y se hallan en construcción una nueva morgue y las obras de ampliación del espacio físico del laboratorio. En los últimos cuatro años se ha instalado una unidad de esterilización de los suministros y se ha incorporado a los quirófanos una sala de terapia intensiva y recuperación con seis camas.

El envío de pacientes hacia la única institución de atención secundaria es directo; los servicios de traslado y emergencia funcionan las 24 horas del día. En los últimos tiempos ha mejorado la transmisión de información del hospital a los distritos.

Muchos de los dispensarios están subutilizados. Los médicos de distrito atienden en promedio tres consultorios por semana, brindando asistencia a unos 19 pacientes por sesión de una a dos horas de duración. En algunas zonas, se ofrecen consultas antenatales o posnatales a una o dos pacientes por sesión. Aunque los pacientes visitan a los médicos en sus distritos, por ahora deben viajar a St. John para recibir servicios de rayos X, laboratorio o medicamentos y, por consiguiente, muchos de ellos se dirigen directamente a St. John para obtener toda la atención que necesitan. En el período 1979-1980 se introdujo en St. John's South un tipo de prestación modelo para el distrito, en el que se incluían servicios de laboratorio y medicamentos. Sin embargo, los esfuerzos por mantenerlo perdieron impulso.

En la política oficial no se hace referencia a programas o servicios especiales destinados a grupos prioritarios como los ancianos, los pobres, los obreros o los discapacitados.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Un turismo en aumento, que ha traído aparejado un incremento de los desechos sólidos y líquidos, ha planteado asimismo demandas de un mejor nivel de calidad ambiental. En los períodos de máxima afluencia de público, la infraestructura local de las obras y los servicios ambientales ve excedida su capacidad de respuesta.

Aparentemente, la sequía y otros problemas vinculados con el abastecimiento de agua que se han experimentado durante el último decenio habrían quedado resueltos gracias a un proyecto de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América, que finalizó en marzo de 1988. En ninguna parte de Antigua se dispone de un sistema de alcantarillado comunal; en la capital, St. John, las aguas servidas se des-

cargan en tanques sépticos y las excretas se juntan y se tiran en cubos o baldes. Los hoteles de la costa, algunos de los cuales son muy grandes, utilizan para el tratamiento de sus aguas servidas sus propias plantas que, no obstante, son objeto de un manejo y un mantenimiento impropios. Servicios anticuados recolectan, transportan y descargan los desechos sólidos en una hondonada que está afuera de la ciudad. Los servicios carecen de la atención idónea que requieren un manejo y eliminación higiénicos de desechos.

Los problemas estructurales implícitos en estas cuestiones son: ausencia de una conciencia ambiental tanto en el sector público como en el privado; falta de datos de referencia en materia de salud ambiental; administración ambiental frágil y fragmentada y apoyada en una legislación anticuada; carencia de un programa de planificación para el uso de la tierra, y falta de la obligación de evaluar los efectos en el medio ambiente.

El fortalecimiento institucional de la gestión ambiental recibe una atención cada vez mayor en función de un

mejor manejo de la información, una mayor coordinación y una participación más amplia del sector privado. Un estudio efectuado en 1986 puso de manifiesto la necesidad de actualizar la legislación sobre el medio ambiente, en función de la salud y de los recursos naturales. El país se ha beneficiado con el mencionado proyecto de la AID (EUA), que representa mejoras en los sistemas de agua subterránea y de superficie e incluye la renovación de una planta de desalinización del agua. Se procura conseguir financiación para el sistema de alcantarillado de St. John e introducir mejoras en aspectos vinculados con el tratamiento y la eliminación de desechos sólidos. En Barbuda, tanto la AID (EUA) como la OPS han contribuido a desarrollar un programa de construcción de retretes. El programa de control de vectores en Antigua está organizado con arreglo a criterios tradicionales y establece ciclos de inspección y tratamiento focal en toda la isla cada tres meses. En Barbuda no hay un programa organizado. El último índice domiciliario de infestación para *Aedes* obtenido en Antigua (1989) fue de 14%.

ANTILLAS NEERLANDEASAS Y ARUBA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las Antillas Neerlandesas están conformadas por las islas Curazao, Bonaire (Islas de Sotavento), Saba, San Eustaquio y San Martín (Islas de Barlovento) y forman parte autónoma del Reino de los Países Bajos. En enero de 1986 Aruba se separó de las Antillas Neerlandesas para obtener un "status aparte" dentro del Reino de los Países Bajos por un período de 10 años, contribuyendo así a la descentralización de las prerrogativas gubernamentales y de las responsabilidades de las autoridades insulares. San Martín está dividida en una parte holandesa y otra francesa que se encuentra bajo la jurisdicción del Departamento de Guadalupe.

Cada una de las islas dispone de un gobierno propio en el cual un Gobernador nombrado por la Corona es el jefe del Gobierno Nacional. El Gobierno está formado además por el Consejo de Ministros y el Parlamento. En Holanda vela por sus intereses el Ministro de las Antillas Neerlandesas y Asuntos Arubanos, con un gabinete que pertenece a su jurisdicción.

La economía de las Antillas Neerlandesas y Aruba se basa en las refinerías de petróleo, el turismo, la compañía de diques, actividades pesqueras y la aviación. En el período 1982-1985 la economía se caracterizó por la creciente recesión e inflación. El PIB tuvo crecimiento negativo y la influencia de la deuda pública latinoamericana aumentó notablemente. A fines de 1985, la inflación fue de 0,3% con relación a 1984. En 1985 el producto nacional bruto de las Antillas Neerlandesas fue de \$US2.549 millones, y en Aruba, las estimaciones para 1987 son de \$US515 millones, que corresponde a cifras aproximadas a \$US10.000 per cápita en ambos casos.

Según el censo de 1981, la fuerza de trabajo representa el 68,7% de la población total. Para el mismo año, el porcentaje de desempleo global era de 6%, pero en Curazao alcanzaba el 29%. El sistema de enseñanza de las Antillas Neerlandesas y Aruba es casi idéntico al de Holanda. La escolaridad no es obligatoria; sin embargo, casi no existe el analfabetismo. La población con menos de cuatro años de escolaridad era de 5% en 1986. La mayoría de los estudios superiores se cursan en el extranjero. En

1979 la Escuela Superior de las Antillas Neerlandesas se convirtió en Universidad.

Características demográficas

La población estimada de las Antillas Neerlandesas en 1987 era de 192.036 habitantes, de los cuales 153.026 vivían en Curazao, que tiene una densidad de población de 346 habitantes por km². Las islas de Curazao y Bonaire han presentado tasas negativas de variación de población en los últimos años. En San Martín, San Eustaquio y Saba la variación de población fue positiva. La isla con la densidad de población más baja es Bonaire (27 habitantes por km²) y la que tiene la densidad más alta es San Martín (627 habitantes por km²). Debido al pequeño tamaño de las islas y a sus características de urbanización se hace poco práctica la distinción entre zonas urbanas y rurales.

En ese mismo año la población estimada de Aruba era de 59.881 habitantes. Las tasas de variación también fueron negativas desde 1984 hasta 1987, pero la población volvió a crecer en 1988, llegando a 60.757 habitantes, con una densidad de 315 habitantes por km².

Según el censo de 1981, 28,9% de la población de las Antillas Neerlandesas (incluida Aruba) era menor de 15 años, 64,4% estaba en el grupo de 15 a 64 años y 6,7% en el de 65 y más años.

La población de las Antillas Neerlandesas y Aruba está constituida por una mezcla de grupos étnicos. Si bien no se conocen cifras sobre la migración interna, en Aruba, de 1985 a 1987 se ha obtenido un saldo migratorio negativo con motivo del cierre de la Refinería del Lago. Las tasas anuales fueron de -3,6%, -1,7 y 0,7%, respectivamente. Para 1988, la población volvió a crecer, y la tasa estimada fue de 1,5%.

Las tasas de natalidad y fecundidad son bajas. Durante 1985 la tasa de natalidad en las Antillas Neerlandesas y Aruba fue de 17,5 por 1.000 habitantes, y la de fecundidad, de 73,5 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años. En Aruba, la tasa de natalidad en 1985 fue de 16,4. En las Antillas Neerlandesas, la tasa de natalidad en 1987 fue de 19,5 por 1.000 habitantes. La esperanza de vida en las Antillas Neerlandesas y Aruba, en 1985, fue de 71,1 años de vida para los hombres y 75,8 años para las mujeres.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Los registros de mortalidad han mejorado en los últimos años. En el Departamento de Salud Pública se reciben certificados de defunción procedentes de todas las islas excepto de Aruba. En 1985, la tasa de mortalidad general era de 5,3 por 1.000 habitantes para todas las islas, bajando esta tasa en las islas de Barlovento a 3,5 por 1.000. En 1987, la tasa de mortalidad general en las Antillas Neerlandesas fue prácticamente la misma, 5,4 por 1.000 habitantes.

En Aruba, la mortalidad general en 1988 fue de 5,5 por 1.000 habitantes. Para ese mismo año, las principales causas de defunción en Aruba fueron las enfermedades cardiovasculares (40,5%), el cáncer (23,6%), los accidentes (9,1%) y las enfermedades endocrinas y metabólicas (8,7%) (Cuadro 1).

En 1985, las principales causas de defunción en las Antillas Neerlandesas (excluida Aruba) fueron las enfermedades cardiovasculares (32,9%), el cáncer (23,4%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (7,3%) y los accidentes (4,9%) (véase el Cuadro 1).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

En 1985, la tasa de mortalidad infantil fue de 18,4 por 1.000 nacidos vivos. Hubo 80 defunciones de menores de 1 año y cuatro se asignaron a causas mal definidas; de las 76 restantes, 44 (58%) se debieron a afecciones originadas en el período perinatal, 12 (16%) a anomalías congénitas y ocho (11%) a accidentes. En 1988, la tasa de mortalidad infantil en Aruba fue de 11,8 por 1.000 nacimientos y de 12 por 1.000 nacimientos en las Antillas Neerlandesas.

En Aruba, en 1988, la mortalidad en el grupo de 0 a 14 años representaba solamente 3,6% de todas las defunciones.

Salud de los adultos (15-64 años) y de las personas de edad avanzada (65 y más años)

En 1987, las enfermedades cardiovasculares constituyeron el 32,9% del total de las defunciones y la primera causa de mortalidad general, y el 40,5% en Aruba, en 1988. Dentro de esta categoría, los accidentes cerebrovasculares representaron el 32,7% y el 26,4% en Aruba,

CUADRO 1				
Principales causas de defunción, Antillas Neerlandesas, 1987 y Aruba, 1988.				
Causa de defunción	Antillas Neerlandesas (1987)		Aruba (1988)	
	No.	% ^a	No.	% ^a
Todas las causas	1.075	100,0	337	100,0
Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	66	6,1	28	8,3
Total de defunciones por causas definidas	1.009	100,0	309	100,0
Enfermedades cardiovasculares	330	32,9	125	40,5
Cáncer	236	23,4	73	23,6
Accidentes	49	4,9	28	9,1
Afecciones originadas en el período perinatal	74	7,3	6	1,9
Enfermedades endocrinas y metabólicas	—	—	27	8,7

^aEl porcentaje por causa se basa en el total de defunciones por causas definidas
Fuentes: Departamento de Salud Pública, Antillas Neerlandesas, 1985 y Anuario Estadístico. Oficina Central de Estadística, Aruba, 1989.

y la enfermedad isquémica del corazón el 30,4% en Aruba. El grupo de edad más afectado por enfermedad isquémica del corazón fueron las personas mayores de 60 años. El 66% de los accidentes cerebrovasculares ocurrió en personas mayores de 70 años.

En 1987, las defunciones por cáncer representaron el 23,4% del total de defunciones por todas las causas en las Antillas Neerlandesas, con una tasa de 107,3 defunciones por 100.000 habitantes, mientras que en Aruba fue de 23,6 en 1988. La localización más frecuente en Aruba fue el tracto digestivo (43,8%), seguida de los órganos genitourinarios (17,8%). En el hombre, las localizaciones de cáncer más frecuentes siguen siendo la tráquea, los bronquios y el pulmón, y en la mujer, el cuello del útero y el tracto respiratorio. En los territorios insulares, tanto el sector privado como el gubernamental tienen programas en cooperación para la atención de los pacientes con tumores malignos.

Los accidentes son la tercera causa de mortalidad en Aruba (9,1%) y la cuarta en las Antillas Neerlandesas (4,9%); la mayoría ocurre en la población adulta (más del 90%). En Aruba una proporción elevada corresponde a los accidentes de tránsito (53,6% del total).

Se han establecido grupos de trabajo mixtos, pertenecientes a organismos gubernamentales, para estudiar el problema de las personas impedidas y ancianas, y hacer recomendaciones para su solución. El sector privado mantiene institutos para varios tipos de incapacidades.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Es política de los Gobiernos de las Antillas Neerlandesas y Aruba extender los servicios de salud a toda la población; con los programas preventivos se aspira lograr una cobertura del 100%. Existe legislación que garantiza la atención de salud a toda la población, incluida la posibilidad de tratamiento especializado en el exterior. Dentro de la política de descentralización que se desarrolla, se hacen esfuerzos para lograr una cooperación y coordinación estrechas entre las instituciones gubernamentales y privadas.

A nivel central solo se dispone de datos sobre mortalidad (de la mayoría de las islas, excepto Aruba), registros de profesionales del campo de la salud, y alguna información sobre recursos físicos, morbilidad y prestación de servicios en forma fraccionada; gran parte de esta información se obtiene ocasionalmente. Han comenzado estudios para conocer la situación actual del sistema de

información y detectar las áreas críticas y los problemas más importantes.

Capacidad instalada

En las Antillas Neerlandesas y Aruba existen 35 establecimientos de salud con un total de 2.698 camas (1987), de las cuales 50% corresponden a hospitales generales (Cuadro 2). Según la población estimada para ese año, en las Antillas Neerlandesas el promedio de habitantes por cama es de 90 (11,1 camas por 1.000 habitantes). La relación es de 76 habitantes por cama (13,2 camas por 1.000) en Bonaire y de 83 habitantes por cama (12 camas por 1.000) en Curazao. Del total, 33 establecimientos se encuentran en las Antillas Neerlandesas, con 2.130 camas (47% en hospitales generales) y dos en Aruba, con 568 camas (51% en hospitales generales). Todas las instituciones hospitalarias son privadas, excepto el Hospital Psiquiátrico de Curazao que pertenece al Gobierno Federal, pero la organización del sistema garantiza una buena cobertura de la atención de salud a toda la población.

Respecto a la atención ambulatoria, hay tres servicios de salud en Curazao, Aruba y San Martín que ofrecen atención primaria. En Aruba se está organizando un sistema único de seguro nacional de salud que funcionará a partir de 1990. Además, existen cinco servicios de atención médica ocupacional (cuatro en Curazao y uno en Aruba).

CUADRO 2				
Número de camas según ubicación y tipo de hospital, Antillas Neerlandesas, 1985 y Aruba, 1987.				
Ubicación del hospital	Camas	Hospital general	Hogar geriátrico	Otros
Curazao	1.839	839	399	601*
Bonaire	138	69	69	—
San Martín	98	56	42	—
San Eustaquio	20	20	—	—
Saba	35	15	20	—
Antillas Neerlandesas	2.130	999	530	601
Aruba	568	292	236	40 ^b

*Incluye 130 camas en el Hospital Pediátrico, 21 en el Hospital de Maternidad y 450 en el Hospital Psiquiátrico.

^bEn el Hospital Psiquiátrico General.

Financiamiento de los servicios de salud

En las Antillas Neerlandesas el sistema de salud está financiado por el Gobierno Federal, la seguridad social, los gobiernos insulares, la empresa privada y las empresas de seguros privados. El Gobierno Federal financia los gastos de servicios médicos y de salud a los funcionarios públicos, a sus familiares, a los jubilados y al personal que trabaja medio tiempo para el Gobierno. La seguridad social cubre los gastos de los servicios médicos de las personas que trabajan en la industria privada y el comercio. La empresa privada atiende los costos de su personal. Las empresas de seguros privados tienen acuerdos bilaterales para atender a las personas que están afiliadas a estas instituciones aseguradoras. Los gobiernos locales financian los servicios insulares de salud; en estos se brinda atención médica gratuita a la población en general.

El gasto total del sector salud fue de \$US104,7 millones en 1982 y de \$US119,4 millones en 1985. El gasto de salud per cápita es de \$US781.

Recursos humanos

En 1987, en las Antillas Neerlandesas había 295 médicos en ejercicio, de los cuales 38,7% eran médicos generales; en Curazao había 207 y en Aruba 63 médicos. Algunos están al servicio del Gobierno, ya sea a tiempo completo, medio tiempo o por contrato. En cuanto al personal de enfermería, en las Antillas Neerlandesas, en 1987 había 272 enfermeras graduadas (1,2 enfermeras por médico) y 862 enfermeras auxiliares y ayudantes de enfermería. Para Aruba, las cifras correspondientes fueron de 191 enfermeras (3,0 enfermeras por médico) y 222 auxiliares y ayudantes de enfermería.

La formación de los estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina tiene lugar en Curazao (y en parte en Aruba), en los hospitales existentes. El diploma lo otorga una universidad de Holanda, y es reconocido en los Países Bajos y en la Comunidad Económica Europea. Parte del adiestramiento para algunas especialidades puede hacerse en Curazao.

En Curazao existe una escuela para la formación de enfermeras. En 1983 egresaron 67 enfermeras (con cua-

tro años de adiestramiento), 33 enfermeras prácticas (con dos años de adiestramiento), ocho enfermeras distritales (graduadas en atención a domicilio; después de dos años de experiencia, la enfermera graduada puede especializarse en este campo), y 10 enfermeras comunitarias. Aruba cuenta con un curso de adiestramiento para enfermeras graduadas (con tres años y seis meses de capacitación); en 1983 egresaron 31 enfermeras.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La cobertura de los servicios de abastecimiento de agua potable se ha mantenido adecuada tanto en las Antillas Neerlandesas como en Aruba. Aruba, Bonaire, Curazao y San Martín tienen un sistema de agua potable de circuito cerrado, mediante una planta de destilación de agua de mar; en Saba y San Eustaquio se utiliza agua de lluvia. En Aruba, en 1987, 98,7% de las viviendas estaban conectadas al sistema de abastecimiento de agua potable y 96,6% disponían de un sistema adecuado de disposición de excreta.

En las Antillas Neerlandesas existe adecuada cobertura para la eliminación de los desechos sólidos, que son depositados en rellenos sanitarios. A veces el Gobierno utiliza los servicios de camiones privados para hacer frente a las necesidades existentes. En algunos casos la basura es arrojada al mar, pero este problema está en vías de solución. Sin embargo, aún persiste cierta contaminación por botellas desechables, latas, etc., sobre todo en Aruba y Curazao, donde los Gobiernos y algunos grupos privados están tratando de tomar medidas adecuadas de saneamiento ambiental.

Dentro del Servicio Insular de Salud Pública, en Curazao y Aruba existe un departamento de inspección y control de higiene de los alimentos; los expendedores de alimentos deben cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

La fuente principal de contaminación ambiental es la refinera de petróleo de Curazao. El nivel de contaminación del aire en las zonas urbanas es alto, mientras que la contaminación terrestre y marítima por productos petroleros es más baja.

ARGENTINA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El cuatrienio 1985–1988 debe interpretarse, en lo político y social, como un período de transición democrática. Después de varias décadas de ausencia de continuidad de un marco constitucional, a fines de 1983 se instaló un gobierno civil, electo democráticamente. Ha sido, por lo tanto, un período de transición y ajuste, en el cual se recuperaron las libertades y se volvió a poner en marcha la maquinaria del gobierno civil, y de las instituciones democráticas y de la justicia.

Esto trajo dificultades, pues implicó revisar normas y procedimientos judiciales y administrativos y funciones de las reparticiones gubernamentales, culturales, informativas, etc. También generó enfrentamientos, en especial el derivado del problema militar, creando tensiones sociales y políticas de honda magnitud.

Los conflictos en el plano político se acentuaron a partir del fracaso del Plan Austral, de tan auspicioso comienzo a mediados de 1985. Ya en las elecciones legislativas y de gobernadores de 1987 se empezó a manifestar un deterioro en la popularidad del partido de gobierno. El rebrote inflacionario de 1988, la falta de alianzas políticas o sectoriales del partido de gobierno y su minoría parlamentaria terminaron de completar un marco dominado por su pérdida de credibilidad política y económica para controlar la situación. En esas circunstancias resultó electo Presidente el candidato del principal partido opositor, en mayo de 1989. Como consecuencia de la incertidumbre creada y para evitar un deterioro irreversible se adelantó la entrega del gobierno a julio del mismo año, con plena vigencia de las instituciones democráticas.

En 1988 se agravó la crisis económica y disminuyó el PIB per cápita (–0,85%), después de años de aumento (4,4% en 1986 y 0,3% en 1987), con una variación acumulada para el período 1981–1988 de –15,2%. La inflación más que se duplicó respecto al año anterior (372% en 1988; 175% en 1987; 82% en 1986; 385% en 1985). Los recurrentes desajustes macroeconómicos asociados al

servicio de la deuda externa, a la crisis fiscal y a la escasez de divisas se reflejaron en las crecientes presiones inflacionarias, el debilitamiento del proceso de inversión y la reducción de la capacidad de gestión de la política económica.

El aumento del valor de las exportaciones, consecuencia del alza de los precios internacionales de los productos básicos no energéticos y de la considerable expansión de los volúmenes exportados, no impulsó un mayor crecimiento, ya que una proporción del aumento de las exportaciones se destinó a incrementar las importaciones, en tanto que el grueso se usó para financiar el aumento de la transferencia de recursos al exterior.

Las consecuencias negativas de los fuertes desequilibrios de las finanzas públicas y de la aceleración de los procesos inflacionarios o de los intentos para controlarlos desempeñaron un papel preponderante en la pérdida de dinamismo económico. En 1987 y 1988 esta pérdida de dinamismo y la aceleración de los procesos inflacionarios coincidieron con un mejoramiento del comercio exterior. A raíz de las alzas de las cotizaciones internacionales de numerosos productos primarios y del crecimiento de las exportaciones de manufacturas, el valor total de las ventas externas de bienes subió 35%.

Desde 1982 las importaciones han sido menores que las exportaciones, dando lugar a una balanza comercial favorable: \$US2.400 millones en 1986, \$US1.000 millones en 1987 y \$US3.300 millones en 1988. Esta ampliación del superávit comercial no permitió financiar los pagos netos de intereses y utilidades, que ascendieron a \$US4.400 millones en 1986, \$US4.500 millones en 1987 y \$US4.600 millones en 1988. Gracias al mayor superávit comercial, el déficit de la cuenta corriente se redujo de –\$US4.300 millones en 1987 a –\$US2.000 millones en 1988. En contraste, hubo un claro aumento de ingreso neto de capital (\$US2.000 millones en 1986, \$US2.600 millones en 1987 y \$US3.500 millones en 1988). Debido a esto, en 1988 la balanza de pagos fue positiva (\$US1.500 millones), después de dos años negativos.

El PIB, que en 1987 había crecido débilmente, aumentó apenas 0,5% en 1988, con lo cual su nivel fue aún 5% inferior al registrado en 1980. El virtual estancamiento de la actividad económica derivó de un importante aumento de las exportaciones de la producción agrope-

cuaria, con bajas en la industria (-3%) y la construcción (-8%). El incremento del volumen físico de las exportaciones industriales contribuyó, empero, a atenuar la caída de la producción de aquellas actividades con mayor acceso a los mercados externos. El sector agropecuario creció 7% en 1988, gracias a la recuperación de la oferta agrícola, que había sido perjudicada por condiciones climáticas muy desfavorables. La tasa de desocupación aumentó por segundo año consecutivo, con valores de 7 a 8% para las principales ciudades (Rosario, Córdoba, Capital Federal y Gran Buenos Aires) en 1988.

La deuda externa continuó aumentando: de \$US46,9 millones en 1984 subió a \$US56,8 millones en 1988. Una de las fuentes más importantes de la expansión de la deuda fueron los préstamos involuntarios impuestos a los acreedores privados y públicos por los atrasos en el pago de intereses. En 1988 el Tesoro de los Estados Unidos de América movilizó \$US1.050 millones en préstamos de enlace para la Argentina, que fueron reembolsados con recursos provenientes de nuevos créditos otorgados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

En el transcurso del decenio, y en especial durante el cuatrienio 1985-1988, la gestión de la política económica se hizo cada vez más difícil en el país. Las finanzas públicas enfrentan tendencias a la contracción de los ingresos, presiones sobre los gastos (en especial los asociados al servicio de la creciente deuda pública), caída del ingreso real y agravamiento del proceso inflacionario. Asimismo, ha sido cada vez más difícil abordar obstáculos tales como sistemas de educación anticuados, estructuras agrarias ineficientes, escasa aplicación del progreso técnico al proceso productivo, y sistemas financieros y tributarios anacrónicos. Junto con ello, los costos sociales de la recesión, además de la inflación y el deterioro de los servicios sociales públicos, han sumado una carga de inequidad a las desigualdades históricas.

La mayor disponibilidad de divisas no significó una mayor captación de ingresos fiscales, pues los sistemas impositivos no son capaces de atraer la creciente proporción de las ganancias de los exportadores.

Características demográficas

La tasa global de fecundidad, que en 1970-1975 llegó a 3,15 hijos por mujer, fue de 3,36 en 1975-1980 y 3,15 en 1980-1985; las proyecciones para el quinquenio 1985-1990 la establecen en 2,96. Según estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)-CELADE, la población se estima en 31.534.100 habitantes para 1988 y en 32.321.900 para

1990. Para el período 1985-1990, la tasa de natalidad se estima en 21,4 y la de mortalidad, en 8,6 por 1.000 habitantes. La edad mediana de la población aumentó de 25,7 años en 1950 a 27,6 en 1985, y llegará a 28,4 en el año 2000.

Mientras la población total creció 14,5% entre 1980 y 1990, el grupo de menores de 5 años disminuyó, tanto en forma absoluta como relativa (Cuadro 1). Los grupos que más crecen son el de 65 y más años (27,6%) y el de 5 a 14 años (23,0%). En 1990, la población femenina de 65 y más años superará a la población femenina menor de 5 años (10,4% frente a 9,7% del total femenino). Dado el crecimiento del grupo de 15 a 44 años y el del grupo de 5 a 14 años, salvo cambios notorios en la fecundidad no se espera una disminución del número de nacimientos, aunque sí una pequeña disminución de la tasa bruta de natalidad (de 23 en 1980-1985 a 20 en 1995-2000). El índice de masculinidad presentó pocos cambios durante la década.

El proceso de urbanización continuará, aunque a un ritmo menor que en el pasado; la población urbana (población que vive en localidades de 2.000 y más habitantes), que en 1980 constituía el 83%, llegará a 88% en el año 2000.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Con base en un estudio realizado en 1982 a partir de los censos de población de 1970 y 1980, el INDEC estimó en 2% el subregistro de los nacimientos para el quinquenio 1975-1980; no existen estimaciones más recientes ni estudios parciales que indiquen cambio en ese valor. En 1985, la masculinidad en los nacimientos fue de 51,4%. En ese mismo año, 93,4% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos asistenciales y 5,4%, en domicilios particulares.

Según estudios del INDEC, el subregistro de la mortalidad total para 1975-1980 sería de 2%. El subregistro no es homogéneo; para los menores de 5 años, en el período 1980-1981 sería de 3% para todo el país y superior a 10% en las provincias de Formosa, Jujuy, La Pampa, San Luis, Santa Cruz y Santiago del Estero.

CUADRO 1							
Población total, según sexo y edad, e índice de masculinidad, Argentina, 1980, 1985 y 1990.							
	1980		1985		1990		Crecimiento 1980-1990 %
	No.	%	No.	%	No.	%	
Total	28.237.149	100	30.331.283	100	32.321.887	100	14,5
Masculino	14.045.471	100	15.045.534	100	16.001.997	100	14,0
Femenino	14.191.678	100	15.285.749	100	16.319.890	100	15,0
Índice de masculinidad		99		98		98	
Menores de 5 años	3.241.127	11,5	3.240.084	10,7	3.229.187	10,0	-0,37
Masculino	1.645.984	11,7	1.645.921	10,9	1.640.677	10,3	-0,32
Femenino	1.595.143	11,2	1.594.163	10,4	1.588.510	9,7	-0,42
Índice de masculinidad		103		103		103	
5-14 años	5.239.202	18,6	6.000.554	19,8	6.441.585	19,9	23,0
Masculino	2.657.446	18,9	3.044.924	20,2	3.269.775	20,4	23,0
Femenino	2.581.756	18,2	2.955.630	19,3	3.171.810	19,4	22,9
Índice de masculinidad		103		103		103	
15-44 años	12.091.058	42,8	12.848.651	42,4	13.812.738	42,7	14,3
Masculino	6.111.127	43,5	6.493.295	43,2	6.978.740	43,6	14,2
Femenino	5.979.931	42,1	6.355.356	41,6	6.833.998	41,9	14,3
Índice de masculinidad		102		102		102	
45-65 años	5.358.553	19,0	5.631.185	18,6	5.893.778	18,2	10,9
Masculino	2.614.328	18,6	2.738.757	18,2	2.864.669	17,9	9,6
Femenino	2.744.225	19,3	2.892.428	18,9	3.029.109	18,5	10,4
Índice de masculinidad		95		95		95	
65 y más años	2.307.209	8,2	2.610.810	8,6	2.944.601	9,1	27,6
Masculino	1.016.586	7,2	1.122.638	7,5	1.248.138	7,8	22,8
Femenino	1.290.623	9,1	1.488.172	9,7	1.696.463	10,4	31,5
Índice de masculinidad		79		75		74	

Fuente: Elaborado a partir de datos de la publicación *Estimaciones y proyecciones de 1950-2025*, INDEC-CELADE.

De 233.071 defunciones registradas en 1982, 99,3% fueron certificadas por médico; este indicador es superior a 99% en 12 jurisdicciones. Del total de defunciones, 2,4% se adjudicaron a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, pero hay notables diferencias entre jurisdicciones: no llega a 1% en la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, La Pampa, Mendoza y San Juan, pero en las provincias de Jujuy y Salta supera el 10% y en Santiago del Estero alcanza casi el 25%. Si además de las defunciones por las causas que comprende ese grupo se incluyeran los rechazos por incoherencias entre causa, edad y sexo y códigos que no figuran en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, Novena Revisión (CIE-9), ese porcentaje superaría el 3%.

Otro aspecto que se debe señalar en la certificación de la causa de defunción es el peso de algunas categorías que, si bien en la CIE-9 no corresponden a las categorías de mal definidas, son estados terminales que podrían ser consecuencia de diversas enfermedades. Entre ellas se encuentran el paro cardiorrespiratorio y la insuficiencia cardíaca, que en 1985 representaron más de 50% en hombres y casi 60% en mujeres, de toda la mortalidad por enfermedades del corazón. Ya que estas causan casi 40% de la mortalidad, entre 20 y 25% del total de defunciones se atribuye a aquellas dos enfermedades. Para 1969-1970, vigente la CIE-8, estos dos diagnósticos no representaban el 30% de la mortalidad por enfermedades del corazón.

Otro elemento que puede afectar el análisis de la mortalidad es el de las defunciones de edad desconocida. Estos valores son 7.229 en 1982, 7.951 en 1983, 4.040 en 1984 y 4.451 en 1985. Si esas defunciones se distribuyeran según la estructura de los diagnósticos en los cuales están asignadas, se obtendría un aumento de 5 a 10% de la tasa de mortalidad infantil, según el año.

Para los años 1970, 1980 y 1985 sigue en aumento el peso de la mortalidad en el grupo de 65 y más años (45,6, 55,5 y 59,2%) y disminuye la de los menores de 5 años. Para este último grupo de edad, el porcentaje baja de 16,7% en 1970 a 8,4% en 1985. En 1985, de las mujeres que murieron, dos de cada tres tenían más de 65 años (Cuadro 2).

Un examen de la estructura de la mortalidad por causas en 1970, 1980 y 1985 demuestra la disminución de las enfermedades infecciosas, parasitarias, nutricionales y otras relacionadas con las condiciones ambientales. También se observa un pequeño aumento del porcentaje de defunciones por tumores y enfermedades del aparato circulatorio, que entre ambas llegan al 64,2% del total de defunciones, mientras que la importancia relativa del grupo de otras enfermedades crónicas y degenerativas se mantiene estable (Cuadro 3).

Las causas relacionadas con la primera infancia presentan una pequeña disminución porcentual (0,7% entre 1980 y 1985) que indica el comienzo de la disminución de la mortalidad neonatal. El número de defunciones

CUADRO 2									
Distribución porcentual de las defunciones por edad, según sexo, Argentina, 1970, 1980 y 1985.									
Grupo de edad (años)	Total			Hombres			Mujeres		
	1970	1980	1985	1970	1980	1985	1970	1980	1985
Todas las edades	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 5	16,7	11,5	8,4	15,4	11,1	8,5	18,6	11,8	8,2
5-44	12,4	9,7	9,1	13,2	10,5	10,2	11,3	8,6	7,7
45-64	25,4	23,4	23,4	28,9	27,5	27,7	20,4	18,0	17,9
65 y más	45,6	55,5	59,2	42,5	50,9	53,7	49,7	61,6	66,2

Fuente: Elaborado a partir de los datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

CUADRO 3			
Distribución porcentual de las defunciones por grupos de causas, Argentina, 1970, 1980 y 1985.			
Grupos de causas (CIE-9)	Años		
	1970	1980	1985
Enfermedades del aparato circulatorio (390-459)	37,7	45,1	46,1
Tumores (140-239)	15,7	16,7	18,1
Enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales, influenza y neumonía, meningitis (001-139, 260-269, 480-487, 320-322)	13,1	8,0	6,1
Diabetes, úlceras, cirrosis, bronquitis, enfisema, asma, nefritis y nefrosis (250, 531-533, 571, 490-493, 580-589)	6,2	6,3	6,4
Anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal (740-779)	4,6	5,5	4,8
Accidentes y violencias (E800-E999)	7,7	6,6	6,2
Resto de las causas definidas	8,4	7,8	9,0
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	6,7	4,0	3,3
Todas las causas	100,0	100,0	100,0

antes de los 28 días pasó de 13.016 en 1980 a 10.659 en 1985, es decir que la mortalidad neonatal bajó de 18,8 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 16,8 en 1985 (una disminución del 10%). El grupo de causas externas sigue bajando lentamente, más en la población masculina que en la femenina.

Al analizar las primeras causas de defunción para el total del país y por jurisdicción para las defunciones ocurridas entre 0 y 64 años, utilizando la técnica de los años de vida potencial perdidos (AVPP), se infieren algunos diferenciales geográficos (Cuadro 4). A pesar de que a nivel del país la primera causa sería el grupo de las afecciones originadas en el período perinatal, con 23,6% del total de AVPP, en seis provincias la primera causa es "ciertas enfermedades infecciosas" (básicamente diarreas y enfermedades inmunoprevenibles), con porcentajes entre 23 y 31% del total de AVPP. Este grupo de enfermedades aparece como segunda causa en el país y en siete jurisdicciones más. La estructura por edad y su mejor desarrollo relativo hacen que para la Capital Federal, las enfermedades del corazón se ubiquen en el primer lugar, las afecciones originadas en el período perinatal en el

segundo y los tumores en el tercero, quedando ciertas enfermedades infecciosas relegadas al cuarto lugar.

A continuación se presentan algunos resultados provenientes de la aplicación de las técnicas de tablas de vida al estudio del impacto de la mortalidad por causa, sexo y edad, en la esperanza de vida al nacer. Para este análisis se tomaron dos períodos: 1969-1970 y 1982-1983. En dicho lapso la esperanza de vida al nacer de la población masculina aumentó 5,225 años (1.908 días), y la de la población femenina, 4,652 años, (1.698 días) (Cuadro 5). La ganancia de días por la reducción de la mortalidad de menores de 1 año (809 días para la población masculina y 819 para la femenina) representó 42,4 y 48,2%, respectivamente, del total ganado.

Se destaca la mayor ganancia en la población masculina que en la femenina, y la postergación de la edad de defunción, expresada por la ganancia importante de los grupos de 55 a 64 y 65 a 74 años de ambos sexos. Al efectuar la descomposición de dicha ganancia por grandes grupos de causas encontramos que los grupos de enfermedades infecciosas y parasitarias, influenza y neumonía y deficiencias nutricionales explican 768 días y 758 días según

CUADRO 4

Cinco primeros grupos de causas de defunción según años de vida potencial perdidos entre 0-64 años de edad, por jurisdicción, Argentina, 1980-1982.

Jurisdicción	1°	%	2°	%	3°	%	4°	%	5°	%
Total país	PER	23,6	INF	15,5	ACC	12,4	COR	10,6	TUM	9,5
Capital Federal	COR	18,8	PER	18,6	TUM	17,0	ACC	9,1	INF	7,1
Buenos Aires	PER	22,7	COR	13,0	ACC	12,1	INF	11,6	TUM	11,5
Catamarca	PER	29,7	INF	22,9	ACC	13,4	COR	9,4	TUM	6,0
Córdoba	PER	20,7	ACC	15,9	INF	13,4	COR	11,7	TUM	11,4
Corrientes	INF	27,1	PER	22,2	ACC	10,7	COR	7,2	TUM	5,3
Chaco	INF	31,1	PER	24,4	ACC	8,0	COR	5,5	CGN	5,3
Chubut	PER	26,6	INF	16,5	ACC	15,1	COR	9,2	TUM	6,7
Entre Ríos	PER	35,1	COR	11,1	INF	10,7	SUI	110,3	TUM	9,2
Formosa	INF	27,9	PER	27,9	ACC	9,7	COR	7,0	TUM	5,6
Jujuy	INF	26,4	PER	19,6	ACC	13,9	DSN	8,0	TUM	4,9
La Pampa	PER	24,4	ACC	14,3	INF	12,7	TUM	12,4	COR	10,0
La Rioja	PER	31,1	INF	20,1	COR	11,6	ACC	10,2	TUM	5,2
Mendoza	PER	26,8	INF	16,1	ACC	15,7	TUM	8,2	COR	7,3
Misiones	PER	25,7	INF	22,9	ACC	11,2	DSN	6,1	COR	5,5
Neuquén	PER	22,3	ACC	21,3	INF	13,2	TUM	7,2	CGN	7,0
Río Negro	PER	20,8	ACC	19,5	INF	16,6	COR	8,9	TUM	6,7
Salta	INF	27,3	PER	22,7	ACC	10,4	COR	5,2	DSN	4,8
San Juan	PER	27,1	INF	17,4	ACC	17,3	TUM	7,3	CGN	7,1
San Luis	PER	33,5	INF	18,7	ACC	11,0	COR	9,0	TUM	5,7
Santa Cruz	PER	21,9	ACC	21,1	INF	10,9	COR	9,8	TUM	6,4
Santa Fe	PER	26,0	ACC	13,9	INF	13,3	TUM	11,6	COR	8,5
Santiago del Estero	INF	23,5	PER	14,6	COR	13,3	ACC	10,7	TUM	6,1
Tucumán	PER	23,7	INF	21,7	ACC	10,6	COR	8,7	TUM	5,6

Nota: El significado de las siglas es el siguiente: INF: ciertas enfermedades infecciosas (enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, difteria, tétanos, leptanosis, septicemia, poliomielitis aguda, sarampión, meningitis, tripanosomiasis, hepatitis vírica); TUM: tumores; DSN: deficiencias de la nutrición y anemias; COR: enfermedades del corazón; CGN: anomalías congénitas; PER: ciertas afecciones originadas en el período perinatal; ACC: accidentes; SUI: suicidio.

CUADRO 5

Ganancia en la esperanza de vida al nacer (días), por grupos de edad, según sexo, entre 1969-1970 y 1982-1983, Argentina.

Grupo de edad (años)	Hombres	Mujeres
Menos de 1	809	819
1-4	155	180
5-14	66	52
15-24	96	83
25-34	122	90
35-44	119	69
45-54	127	80
55-64	165	123
65-74	220	209
75 y más	29	-7
Total	1.908 días (5.225 años)	1.698 días (4.652 años)

sea población masculina o femenina, lo que representa 40 y 45% del total de la ganancia (Cuadro 6).

Los perfiles por sexo presentan similitudes, estableciéndose diferencia en ganancia en enfermedades del corazón para hombres pero pérdida para las mujeres, y clara diferencia a favor de los hombres por la reducción del grupo de causas externas (accidentes y violencias). En términos globales estas dos diferencias explicarían la mayor ganancia masculina. Es de notar la pequeña ganancia observada para anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal, que refleja el estancamiento de las tasas de mortalidad en los primeros años de vida en el lapso de estudio. Hay ganancias claras en tumores malignos y en enfermedades cerebrovasculares, para ambos sexos.

Las diferencias geográficas en la esperanza de vida al nacer han disminuido (Cuadro 7). En 1959-1961 la brecha era de 20,9 años (71,3 en la Capital Federal y 50,4 en Jujuy), mientras que para 1980-1981 bajó a 8,5, considerando las mismas provincias. Las provincias que mayores aumentos tuvieron en el período fueron Neuquén (13,5 años), Jujuy (13,4) y Río Negro (10,4).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Durante la década, la mortalidad infantil siguió disminuyendo, aunque a menor ritmo que en la anterior, ya

CUADRO 6

Ganancia en la esperanza de vida al nacer (días), total y por grupos de causas, según sexo, entre 1969-1970 y 1982-1983, Argentina.

Grupo de causas	Hombres	Mujeres
Todas las causas	1.908	1.698
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	462	439
Tumores malignos (140-208)	147	137
Diabetes (250)	24	43
Deficiencias nutricionales (260-269)	61	55
Enfermedades del corazón (390-429)	51	28
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	67	92
Influenza y neumonía (480-487)	245	264
Hígado y cirrosis (571)	43	26
Accidentes y violencias (E600-E999)	210	58
Anomalías congénitas (740-759)	9	4
Afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	19	24
Resto de las causas definidas	257	204
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	322	380

que el bajo nivel al cual se había llegado hace más lenta la disminución (véase el Cuadro 7). Mientras que en 1970 el rango fue de 116,1 (147,4 en Jujuy y 31,3 en la Capital Federal), en 1981 bajó a 33,7 (51,4 en Salta y 17,7 en la Capital Federal), para alcanzar un valor de 20,2 en 1987 (35,7 en Formosa y 15,5 en la Capital Federal).

En el Cuadro 8 se presenta la descomposición de la ganancia en esperanza de vida al nacer (en días) entre 1969-1970 y 1980-1983, por la reducción de la mortalidad infantil, según grandes grupos de causas, por sexo. No hay casi diferencias en los perfiles por sexo. Las mayores ganancias se debieron a disminución en la mortalidad infantil por dos categorías: enfermedades infecciosas y parasitarias, e influenza y neumonía; estas explican 62% de la ganancia observada. Sin embargo, la estructura en términos de mortalidad neonatal (menor de 28 días) y posneonatal (28 días-11 meses) cambió poco, pues la mortalidad neonatal representó 56,2% del total de las

CUADRO 7					
Esperanza de vida al nacer (años), 1959-1961 y 1980-1981, y mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 1970, 1981 y 1987, por jurisdicción, Argentina.					
Jurisdicción	Esperanza de vida		Mortalidad infantil		
	1959-1961	1980-1981	1970	1981	1987 ^a
Total del país	—	—	62,0	33,6	26,0
Capital Federal	71,29	72,23	31,3	17,7	15,5
Buenos Aires	66,47	69,49	56,8	33,1	24,8
Catamarca	62,84	66,72	70,9	43,9	30,9
Córdoba	65,67	70,82	50,4	24,9	25,5
Corrientes	61,46	65,38	78,9	44,7	27,7
Chaco	60,37	64,44	97,4	48,0	33,0
Chubut	56,47	66,26	83,1	36,9	22,9
Entre Ríos	66,58	68,01	59,1	31,1	22,7
Formosa	65,45	65,96	57,2	40,1	35,7
Jujuy	50,37	63,77	147,4	47,5	35,3
La Pampa	66,88	67,97	40,6	37,4	21,3
La Rioja	63,24	66,82	85,5	42,5	31,0
Mendoza	64,68	70,12	55,1	25,9	22,3
Misiones	63,12	65,23	76,7	47,9	23,5
Neuquén	54,18	67,68	106,5	29,5	23,6
Río Negro	56,87	67,26	92,6	37,6	25,6
Salta	55,48	64,18	109,0	51,4	30,8
San Juan	63,16	67,40	80,0	32,4	24,6
San Luis	62,63	67,86	74,0	36,5	24,9
Santa Cruz	62,81	65,21	54,7	32,8	21,6
Santa Fe	66,68	70,03	56,2	32,2	28,0
Santiago del Estero	63,22	65,60	76,4	31,12	24,5
Tucumán	60,65	67,04	73,8	37,2	27,8

^aProvisional

Fuentes: Esperanza de vida al nacer 1959/1961: Tablas de Vida, Serie 3, No. 1, Departamento de Estadísticas de Salud, Buenos Aires, 1970. Esperanza de vida al nacer 1980/1981: Tablas de mortalidad 1980/1981, INDEC, Buenos Aires, 1988. Mortalidad infantil. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Buenos Aires, varios años.

defunciones infantiles en 1980 y 58,1% en 1985 (en 1970 representaba 41,4%).

En 1987, en dos provincias se registraron coberturas con vacuna antipoliomielítica menores de 65%, aunque la cobertura a nivel de país fue de 85%. Para DPT hubo seis provincias con valores menores de 65%, mientras que a nivel de país la cobertura fue de 75% (Cuadro 9).

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años se redujo de 3,3 por 1.000 niños de ese grupo de edad en 1970 a 1,0 en 1985. Esto se debe básicamente a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (principalmente diarreas), y por influenza y neumonía; ambas categorías explican 60% de la reducción. En 1982-1983, los accidentes y violencias pasaron al primer lugar como causa de defunción para ambos sexos en este grupo

de edad, después de ocupar un tercer lugar distanciado en 1969-1970, detrás de infecciosas y parasitarias e influenza y neumonía. Para el sexo masculino, en 1982-1983, el número de defunciones por accidentes y violencias superó al de las otras dos causas juntas (Cuadro 10).

En el grupo de 5 a 14 años, las tasas de mortalidad disminuyeron en ambos sexos (Cuadro 11), y en 1985 bajaron a casi la mitad de las de 1969-1970. A partir de esta edad se aprecia sobremortalidad masculina, fundamentalmente por el grupo de causas externas. Las tasas de mortalidad por causas definidas bajaron para todas las causas, concentrándose en enfermedades infecciosas, influenza y neumonía, y accidentes y violencias. Este último grupo causa 50% de la mortalidad masculina y 31% de la femenina.

CUADRO 8

Ganancia en la esperanza de vida al nacer (días) en menores de 1 año, por grupos de causas, según sexo, entre 1969-1970 y 1980-1983, Argentina.

Grupo de causas	Hombres	Mujeres
Todas las causas	809	819
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	314	313
Tumores malignos (140-208)	1	1
Deficiencias nutricionales (260-269)	49	54
Enfermedades del corazón (390-429)	8	14
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	7	9
Influenza y neumonía (480-487)	195	192
Accidentes y violencias (E800-E999)	6	13
Anomalías congénitas (740-759)	4	3
Afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	23	17
Resto de causas definidas	154	168
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	94	79

CUADRO 9

Cobertura de inmunización (%) con dosis completas en menores de 1 año, Argentina, 1985 a 1987.

Vacuna	1985	1986	1987
Poliomielitis	68,6	79,0	85,4
DPT	62,6	67,0	75,1
Sarampión	67,1	87,0	79,7
BCG	88,5	89,8	94,2

Fuentes: Programa Ampliado de Inmunización (OPS/OMS) y Programa Nacional de las Inmunizaciones.

Salud de los adolescentes y adultos

El análisis de la mortalidad en el grupo de 15 a 64 años enfrenta las dificultades propias de un grupo de población muy heterogéneo. Los niveles de las tasas son muy variables por edad y sexo (véase el Cuadro 11), y la estructura de la mortalidad por causa según sexo también es muy

CUADRO 10

Distribución porcentual de las defunciones de niños de 1 a 4 años por grupos de causas, según sexo, Argentina, 1982-1983.

Grupo de causas	Hombres	Mujeres
Todas las causas	100,0	100,0
Accidentes y violencias (E800-E999)	28,5	17,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	14,5	15,7
Influenza y neumonía (480-487)	7,3	9,0
Deficiencias nutricionales (260-269)	6,9	8,4
Anomalías congénitas (740-759)	5,1	6,7
Enfermedades del corazón (390-429)	6,0	5,8
Tumores malignos (140-208)	5,1	4,2
Resto de las causas definidas	14,1	20,5
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	12,5	11,9

diferente. Entre 1969 y 1985, todas las tasas por edad y sexo bajaron de manera apreciable, destacándose las de 15 a 44 años, en ambos sexos. Tanto para hombres como para mujeres, y para los últimos años (1982-1985), el aumento de las tasas por edad presenta un crecimiento geométrico a partir de los 35 años, y el aumento es mayor de 100% para los grupos de edad consecutivos; es así que en 1985, para las mujeres, las tasas fueron 97,1, 202,0, 415,6 y 907,2 por 100.000 para los grupos de edad de 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, y 55 a 64, respectivamente.

Desde los 15 hasta los 29 años, los accidentes (primera causa) y las enfermedades mentales (segunda) superan 50% de la mortalidad. De los 30 a los 44 años se produce un desplazamiento de las enfermedades cardiocerebrovasculares al primer lugar, pero a diferencia del primer tramo (15-29 con predominio de accidentes y enfermedades mentales), en este grupo se observa que 50% de la mortalidad corresponde a más de dos grupos de causas. A partir de los 45 años (tercer tramo) las enfermedades cardiocerebrovasculares y los tumores (primera y segunda causas) aportan más de 50% de las defunciones, y además aumentan progresivamente en los grupos subsiguientes.

A pesar del gran subregistro de la mortalidad materna, que podría llegar a 50%, tanto las defunciones maternas como los tumores propios del sexo femenino tienen tal peso que aparecen en el perfil de la mortalidad general por edad; estos últimos son la quinta causa a partir de los 35 años, se ubican en el tercer lugar desde los 50 años y conservan esa situación hasta la última categoría en estudio. Al respecto, algunos estudios realizados en la Capital Federal y en la provincia de Neuquén demuestran

CUADRO 11								
Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por grupos de edad, según sexo, Argentina, 1969-1970, 1982-1983, 1984 y 1985.								
Grupo de edad (años)	1969-1970		1982-1983		1984		1985	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1-4	314,6	301,9	144,4	124,4	135,5	122,5	103,0	94,5
5-14	81,4	58,5	49,1	35,5	48,1	34,5	43,7	30,2
15-24	172,0	107,4	114,8	64,4	114,2	64,1	115,4	56,5
25-34	260,6	164,3	168,9	107,7	169,8	107,7	147,6	97,1
35-44	499,1	277,4	379,3	22,1	365,2	218,5	321,3	202,0
45-54	1.117,0	531,7	929,6	443,7	967,5	455,5	849,6	415,6
55-64	2.535,0	1.185,5	2.119,9	981,1	2.056,9	944,4	1.894,3	907,2
65-74	5.370,0	2.950,7	4.162,5	2.314,6	4.378,3	2.352,7	4.039,6	2.171,0
75 y más	12.293,5	9.508,3	12.003,2	9.538,0	11.686,4	9.391,0	10.902,2	8.996,3

ron que un alto porcentaje de las mujeres con parto institucional habían asistido solo a una consulta prenatal, comportamiento que pone en riesgo la vida de la madre y del niño.

Salud de las personas de edad avanzada

Según el censo nacional de 1980, el país contaba con 2.300.000 personas de 65 y más años de edad. El 97,2% vivía en hogares particulares, o sea que más de 64.000 vivían en residencias para ancianos, hospitales y pensiones. Del total de habitantes del país, 27,8% vivían en hogares con necesidades básicas insatisfechas, porcentaje que se reduce a 20% en personas mayores de 65 años, es decir, aproximadamente 454.000.

Los hogares con necesidades básicas insatisfechas constituyen 22,6% del total de los hogares particulares del país. De ellos, 12,4% están formados por un solo miembro y 87,6%, por dos o más. En las viviendas con necesidades básicas insatisfechas habitadas por un solo miembro, 42,7% tienen más de 65 años, lo que indica que cerca de 85.000 ancianos viven solos y son pobres. La distribución territorial de este fenómeno es desigual. Mientras que en la provincia de Corrientes 42% de los ancianos viven bajo estas condiciones, en Chaco 44%, en Formosa 46% y en Santiago del Estero 51%, en la provincia de Buenos Aires lo hacen 17% y en la Capital Federal solo 8%.

Las enfermedades del corazón son la primera causa de defunción en el grupo de 65 y más años, y duplican la proporción de defunciones por la segunda causa. Los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la arteriosclerosis y la influenza y neumonía completan las primeras causas de mortalidad de los ancianos, y no se observan diferencias significativas por sexo. El perfil de

la morbilidad del anciano ha sido construido por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados mediante el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Sus estudios demuestran que en las grandes ciudades argentinas, 45,8% de las consultas a los servicios corresponden a dolencias crónicas y accidentes. Las consultas por impedimentos o invalidez se distribuyen entre sordera, malformaciones, parálisis, falta de un miembro y otras.

La percepción de dolencias y síntomas crónicos, medidas en tasas específicas por 1.000 ancianos, muestra valores preponderantes para el aparato circulatorio (458), artrosis, artritis y reumatismo (389), aparato digestivo (213), y nerviosismo, angustia, insomnio y enfermedades mentales (181).

Problemas que afectaron a la población general

La Argentina ha sido tradicionalmente un país de gran riqueza agropecuaria y uno de los principales exportadores de carne vacuna y trigo. De acuerdo con la FAO, Argentina se considera uno de los países en los que el suministro de energía alimentaria permaneció constante entre 1969-1971 y 1979-1981. La disponibilidad calórica media, que fue de 3.351 kcal diarias en 1969-1971, aumentó a 3.367 en 1979-1981, en comparación con el consumo diario de 2.250 recomendado por la FAO. Respecto a la disponibilidad diaria de proteínas per cápita, en 1978-1980 se situaba en 111,9 gramos, también muy superior al requisito mínimo y con una proporción mayoritaria de proteínas de origen animal.

Según los resultados de un estudio realizado por el Comité de Acción para la Seguridad Alimentaria Regio-

nal (CASAR), en 1984 Argentina habría disminuido 9% su disponibilidad energética, expresada en kilocalorías, con respecto a 1979-1981. Esto se refiere a disponibilidad u oferta de alimentos, sin tener en cuenta la posible demanda de alimentos por parte de los sectores más pobres. El Ministerio de Salud y Asistencia Social calcula que aproximadamente 30% de los niños menores de 5 años de edad padecen de desnutrición y, aunque algo elevada, esta estimación probablemente se aplica a las zonas rurales de las provincias del norte.

Un estudio comparativo realizado en 1982 entre los niños en edad escolar de dos zonas de Catamarca halló que, en el oeste, 56% padecían de desnutrición en términos de peso según la edad y 22%, en términos de peso según la estatura. En comparación, en el este la prevalencia de la desnutrición era de 36% (peso según la edad) y de 3% (peso según la estatura). Otro estudio de unidades familiares realizado en 1985 en Buenos Aires encontró que, en una muestra de 485 niños menores de 2 años, 17% de los niños y 15% de las niñas estaban desnutridos en términos de peso según la edad; 27% de los niños y 20% de las niñas mostraban señales de desnutrición crónica (estatura según la edad). Respecto al estado de nutrición en escolares, a partir de 1985 se realizó un estudio en 40.000 escolares de todas las provincias, y se encontró un 10% de niños con retardo del crecimiento (desnutrición crónica).

El elevado nivel sostenido de la producción agropecuaria y el descenso del ingreso real en los últimos años parecen indicar que la desnutrición en la Argentina se debe principalmente a razones de pobreza, más que a escasez de alimentos. El Gobierno mantiene tres grandes programas de nutrición: el programa nacional de salud materno-infantil, que abarca los programas provinciales de distribución de leche a 40% de las mujeres embarazadas o lactantes, y los niños menores de 5 años; el programa de almuerzos escolares que dirige la Secretaría de Acción Social y se concentra en las zonas deprimidas, y el Programa Alimentario Nacional (PAN), establecido en las zonas urbanas y rurales deprimidas en 1984 con objeto de proporcionar suplementos alimentarios de emergencia por corto plazo con carácter mensual a las familias de bajos ingresos.

En distintas regiones del país se ha encontrado una prevalencia de 22 a 55% de anemia por deficiencia de hierro en menores de 2 años. Respecto a la deficiencia de yodo, existe una zona endémica que abarca todas las provincias del oeste a lo largo de las estribaciones de los Andes. Las medidas que se iniciaron en la provincia de Mendoza en 1953 y a nivel nacional en 1967 demostraron que la mejor profilaxis era la sal yodada, y en 20 años disminuyó la prevalencia del bocio de 44 a 5%. Sin embargo, en 1981, en escolares de la provincia de Salta se observó que algunos presentaban una prevalencia supe-

rior a 30%; el mismo estudio sobre el consumo de sal yodada demostró que 14% de las familias consumían sal sin yodar; se estima que solo en la provincia de Salta, la población en riesgo de contraer bocio asciende a 25.000 habitantes.

El número de casos notificados de SIDA fue de 29 en 1985, 27 en 1986, 72 en 1987 y 174 en 1988. Los estudios serológicos no permiten extrapolar la distribución del VIH en la población general, pero apuntan a un incremento entre los drogadictos que se inyectan y sus parejas sexuales.

Las enfermedades infecciosas de notificación más frecuente en el período 1985-1988 fueron las diarreas, seguidas por la influenza y la hepatitis vírica. A continuación se situaron la blenorragia, la sífilis y el sarampión.

De las grandes endemias parasitarias, la enfermedad de Chagas es la más notificada. Encuestas serológicas realizadas en segmentos de la población indican que la velocidad de su transmisión disminuye en el país.

No se registraron casos de malaria en las fronteras con Brasil y Paraguay. Los casos se concentraron en la frontera noroeste y siguen estrechamente vinculados a migrantes que trabajan en las cosechas agrícolas.

La leishmaniasis reapareció en forma epidémica en las provincias del noroeste, y se investigan las causas. En 1985 se identificaron 228 casos, 340 en 1986, 335 en 1987 y 165 en 1988. Los casos de fiebre hemorrágica argentina notificados para los mismos años fueron 402, 324, 535 y 339. Si bien el dengue no se manifestó en el territorio nacional durante el cuatrienio, en 1987 se detectó el mosquito *Aedes aegypti* en las provincias de Misiones y Formosa. La hidatidosis se identificó en humanos en todas las provincias, excepto una; el último caso de rabia humana registrado en el país ocurrió en 1985.

Los desastres naturales más frecuentes son las inundaciones; se estima que entre 1985 y 1988 han sido evacuadas más de 200.000 personas y 17 han muerto por esa causa. En 1985, en la provincia de Mendoza se produjo un terremoto que provocó seis defunciones, 100 heridos y cerca de 100.000 evacuados. Durante 1988, el país fue afectado por una extensa y prolongada sequía que tuvo consecuencias adversas para la producción agropecuaria; el impacto sobre la salud de la población no ha sido evaluado.

Las patologías orales son muy prevalentes en la Argentina, ya que ocho de cada 10 niños de 12 años tienen o han tenido caries dentales. Solo 35% de los jóvenes de 18 años de edad poseen todas sus piezas dentarias naturales. A los 50 años de edad, uno de cada cinco habitantes es edéntulo total del maxilar superior. El cáncer bucal representa 5% del total de cánceres. El 86% de los niños de 6 a 14 años presenta anomalías ortodóncicas; 17% no necesita tratamiento, mientras que 69% tiene maloclusiones que requieren tratamiento.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sector salud de la Argentina es complejo y nunca ha sido objeto de integración o coordinación en virtud de alguna reforma o reorganización importante. La atención de la salud está a cargo del Gobierno Nacional, 24 gobiernos provinciales, las municipalidades, los sanatorios de la seguridad social, las Fuerzas Armadas, hospitales privados y médicos independientes.

Dentro de la estructura del sector salud se identifican tres subsectores: público, obras sociales y privado. Las provincias y las municipalidades tienen gran autonomía para organizar y ejecutar acciones de salud. La combinación de estos aspectos da lugar a la configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según lugar de residencia, ocupación y niveles de ingreso. Cada subsector presenta importantes diferencias en su organización y funcionamiento interno.

El subsector público proporciona servicios por medio de tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal; hasta 1970 fue el de mayor capacidad de resolución tecnológica, situación que cambió a partir de ese año. Los usuarios del subsector público son los grupos de menores ingresos, no cubiertos por ningún otro sector; los grupos que están teóricamente cubiertos por las obras sociales pero con limitaciones de acceso por razones económicas, y los grupos residentes en zonas geográficas donde no existen establecimientos de su propia organización o, si existen, no cuentan con los servicios técnicos requeridos. Todo ello dificulta precisar la población actualmente cubierta por este subsector.

La infraestructura del sector público es de gran magnitud, pero hay que reconocer la pérdida del papel protagónico del hospital público en su triple función: asistencia, docencia e investigación. Esta situación se expresa mediante una serie de aspectos críticos, a saber, limitaciones en los horarios de funcionamiento de los servicios; calidad insatisfactoria de las prestaciones; falta de suministro de medicamentos al paciente de la consulta externa; escasez de materiales médicos y quirúrgicos; bajos índices de personal por cama en los hospitales provinciales y falta de capacitación; malas condiciones de mantenimiento de las instalaciones, que suelen ser obsoletas y presentar gran deterioro, y nivel de organización hospitalaria estructurada exclusivamente con base en la hospitalización del paciente.

El subsector de obras sociales está constituido por 337 entidades, de las cuales 292 (86,6%) están bajo la coor-

dinación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y las restantes 45 (13,3%) corresponden a las obras sociales provinciales, municipales, del Poder Judicial, del Congreso y de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Cuenta con escasa infraestructura propia y se comporta como organismo fundamentalmente financiador, ya que contrata con el subsector privado casi todos los servicios que ofrece. Se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, por su falta de ordenamiento y por su inequidad interna. Esta situación en buena parte se debe a que las obras sociales se han estructurado por gremio profesional y estos, por rama de producción de la economía del país. Presenta las características siguientes: cada obra social establece la programación de los servicios que brinda a sus afiliados, la prestación de servicios es distinta según cada obra social debido a los diferentes recursos de cada una, y la dispersión geográfica de los afiliados hace que trabajadores del mismo gremio y con el mismo aporte económico reciban diferente calidad de atención según el lugar de residencia.

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos: los profesionales que prestan servicios en forma independiente a pacientes particulares afiliados a obras sociales o sistemas de pago anticipado, y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales. Dentro de este subsector hay instituciones de solidaridad grupal que generalmente no tienen fines de lucro, como los hospitales de comunidades étnicas. El subsector privado tiene 31,4% de las camas del país, y genera aproximadamente 50% del total de los egresos hospitalarios, especialmente los de corta estancia; cuenta con 50 a 60% del equipo más sofisticado, ubicado en unos 2.000 establecimientos de diversa complejidad, especialmente en las grandes ciudades (Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mendoza).

Las cifras oficiales de cobertura indican que 74% de la población está cubierta por la seguridad social, mientras que el 26% restante depende de los servicios públicos o privados de pago directo. Sin embargo, la cifra de 74% correspondiente a las afiliaciones comprende duplicaciones. La cobertura real se acerca probablemente más a 65% para la seguridad social y a 35% para los servicios públicos y el sector privado. De este porcentaje, solo una minoría (10%) está en condiciones de costearse una cobertura financiera eficaz por medio de seguro privado o pago directo; de ahí que se pueda estimar en un 25% la población que, por no tener posibilidades económicas, resolvería toda su atención médica en el sector público. Las tres ramas de las Fuerzas Armadas, las Fuerzas de Seguridad, la policía y las prisiones tienen sus propias obras sociales, que cubren a 1 millón de personas en programas exclusivos de beneficios.

Además del sistema de seguridad social, aproximadamente 1.000 fondos mutuales sin fines de lucro, seme-

jantes a las cooperativas de crédito, ofrecen planes de atención médica financiados por contribuciones individuales. En los centros urbanos se expanden cada vez más los seguros complementarios (coseguros, emergencias, cuidados intensivos y otros).

Si bien un 25% de la población no tendría cobertura financiera, el porcentaje que en realidad cubre el sector público, o sea que se atiende en establecimientos o consultorios distintos de los privados o de las obras sociales podría ser mayor para algunas actividades. De acuerdo con datos provenientes de estadísticas hospitalarias del sector público y con cobertura del 75% de las camas sobre las que se recibe información, para los años 1980-1987, los egresos serían 1,4 millones, las consultas, 40 millones y los partos, más de 200.000. Este último valor corregido y expandido daría una cobertura del parto de 35 a 40% del total de los nacimientos en el país.

El Ministerio de Salud y Acción Social es la principal autoridad del país en materia de salud, vivienda y programas sociales. Dentro del Ministerio, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de coordinar el sector. En 1984, el Ministerio de Salud y Acción Social formuló el Plan General de Salud, cuyos lineamientos principales son hacer equitativo el acceso a la mejor calidad de servicios de salud; garantizar una amplia participación popular y de los diversos sectores de interés en la programación y el desarrollo de las actividades; superar las desigualdades y discriminaciones mediante una efectiva unidad de conducción política para orientar la acción del Estado, las obras sociales y el subsector privado, y configurar un Sistema Nacional de Salud para lograr la coordinación de los distintos servicios y asegurar la mejor utilización de los recursos.

En diciembre de 1988, el Congreso Nacional sancionó las leyes de obras sociales y del Seguro Nacional de Salud. La salud como derecho de todos está en la base del Seguro Nacional de Salud, que en su aspecto fundamental propicia que todos los profesionales y establecimientos públicos, privados y de las obras sociales, constituyan una red integral de servicios, disponible para todos los habitantes del país. Además de quienes ya cuentan con ese beneficio por estar afiliados a las obras sociales, el Seguro incluirá a los trabajadores autónomos y progresivamente a las personas que carecen de protección asistencial por no ejercer tareas remuneradas. Las mismas serán incluidas mediante un esfuerzo financiero compartido por la Nación y las provincias. El proyecto considera el estricto respeto al régimen federal, previendo la descentralización progresiva del Seguro en las provincias.

En 1988 se puso en marcha el proyecto de federalización y descentralización del sector salud como tarea conjunta de la Secretaría de Salud de la Nación y las provincias de Salta, Mendoza, San Juan y Córdoba, a las que posteriormente se sumaron Río Negro, Neuquén, Entre Ríos y Santiago del Estero.

El Plan General de Salud comprende los programas de conducción, regulación y control, actividades sobre las personas y el medio, ordenamiento de los recursos, apoyo en salud y programas de emergencia y cobertura nacional. El Programa de Apoyo en Salud abarca las actividades de asistencia nacional a los programas de salud provinciales, y aspira a lograr el desarrollo homogéneo del sector salud en la estructura federal del país. El Plan General de Salud comprende otros programas de cobertura nacional orientados a mejorar las condiciones de salud de la población, entre estos:

1) Atención primaria de salud. La atención primaria de salud tiene la máxima prioridad en la reorganización de los servicios de salud.

2) Rehabilitación de la infraestructura de salud. El Programa que se propone contribuirá a mejorar el funcionamiento de la atención hospitalaria del segundo nivel fortaleciendo su capacidad operativa y mejorando la calidad de la atención. Se ejecutará básicamente a nivel provincial y abarca en esta etapa un total de 3.000 camas. Se enfoca a nivel de hospitales generales con marcada obsolescencia física y funcional (82 años de vida en promedio). Se consideró indispensable mejorar los hospitales situados en las ciudades cabecera de provincia, para que sean centros rectores y de referencia y complementen los servicios de salud que presta el sector privado.

3) El Programa Alimentario Nacional (PAN). Los resultados del estudio de la pobreza efectuado por el INDEC en 1984, según los cuales 5,5 millones de personas no satisfacían sus necesidades básicas, produjeron gran consternación. Como medida de emergencia, el Ministerio de Salud y Acción Social preparó un programa de suplementos alimentarios para beneficiar a 1,4 millones de familias de dicho grupo en zonas deprimidas. El programa consiste en la distribución mensual de paquetes de alimentos básicos, tales como azúcar, aceite, carne y otros artículos de primera necesidad, suficientes para satisfacer 30% de las necesidades de una familia media compuesta por dos adultos y dos niños. El PAN reúne, transporta y entrega 1.000 toneladas diarias de alimentos y cubre todas las provincias, pero se concentra en las zonas más pobres del nordeste y el noroeste del país, y en el cinturón de pobreza de la ciudad de Buenos Aires.

El programa goza de amplio apoyo político. En 1986 su presupuesto ascendió a \$US206 millones, de los cuales 92% corresponde a alimentos y 8% a costos de personal, almacenamiento y transporte. El PAN se vincula con otras actividades, tales como las huertas comunitarias, obras de saneamiento y salud materno-infantil, forma parte de los programas comunitarios sociales y de salud, y puede llegar a tener gran influencia en la extensión de la atención primaria de salud.

4) El Fondo de Asistencia de Medicamentos (FAM). El estudio sobre la población con necesidades básicas insatisfechas de 1984 demostró que un gran número de

habitantes, incluida la gran mayoría del 24% de la población no cubierta por la seguridad social, no podía costearse los medicamentos esenciales. A fin de mitigar este problema, el Congreso promulgó una ley para suministrar medicamentos básicos gratuitos a las familias con necesidades básicas no satisfechas, como medida de emergencia durante dos años. Los recursos monetarios provienen de impuestos sobre los productos farmacéuticos y el tabaco. Una lista nacional de medicamentos, el Formulario Terapéutico Nacional, contiene 300 medicamentos esenciales y un núcleo de 79 medicamentos básicos.

5) Salud mental. En este rubro se incluyen, además de las enfermedades mentales, el alcoholismo, la drogadicción, las deficiencias mentales y sensoriales y la rehabilitación social. Actualmente hay 24.000 camas psiquiátricas distribuidas entre los sectores público y privado. La mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos fueron construidos hacia 1910; hoy se encuentran deteriorados y son totalmente inadecuados. Los hospitales privados cuentan con unas 2.000 camas y su calidad es desigual.

En 1984, el Ministerio de Salud inició una campaña para inducir a las provincias a reorganizar sus servicios psiquiátricos haciendo hincapié en la prevención, el diagnóstico temprano, el envío a especialistas, el tratamiento ambulatorio, la hospitalización de corto plazo en caso necesario, y la rehabilitación social. El programa del Ministerio considera la reducción del número de camas para pacientes psiquiátricos, la conversión de algunos hospitales en colonias abiertas y el establecimiento de centros de salud mental y guarderías. Puesto que el programa reduce radicalmente los costos, ha logrado amplio apoyo.

6) Servicios de laboratorio. Existen más de 100 laboratorios de salud pública en centros provinciales o municipales de investigación, en universidades y en otras instituciones públicas que ejercen control sobre las enfermedades en el hombre y en los animales, así como sobre la calidad del agua, el alcantarillado y la contaminación ambiental. Hay también más de 1.000 laboratorios en instituciones privadas químicas y agroindustriales para la preparación de alimentos y bebidas, y más de 10.000 laboratorios clínicos en hospitales, centros de salud, consultorios médicos y farmacias. Este conjunto de laboratorios no se encuentra organizado en niveles de complejidad ni tiene el apoyo de laboratorios regionales de referencia. La falta de normas y de calibración no permite aplicar controles de calidad a las pruebas de laboratorio.

7) Administración de alimentos y medicamentos. No se aplican controles de calidad a los medicamentos importados ni a los productos intermedios, y tampoco en las plantas de elaboración, almacenes ni farmacias de venta al por menor, lo cual no incentiva a los fabricantes serios, desalienta la inversión e impide la exportación. La falta

de un organismo de referencia competente para realizar evaluaciones, rechazar medicamentos, actuar como árbitro en casos de conflicto y proteger las patentes crea problemas dentro y fuera del país. Por último, la ausencia de apoyo científico y tecnológico representa una grave limitación para la industria, especialmente para las firmas pequeñas que dirigen empresas de gran tecnología.

La situación es semejante en cuanto al control de productos alimentarios. Hay unos 300.000 artículos alimentarios registrados. Además de miles de industrias caseras locales, 280 plantas industriales elaboran productos derivados de leche, carne y pescado, y alimentos enlatados y congelados. No hay controles de calidad.

Con apoyo de la industria, el Gobierno se propone establecer controles eficaces de calidad de los alimentos y los medicamentos. Esta tarea requiere el fortalecimiento de 26 institutos provinciales conexos, departamentos de universidades y centros de investigación en todo el país, dentro del marco de una política nacional sobre ciencia y tecnología.

Capacidad instalada y producción de servicios

La red primaria de atención está constituida por 6.456 establecimientos de salud que no poseen facilidades de hospitalización y que llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica restauradora a nivel de consulta externa. El 30% de los mismos está ubicado en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires. Estos establecimientos reciben diferentes nombres en cada provincia, tales como centro de salud, clínica periférica y otros; en el subsector privado, en su gran mayoría son servicios de diagnóstico (laboratorios clínicos, gabinetes de radiodiagnóstico, etc.). En general, la infraestructura actual de la atención ambulatoria provee una buena base para ampliar la atención primaria.

La capacidad de los hospitales y centros de salud públicos para atender a pacientes ambulatorios es insuficiente. Por otra parte, el sector privado tiene exceso de capacidad; los policlínicos frecuentemente tienen un exceso de equipo, en particular de tecnología avanzada de alto costo. Otros tipos de atención ambulatoria —como la de las guarderías, la atención a domicilio de los enfermos crónicos y de los pacientes de edad avanzada— son de alcance muy limitado.

El país cuenta con 3.180 hospitales y un total de 147.000 camas, o un promedio de cinco camas por 1.000 habitantes. El 68% de las camas corresponde al sector público, la seguridad social y las Fuerzas Armadas, y el restante 32% al sector privado (Cuadro 12).

Durante los últimos 20 años, el Gobierno Federal ha

CUADRO 12					
Infraestructura hospitalaria, por subsector, Argentina, 1985.					
Subsector	Hospitales	Camas			
		Corta estancia	Larga estancia	Total	
				No.	%
Público					
Ministerio de Salud	24	2.301	8.279	10.580	7,2
Provincias	873	43.378	13.698	57.076	38,8
Municipios	220	13.254	1.162	14.416	9,8
Seguridad social	114	7.590	489	8.079	5,5
Fuerzas Armadas	211	8.928	883	9.811	6,7
Privado	1.738	42.237	4.811	47.048	32,0
Total	3.180	117.688	29.322	147.010	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, 1986.

traspasado unos 200 hospitales a las provincias y retenido solamente los de larga estancia de todo el país que atienden especialidades como psiquiatría, quemaduras, oftalmología, lepra y discapacidades graves. Los hospitales provinciales constituyen la piedra angular del sistema público y sobre ellos recae la atención de la mayoría de los pacientes internados, especialmente en las provincias más pobres, en las cuales el sistema de previsión social todavía es limitado. En las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Santa Fe, el sistema provincial se complementa con hospitales municipales.

Los hospitales de las Fuerzas Armadas (ejército, marina, fuerza aérea) y de la policía proveen servicios exclusivamente a un grupo de 1 millón de personas compuesto de personal, familiares, y jubilados y pensionados. Con 9,8 camas por 1.000 habitantes, tienen una gran capacidad hospitalaria en reserva.

El sector hospitalario privado es un conglomerado de instituciones y establecimientos que difieren enormemente entre sí en cuanto a sus objetivos y funciones dentro del sistema, pero pueden clasificarse en tres grupos: a) los hospitales sin fines de lucro, con frecuencia llamados hospitales comunitarios, algunos de los cuales han firmado contratos con las obras sociales y con compañías que ofrecen seguro médico; b) los hospitales pequeños (menos de 40 camas) con fines de lucro, que tienen 47% del total de las camas de las clínicas privadas, y generalmente pertenecen a un grupo de médicos que se encargan de administrarlos; c) los hospitales grandes, de hasta 1.000 camas, con fines de lucro, que son administrados como empresas comerciales y tienen numerosos contratos con las obras sociales y con otras instituciones.

En el Cuadro 13 se presentan datos sobre el subsector público; no se incluyen los establecimientos para atención

de pacientes crónicos ni tampoco los establecimientos del subsector público dependientes de otras áreas (Fuerzas Armadas y de Seguridad, Universidad y otros). Tampoco se presentan las consultas médicas realizadas en establecimientos sin internación (centros de salud, policlínicos, etc.). Los diversos indicadores presentados son el promedio de los valores anuales correspondientes a los años 1984, 1985, 1986 y 1987. Los indicadores no están corregidos por lugar de residencia y, por lo tanto, dado que una parte importante de la población del Gran Buenos Aires se atiende en la Capital Federal, los valores obtenidos son más altos que los reales para la Capital Federal y menores para la provincia de Buenos Aires. Esto requiere particular cautela en el uso de los siguientes indicadores: egresos por 100 habitantes, consultas médicas por habitante, partos en establecimientos públicos como porcentaje del total de nacidos vivos en la provincia, y egresos pediátricos y obstétricos como porcentaje del total de egresos.

A pesar de que el cálculo se hizo respecto al total de la población de cada provincia, se observa la gran presencia del hospital público, en términos del indicador de egresos por 100 habitantes; en casi todas las jurisdicciones su valor es mayor que 5 (un valor máximo en Jujuy con 9,6 egresos por 100 habitantes); excepto Tucumán, los valores menores se presentan justamente en las provincias más desarrolladas (Capital Federal, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), o sea que la producción es mayor en las provincias de menor desarrollo.

Las acciones relacionadas con el área maternoinfantil (egresos pediátricos y obstétricos) producen, en la gran mayoría de las provincias, más de 40% del total de los egresos. Esta importancia del binomio madre-niño se observa también en la consulta pediátrica como porcentaje

CUADRO 13

Indicadores seleccionados para hospitales del subsector público, Argentina, promedio para los años 1984-1987.

Jurisdicción	Egresos por 100 habitantes	Consultas médicas por habitante	Partos/egresos (%)	Consultas obstétricas/parto	Partos/nacidos vivos ^a (%)	Egresos pediátricos y obstétricos ^b (%)	Consultas pediátricas (%)	Ocupación ^c (%)	Promedio de estancia (días)
Capital Federal	4,9	1,8	16,5	8,3	50,7	59,9	22,3	25,3	11,9
Buenos Aires	3,6	1,1	19,1	5,4	36,9	31,0	37,2	21,5	14,7
Catamarca	7,1	1,2	18,9	2,9	58,0	50,1	51,4	45,7	12,0
Córdoba	3,6	1,3	16,9	9,4	33,7	35,5	45,7	21,2	24,0
Corrientes	6,8	1,4	23,2	5,5	50,9	40,0	51,0	61,2	9,8
Chaco	6,8	1,8	25,8	5,5	68,9	47,4	58,7	52,0	7,2
Chubut	6,8	1,5	17,0	9,2	43,6	51,7	32,0	59,1	9,4
Entre Ríos	6,9	1,2	14,7	6,1	42,7	37,8	22,7	53,5	13,7
Formosa	8,2	1,5	20,6	3,8	50,8	54,3	49,2	54,9	6,0
Jujuy	9,6	2,2	19,3	8,2	61,5	52,5	25,8	60,4	9,3
La Pampa	5,8	1,8	18,2	8,1	45,5	37,3	13,1	44,4	10,7
La Rioja	6,5	1,5	23,5	5,0	56,2	47,2	44,8	33,8	6,9
Mendoza	5,5	1,5	21,0	4,2	49,4	50,7	48,5	21,3	11,1
Misiones	6,5	1,2	27,1	5,1	50,2	41,6	49,9	69,4	8,1
Neuquén	8,7	3,0	22,9	8,3	68,0	47,8	47,1	61,8	7,2
Río Negro	6,0	1,5	20,6	7,0	47,3	48,4	33,9	58,2	8,6
Salta	9,1	2,7	19,1	3,6	54,3	49,9	40,3	58,8	9,3
San Juan	6,1	1,6	20,7	5,3	52,7	44,9	51,5	63,0	8,4
San Luis	5,9	1,2	19,9	3,5	49,0	49,4	43,6	43,2	9,1
Santa Cruz	5,7	1,2	19,3	5,4	37,3	41,7	36,5	47,9	9,6
Santa Fe	3,5	1,0	12,2	7,1	23,4	33,0	14,0	62,9	13,7
Santiago del Estero	6,1	0,8	25,1	2,5	57,6	45,8	47,2	55,3	8,1
Tucumán	4,2	1,2	28,1	1,6	50,3	46,6	31,5	57,0	11,0

^aEl denominador es el número de nacidos vivos en la jurisdicción correspondiente.^bPorcentaje de egresos pediátricos y obstétricos sobre el total de egresos.^cPorcentaje de consulta pediátrica sobre el total de consultas en establecimientos con internación.

del total de consultas y en la razón consulta obstétrica por parto atendido, aunque este último presenta una gran variabilidad. Es posible que muchas consultas obstétricas se realicen en establecimientos sin internación, pero no se dispone de esos datos. A pesar de esto, la importancia de la consulta ambulatoria en establecimientos con internación se observa en el indicador de consultas médicas por habitante, ya que, excepto en Santiago del Estero, siempre es mayor que 1, con valor máximo de 3 en Neuquén.

El valor global de los partos atendidos en el hospital público, como porcentaje del total de nacimientos vivos en las provincias, es de 40% para la Capital Federal y Buenos Aires juntos y, excepto Santa Cruz, Santa Fe y Córdoba, todas las provincias tienen valores mayores que 40%, con valor máximo de 68,9% en El Chaco. La carga

de partos, expresada como porcentaje del total de egresos, varía aproximadamente 20%, con un mínimo de 12,2% en Santa Fe y un máximo de 28,1% en Tucumán.

El rendimiento de las camas según jurisdicción presenta marcadas diferencias. En ellos influyen factores tales como su distribución geográfica, el grado de concentración o de dispersión de la población, la accesibilidad a los centros de atención y el tipo de pacientes. Hay seis jurisdicciones con porcentajes de ocupación de 60 a 70%, ocho con valores entre 50 y 60% y nueve con valores por debajo de 50%. El promedio de días de estancia por egreso también es muy variable (rango: 24,0 en Córdoba, 6,0 en Formosa), con un valor global de aproximadamente 12 días por egreso.

Todo lo anterior indica la prioridad y cobertura real alta del área materno-infantil por un lado y la ineficiencia

estructural (capacidad ociosa en términos de camas y promedio de permanencia alto) por el otro. Esto obedece a la obsolescencia física y escasez de recursos para atender en forma eficaz las enfermedades originadas en el cambio del perfil de la morbilidad en el país.

Tecnología de los servicios de salud

En la Argentina se producen y consumen productos biológicos (vacunas, sueros, sangre y sus derivados, antígenos múltiples y reactivos) para uso en animales o en el hombre. Hasta mediados de los años sesenta, el país era casi autosuficiente tanto para la producción como para el control de la calidad de los productos biológicos, los cuales se exportaban a otros países de América Latina. Actualmente la producción nacional solo satisface 25% de las necesidades. La producción de sueros inmunes y hormonas sustitutivas de origen animal ha descendido debido a la obsolescencia de la tecnología y al apoyo científico insuficiente.

El Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán no tiene capacidad suficiente para atender las necesidades del país en casos de epidemias por virus, tales como la hepatitis B o el SIDA.

El consumo de medicamentos estimado en 1985 ascendió a \$US38 por habitante. Los gastos en productos farmacéuticos ascienden a 1,7% del PIB. Existen 13.400 medicamentos registrados y 1.500 de ellos se encuentran en el mercado bajo 3.400 nombres distintos y en 7.000 formas diferentes.

Hay 351 fabricantes de medicamentos inscritos. Unas 50 empresas grandes, en su mayoría multinacionales o extranjeras, junto con una docena de firmas nacionales producen 90% del total. Cada una de las firmas menores restantes fabrica solo unos pocos productos, por lo general con materia prima importada. En el país se podrían producir todos los productos farmacéuticos, ya que la limitación es más económica que tecnológica. Se importa aproximadamente 75% de la materia prima y sustancias intermedias.

Los medicamentos se distribuyen por tres medios principales: la red de comerciantes mayoristas, cooperativas y 23.000 farmacias que realizan 89,6% de las ventas totales; las ventas directas a los hospitales públicos (5,1%) y privados (5,3%), y por intermedio del Fondo de Asistencia de Medicamentos.

El llamado "factor tecnológico" origina el aumento acelerado e imprevisible de los costos de la atención médica, con una creciente ineficacia de los mecanismos para el control de la suficiencia y calidad de dispositivos importados y nacionales por parte del Estado. Por ejemplo, hace poco más de una década el país incorporó el primer tomógrafo axial computadorizado, y al término del año

1988 había 132 unidades, la mayoría de ellas en la Capital Federal. Al respecto se observa una concentración desproporcionada de equipo moderno en el sector privado de la zona metropolitana.

La importación en el país de dispositivos médicos ha crecido no solo para equipos de alta complejidad sino también para insumos y materiales descartables. En 1986, los pedidos de importación alcanzaron un monto franco a bordo de aproximadamente \$US64 millones. Esta cifra se cuadruplicó en 1987, con pedidos que ascendieron a \$US248 millones. Estos valores alcanzan ya a las importaciones tradicionales de drogas, biológicos y medicamentos cuyo monto aumentó de \$US250 millones a \$US280 millones en el trienio. En 1988 se creó el Programa Nacional de Tecnología Médica, para desarrollar en el país la capacidad de evaluar la eficacia y los riesgos inherentes al uso de dispositivos y prácticas tecnológicas, medir su calidad e impacto social, y colaborar en la regulación de importaciones y transferencia de tecnología.

Financiamiento de los servicios de salud

En 1985, el gasto en salud correspondió a aproximadamente 8,2% del PIB, o sea unos \$US190 per cápita. Si bien el gasto total en salud aumentó como proporción del PIB entre 1970 y 1985, al disminuir el PIB por habitante en ese período resulta que el gasto total en salud per cápita fue menor en 1985 que en 1970, aunque mayor que en 1980.

En 1985, el gasto en salud se componía de las erogaciones presupuestarias del sector público, equivalentes a 22,7% del total, los fondos del sistema de la seguridad social, que alcanzaban 39,2% y el gasto privado, que daba cuenta del restante 38,1% (Cuadro 14). La participación porcentual de las obras sociales aumentó sostenidamente (22,8% en 1970, 35,8% en 1980 y 39,2% en 1985). El porcentaje del sector público, en cambio, si bien creció entre 1970 y 1980 experimentó luego una contracción severa.

Dentro del subsector público se observan modificaciones en la distribución jurisdiccional de la ejecución del

CUADRO 14

Distribución porcentual del gasto en salud por subsector, Argentina, 1970, 1980 y 1985.

Año	Público	Obras sociales	Privado
1970	19,5	22,8	57,7
1980	30,1	35,8	34,1
1985	22,7	39,2	38,1

gasto. En 1970, la administración nacional representó 48,7% y el nivel provincial, 51,3% del gasto público. En 1986, la participación nacional bajó a 27,8% y la participación provincial aumentó a 72,2%.

En relación con el gasto privado se observa que para el área metropolitana de Buenos Aires (35% de la población del país) el gasto en salud, como porcentaje del total de la canasta familiar, pasó de 1,5% en 1960 a 4,4% en 1970 y 7,9% en 1985, es decir que se cuadruplicó en 25 años.

Lo expuesto revela una pérdida creciente de la presencia del sector público nacional en el gasto total en salud, el cual aparece en forma creciente localizado en las jurisdicciones provinciales; una recuperación del gasto privado, que se sitúa en el mismo nivel que los fondos de las obras sociales y que ha tenido una evolución creciente como proporción del gasto total en relación con otras finalidades de consumo, y que entre las obras sociales y el gasto privado se financia 80% del gasto en salud.

La oferta anual de servicios e insumos en el sector privado aumenta en 5.000 médicos, 350 fármacos y un 4,2 % de expansión de camas privadas. Este crecimiento del sector privado se asienta sobre una base elevada de recursos disponibles (aproximadamente 90.000 médicos, unas 47.000 camas y un alto consumo de medicamentos per cápita que se aproxima a \$US50).

La significación de estos hechos es múltiple. Primero, se produce el debilitamiento del sector público que atiende a los sectores de menores ingresos; segundo, se observa un mayor gasto privado que pudiera estar ocultando situaciones concomitantes: el alejamiento de la población del sector público debido a su deterioro, la compensación proveniente de la falta de financiamiento de las obras sociales, y una mayor capacidad de pago en aquellos sectores que durante la crisis consiguen defender y aun aumentar sus ingresos; tercero, el aumento de la participación relativa de las obras sociales en el gasto revela la influencia de las disposiciones legales que han elevado a lo largo del tiempo los porcentajes de descuentos obligatorios.

Recursos humanos

En 1980, el sector salud empleaba unas 290.000 personas (aproximadamente 2,9% de la fuerza de trabajo nacional), de las cuales 210.000 trabajaban en establecimientos asistenciales (excluye consultorios individuales y laboratorios de análisis y prácticas de pequeño tamaño). Estimaciones para 1985 señalan que la fuerza de trabajo alcanzaría a 400.000 personas (4% de la población económicamente activa). Esta evolución revela por un lado la importancia que tiene la práctica tradicional de la medicina, y por otro la importancia, en aumento, del sector

salud como generador de empleo y de apropiación del gasto (4% de la PEA, 8% del PIB). Esta fuerza de trabajo presenta las características de una pirámide invertida en la que el número de profesionales es mayor que el de técnicos y auxiliares (Cuadro 15).

En 1986 había más de 90.000 médicos, lo que representa un médico por cada 335 personas (29,8 por 10.000 habitantes). En 1958, 1969 y 1980, las estimaciones del número de médicos eran de 24.000, 54.000 y 69.000, respectivamente.

Los médicos están distribuidos de manera desigual entre la capital y las provincias y entre las provincias ricas y las pobres. Según el censo de 1980, en Buenos Aires había 47 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en 10 provincias había entre 15 y 20 médicos por 10.000 habitantes, en otras 10 había entre 10 y 14,9 y, finalmente, menos de 10 en cuatro provincias del noreste.

Los médicos independientes atienden a pacientes que pertenecen a obras sociales o a organizaciones de servicios médicos de pago anticipado, y a los grupos de ingresos más altos. Se estima que la mayoría de los médicos del país (unos 50.000) tienen consulta privada al menos durante parte de su tiempo. El desempleo entre los médicos es prácticamente inexistente. El alto número de médicos no ha afectado a los honorarios profesionales. En esto influye el arancel de honorarios que se negocia a intervalos regulares entre la seguridad social, las asociaciones de profesionales y los prestadores privados de servicios de salud. Durante 1960-1985 los honorarios médicos fluctuaron en torno al índice de precios al consumidor, y por lo general se mantuvieron por encima del mismo.

CUADRO 15

Estimaciones de recursos humanos en salud, Argentina, 1985.	
Profesión	Número
Médicos	90.000
Dentistas	22.000
Farmacéuticos	29.000
Bioquímicos	9.500
Parteras	4.000
Fisioterapeutas	13.000
Psicólogos	25.000
Enfermeras	16.000
Auxiliares de enfermería	25.000
Técnicos	90.000
Empleados administrativos y de servicios generales	95.000

Fuentes: Catastro de recursos humanos. Secretaría de Salud, 1980. Estimaciones del Banco Mundial, Argentina, 1988.

La enfermería representa el problema más crítico de los recursos humanos en salud en la Argentina, no solamente por la situación deficitaria, sino porque hay evidencias de estancamiento en el crecimiento de esta categoría profesional. No obstante esta percepción, no existe un estudio para precisar la situación y sus tendencias. Actualmente hay licenciadas en enfermería, enfermeras (con capacitación vocacional en escuelas de nivel universitario o terciario), auxiliares de enfermería (con curso de nivel posprimario con una duración de 9 a 12 meses) y personal empírico, sin preparación formal, como las enfermeras y auxiliares idóneas y las ayudantes de enfermería.

La estructura del personal de enfermería muestra predominio de las auxiliares y las ayudantes empíricas; se estima que en 1988 estas categorías representaron 73% del conjunto (Cuadro 16). Es conocida la composición principalmente femenina del personal de enfermería (83% en el censo de 1980), aunque representan solamente 3% de la fuerza de trabajo femenina. La edad modal de las enfermeras se encuentra por encima de los 30 años, en tanto la edad modal del conjunto laboral femenino es menor de 25 años. La enfermería es una profesión asalariada en más de 90% y se lleva a cabo principalmente en el sector público.

Se ha invertido la relación enfermera por médico, que es de 0,19 enfermeras por médico, inversión que se mantiene aun si se incluyen las casi 22.000 auxiliares de enfermería. La razón de enfermeras es de 5,7 por 10.000 habitantes. Hay evidencias de estancamiento en el crecimiento de los cargos asignados a la función de enfermería: 40.225 cargos en 1969, 64.691 en 1979 y 64.309 en 1988.

La labor de la enfermera ha sido históricamente subvalorada, de tal manera que la expansión de la red de servicios se hizo básicamente con auxiliares y permitiendo el ingreso de personal empírico, que a nivel nacional constituye el 39% del total de personal de enfermería y que en algunas instituciones alcanza hasta el 80%.

El debate sobre la formación en ciencias de la salud está influenciado por el problema de la masividad estudiantil que afronta la mayoría de las facultades de medicina. En 1986, los estudiantes de medicina (53.991) constituían 7,6% del total de universitarios, en comparación con aproximadamente 9,0% en 1976 (56.747 estudiantes). Existen en el país nueve facultades de medicina y entre 1979 y 1984 hubo un promedio de 5.000 graduados por año. A pesar de la escasez de datos para realizar proyecciones, se estima que desde 1980 se han incorporado al mercado de trabajo unos 25.000 médicos, y que en los próximos cinco años se incorporarán cerca de 15.000.

La formación en enfermería ofrece un panorama muy distinto, ya que afronta un severo déficit estudiantil. Menos de 400 enfermeras han completado los estudios universitarios necesarios para obtener el título de licenciada. Las restantes 17.000 enfermeras han recibido capacitación vocacional en 18 escuelas de nivel universitario y 48 escuelas de nivel terciario (27 públicas y 21 privadas) con un promedio de egresos de 300 enfermeras anuales y un alto nivel de deserción. De los cursos de auxiliares de enfermería egresan aproximadamente 1.000 auxiliares por año.

El escaso prestigio social, los salarios bajos y el nivel de formación de las enfermeras constituyen una gran dificultad para la contratación e impiden elevar los requisitos. Hay consenso entre los prestadores de servicios y las asociaciones de personal de enfermería respecto a la necesidad de remediar la escasez de enfermeras y de mejorar su capacitación, aun cuando a corto plazo la capacidad de absorción sea limitada y haya que modificar necesariamente la distribución de las tareas entre médicos, técnicos y personal de enfermería.

La formación en odontología ha experimentado un leve crecimiento en los últimos años. En 1986, el número de estudiantes en las siete escuelas universitarias fue de 5.759, y se estima que desde ese año se gradúan 1.000 odontólogos anuales.

CUADRO 16

Estimaciones del personal de enfermería según tipo, por subsector, Argentina, 1988.

Subsector	Licenciadas	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Enfermeras empíricas	Total
Público	226	10.276	14.667	16.852	42.021 (65,3%)
Obras sociales	55	2.093	1.590	1.014	4.752 (7,4%)
Privado	102	4.749	5.563	7.122	17.536 (27,3%)
Total	383	17.118	21.820	24.988	64.309
	(0,5%)	(26,6%)	(33,9%)	(38,8%)	(100,0%)

Fuente: Estimaciones de la División Nacional de Recursos Humanos, 1989.

La matrícula en la carrera de psicología presenta un aumento rápido. La formación curricular en psicología ha orientado a los profesionales, casi con exclusividad, hacia la formación clínica (predominantemente psicoanalítica) y hacia la actividad asistencial de consulta privada. En 1986, en la carrera de psicología de la Universidad de Buenos Aires se matricularon 8.033 alumnos, que representaba 3,7% del total; en 1988 existían 10.000 inscriptos, que significaba 5,4% del total de estudiantes.

En la actualidad, las residencias constituyen la modalidad más importante para acceder a una especialización médica, y en 1985 llegaban a 6.000. Información para 1988 proveniente de algunas provincias señalan que en la provincia de Buenos Aires trabajan 1.741 residentes, en la ciudad de Rosario 243, en la provincia de Córdoba 600, en la de Río Negro 28 y en la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires 1.844. La universidad no otorga título de especialista, que en algunas provincias está a cargo de los colegios profesionales. En la mayoría de las provincias ejercen como especialistas profesionales que carecen de una adecuada formación técnica.

En algunos casos las residencias médicas dependen de la universidad, y coexisten con residencias no universitarias con niveles de exigencia muy dispares, sin control ni acreditación. El número de residencias es reducido en relación con el número de egresados. Aun así, en los últimos años hubo dificultades para cubrir el cupo de plazas para residentes. No existe una política nacional en relación con las residencias médicas y las especialidades, ni tampoco una orientación que tienda a privilegiar las áreas más necesitadas de profesionales.

La formación en salud pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones y sin mayor coordinación. Instituciones tan diversas como facultades de medicina, escuelas de salud pública, escuela superior de sanidad, colegios profesionales, institutos nacionales de epidemiología, hospitales, asociaciones científicas y otros, han llevado a cabo en los últimos cuatro años cerca de 90 cursos de más de 300 horas de duración, con un promedio de 40 participantes por curso.

Un estudio de un hospital público grande, representativo de las condiciones existentes, que se efectuó en 1986, reveló un promedio de 1,27 camas, 6,3 consultas diarias y 23,3 egresos por médico por año. Los servicios hospitalarios cuentan con exceso de personal, como lo demuestra el promedio nacional de 2,06 camas de hospital por médico. Además, las tendencias de la dotación de personal no difirieron mayormente entre los sectores público y privado.

El proceso de federalización y descentralización que impulsan la Secretaría de Salud de la Nación, ocho provincias a través de sus ministerios y secretarías de salud, y la OPS, da prioridad a algunos problemas del personal. Durante los dos últimos años, numerosas provincias han

procedido a promulgar leyes y reglamentos con el fin de contar con un instrumento jurídico útil para la reorientación y el mejoramiento del desarrollo de los recursos humanos. Estas leyes establecen como criterio básico la acreditación de idoneidad del desempeño, por medio de la capacitación, lo que ha llevado a organizar programas y sistemas de capacitación al personal. La tradicional separación entre los servicios de salud y la universidad es uno de los obstáculos que se deben superar para el desarrollo de recursos humanos en función de las necesidades de la población y de la transformación de los servicios.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En 1984, la Secretaría de Recursos Hídricos, coordinadora de todas las entidades del sector, incluso la Dirección Nacional de Calidad Ambiental dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, realizó un diagnóstico que mostró un grave déficit de cobertura de servicios sanitarios para zonas urbanas y rurales, y una situación poco clara en cuanto a aspectos de desarrollo de una política que permita una evolución, a mediano plazo, de los 24 organismos de servicios provinciales de agua urbana, de los servicios provinciales de agua rural encargados de dotar de servicios a la población de 500 a 1.500 habitantes, y de la misma Dirección Nacional de Calidad Ambiental que tiene a su cargo la provisión de agua y letrinización rural para la población rural dispersa.

En 1985, la Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria y Ciencias Ambientales presentó un diagnóstico de la situación de los servicios y planteó soluciones. Estas fueron tomadas en cuenta por las autoridades, sobre todo por parte de la Secretaría de Recursos Hídricos. Esta, conjuntamente con el Banco Mundial, realizó un segundo diagnóstico que en 1988 permitió la sanción de la ley de creación de la Comisión Federal de Agua Potable y Saneamiento, que aparte de agrupar a todas las instituciones del sector amplía las funciones del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural creando un organismo para planificar, vigilar y coordinar planes y programas con fondos nacionales e internacionales. Al mismo tiempo estudia y discute un Plan Nacional de Saneamiento que delinea la política y las estrategias para la solución del problema.

Estas decisiones han abierto un amplio campo en materia de ordenamiento financiero, desarrollo institucional, mejoramiento tecnológico y actividades sociotecnológicas (medición del agua, tarifas sociales, etc.) para una mejor y más rápida cobertura de los servicios sanitarios a la población del país.

Los programas de tratamiento y disposición de dese-

chos sólidos son de responsabilidad exclusiva de los municipios. Los ministerios de salud nacional y provinciales colaboran en el adiestramiento de personal con un curso especializado que se imparte en la Universidad de Buenos Aires, destinado a técnicos responsables de impulsar el desarrollo de empresas urbanas y con cursos en diferentes lugares del país dirigidos a técnicos municipales encargados de estos servicios. Este programa se ha llevado a cabo con persistencia y existe una mejora de los servicios en todo el territorio. La Secretaría de Vivienda y Ordenamiento Ambiental dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación considera aspectos de mejoramiento y ampliación de los servicios municipales de residuos.

La Dirección Nacional de Calidad Ambiental, conjuntamente con entidades provinciales y municipales, ha desarrollado y simplificado el sistema de evaluación de la contaminación del medio en muchas ciudades, lo que permite el establecimiento de programas que tienen prioridades claramente definidas.

El problema de las sustancias tóxicas ha llevado a la creación de un comité multiinstitucional que fija las normas y ejecuta acciones en este campo; a esto se suma el estudio que realizan el Instituto Nacional de Ciencia y Técnica Hídricas sobre contaminación de las aguas superficiales del río Negro y la Dirección Nacional de Calidad Ambiental sobre presencia y peligros de nitratos en

aguas subterráneas en varias localidades del país. Esa Dirección ha instalado un registro de sustancias peligrosas (tiene registradas más de 2.300), y en coordinación con otros organismos establece una red de control de emergencias. En diferentes provincias se han llevado a cabo cursos para técnicos que trabajan con pesticidas; actualmente se divulga un manual para el trabajador rural.

La construcción y el planeamiento de grandes obras hídricas para usos múltiples (Itaipú, Yacyretá Apipé, Uruguay, Paraná Medio, Salto Grande y otras) han llevado a analizar los impactos ambientales y la forma de optimizar los positivos y neutralizar los negativos. En la Secretaría de Energía se desarrollaron y analizaron métodos de evaluación y en las universidades de Buenos Aires, Misiones, Córdoba y Neuquén se realizaron cursos de divulgación, que se repetirán en Morón y Tucumán, en los que se estudia el impacto de diferentes obras con el fin de atender los problemas que genera la construcción de cualquier obra pública.

Continúa el programa de vigilancia de la calidad del agua, incluso el Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente/Agua. Asimismo, han continuado programas de control de la calidad del aire por lo menos en ocho ciudades argentinas.

El programa de control de las radiaciones ionizantes y no ionizantes, que incluye su uso en operaciones de medición, continúa su cobertura con creciente éxito.

BAHAMAS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las Bahamas conforman un Estado unitario independiente dentro de la Mancomunidad de Naciones desde julio de 1973 y son gobernadas como una democracia parlamentaria según el sistema de gobierno británico, con un parlamento formado por un Gobernador General, que representa al Gobierno del Reino Unido, una legislatura que consta de dos cámaras, incluso una cámara de representantes con miembros elegidos, y un órgano judicial independiente. El Gabinete de Ministros es el brazo ejecutivo del Gobierno y está dirigido por el Primer Ministro, que también es miembro de la legislatura. El Gobierno se ha mantenido estable desde 1967.

Los programas públicos los llevan a cabo los ministerios, cada uno de los cuales está dirigido por un Ministro (encargado de asuntos políticos) y un Secretario Permanente (encargado de asuntos administrativos), así como instituciones semigubernamentales.

Las estimaciones provisionales para 1986 indican un producto interno bruto (PIB) de \$US2.213,1 millones, con un PIB per cápita correspondiente de \$US9.377,5. El turismo y las actividades afines siguen siendo, con mucho, la mayor actividad económica y representan cerca de tres cuartas partes del PIB. En 1988 más de 3 millones de turistas visitaron las Bahamas. Las industrias de servicio, incluso servicios públicos, la banca, los seguros, la pesca y la agricultura emplean cerca de 80% de la fuerza de trabajo calificada.

Las actuales políticas públicas de diversificación y autosuficiencia han renovado el interés en las actividades agrícolas y en el continuo crecimiento del sector industrial, que incluye refinera de petróleo, fabricación de productos farmacéuticos y un creciente y significativo número de industrias livianas.

La proporción de recursos públicos asignados al mantenimiento del sistema de atención de salud ocupa el segundo lugar después de la invertida en educación. La suma asignada a salud aumentó de \$US22,6 millones en 1977 a un poco más de \$US68 millones en 1987. Esto representa 18,4% del presupuesto total del Gobierno y,

en 1986, constituyó un gasto aproximado de 3,1% del PIB. El Gobierno considera actualmente, como posible método de financiamiento de la salud, un programa nacional de seguro médico.

El sistema de educación está formado por escuelas públicas y privadas, cuyo número de estudiantes matriculados en 1986 fue de 36.003 en escuelas primarias, 23.280 en escuelas secundarias, 276 en escuelas especiales y 4.932 en el Colegio de las Bahamas.

En la encuesta de la fuerza de trabajo realizada en 1986 se estimó la población activa (110.900) en 71,4% y el desempleo en 12,2%, con tasas de 9,7% para los hombres y 15,0% para las mujeres. En dicha encuesta se estimó que el ingreso familiar medio anual ascendía a \$US16.656 en todas las Bahamas, \$US17.960 en Nueva Providencia y \$US17.845 en Gran Bahama.

Características demográficas

La población estimada a mediados de 1987 fue de 236.000 habitantes, y la proyección actual para el año 2010 es de 325.000.

En 1980, por cada 100 personas de la población activa (15-64 años), hay aproximadamente 67 personas jóvenes, es decir una tasa de dependencia de la población joven de 66,8%. La tasa total de dependencia, que incluye a los ancianos, se estima en 74,1%. El índice de masculinidad en 1980 fue de 95 hombres por cada 100 mujeres.

El conocimiento de la distribución de la población según la localización de las islas se basa actualmente en los resultados del último censo, que muestran que 80,4% de la población vive en las dos islas de Nueva Providencia y Gran Bahama, donde están localizadas las ciudades de Nassau y Freeport, respectivamente.

Aunque la población es predominantemente joven, lo que implica atención de determinadas necesidades en materia de política de salud y asuntos sociales, se prevé que el porcentaje de ancianos (personas de 65 y más años), que ahora representa 4,5% de la población, aumentará a 5,9% en el año 2010. Eso tendrá repercusiones para la política pública en materia de salud de los ancianos y otras consideraciones sociales.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Las estadísticas oficiales basadas en el registro de nacimientos indican que la tasa bruta de natalidad, que se mantuvo relativamente constante de 1979 a 1985, se redujo más de 16% en 1986 a 20,2 nacimientos por 1.000 habitantes. Las cifras preliminares de esta fuente implican otra reducción importante (11%) en 1987.

Sin embargo, las estimaciones de los casos reales en que ocurrieron esos acontecimientos sugieren que es posible que el marcado incremento del número de casos de subregistro de nacimientos en 1986 y 1987 represente una parte importante de la reducción observada de la tasa de natalidad. No obstante, otros indicadores sugieren que la tasa de natalidad efectiva se redujo en el país en 1986 y 1987, aunque no en forma tan acusada como se indicó en el sistema de registro civil.

El Departamento de Estadística, encargado de las estadísticas vitales, ha señalado que uno de los factores básicos que afectan el registro de nacimientos emana de las dificultades administrativas en las comunidades dispersas de las Islas Family.

Las principales causas de defunción de toda la población siguen siendo los tumores malignos, las enfermedades del corazón, los accidentes y violencias y las enfermedades cerebrovasculares. Cabe señalar que las afecciones originadas en el período perinatal ocupan el quinto lugar entre las causas de defunción de la población en general y señalan la necesidad de dar atención urgente a la mitigación de ese fenómeno. Entre el primer año de vida y los 44 años, la principal causa de defunción son los accidentes y violencias.

El análisis del número de defunciones y las tasas de defunción por edad y sexo muestran que, con excepción de las personas muy ancianas (75 y más años), en cada grupo de edad el número de hombres que muere es superior al de mujeres, y la mayor proporción de hombres se da en los grupos de 10 a 14 años (índice de masculinidad de 3,0:1) y de 20 a 34 años (índice de masculinidad de 2,8:1).

La reducción del número de accidentes y de casos de violencia es objeto de particular atención, y un comité de prevención de traumatismos, establecido en marzo de 1988, determina actualmente las actividades de investigación y las intervenciones pertinentes. Además, muchas de las enfermedades relacionadas con los patrones del estilo de vida se combaten por medio de campañas públicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La cobertura insuficiente por lo general causa menos preocupación dentro del sistema de registro de defunciones que dentro del de registro de nacimientos. Sin embargo, existe cierta preocupación por la documentación y codificación de la causa de defunción para fines del certificado médico correspondiente.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

En 1986, la tasa de mortalidad infantil alcanzó una cifra máxima de 36,7 por 1.000 nacidos vivos, la de mortalidad perinatal fue de 33,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos y la de mortalidad neonatal, de 24,3. Independientemente de los ajustes por causa del subregistro de los nacimientos, estas estadísticas para ese año señalan enfáticamente la necesidad de aumentar el número de intervenciones para reducir el problema de la mortalidad de los niños menores de 1 año. Con esos ajustes, la mortalidad infantil se sitúa de manera más válida en 30,2 por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad perinatal y neonatal en 27,6 y 20,0, respectivamente, por 1.000 nacidos vivos. Aun así, no se puede olvidar que en años anteriores las tasas correspondientes a las Bahamas bajaron a un poco más de 20.

Cinco causas principales de defunción de los niños menores de 1 año en 1986 representaron 86% de todas las defunciones en este grupo de edad. Las principales causas de defunción y las tasas correspondientes por 1.000 nacidos vivos son: afecciones originadas en el período perinatal (13,4), anomalías congénitas (2,6), neumonía, bronquitis y otras enfermedades respiratorias (2,2), infecciones intestinales (1,6) y accidentes (1,3).

En 1986 los niños de 1 a 4 años tuvieron una tasa de mortalidad de 1,3 por 1.000 habitantes, y la principal causa de defunción fueron los accidentes y lesiones. En 1987, 11 niños murieron como resultado de este problema, cifra equivalente a 37% de todas las defunciones de niños de 1 a 4 años.

La tasa de defunción de los niños menores de 15 años fue de aproximadamente 2,5 por 1.000. Los menores de 1 año representaron 75% de las defunciones de ese grupo. La causa de defunción más frecuente de los niños de 5 a 14 años son los accidentes de transporte (56% de todas las defunciones de niños de 5 a 14 años); otros accidentes y lesiones representan otro 15 y 30% de las defunciones de los niños de 5 a 14 años y de 1 a 4 años, respectivamente.

La gastroenteritis sigue siendo una de las afecciones predominantes entre los niños pequeños. El número de casos notificados en niños menores de 5 años llegó a un

máximo de 1.486 en 1987, pero se redujo de nuevo a una cifra mínima sin precedentes de 1.095 en 1988.

Las actividades realizadas dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) han resultado en una marcada reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles. Con excepción de un brote de parotiditis en 1985 (cuando se registraron 924 casos por 100.000 habitantes), no hubo otras epidemias de aquellas enfermedades en ese quinquenio. La vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola forma parte del PAI en las Bahamas desde abril de 1985. En 1986, la cobertura de los niños menores de 1 año con DPT y vacuna antipoliomielítica se estimó en 85,1 y 81,3%, respectivamente. La proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión en ese año fue de 80,7%.

En 1987, los principales problemas observados en los niños menores de 5 años atendidos en los centros de salud y dispensarios de la comunidad fueron las infecciones de las vías respiratorias superiores, la gastroenteritis aguda, las lesiones, las enfermedades del oído y la bronquitis aguda. En conjunto, estas afecciones representaron 75% de los 12 episodios de enfermedad más importantes identificados en ese grupo de edad.

Los principales problemas de salud de los escolares de 5 a 14 años fueron los accidentes y lesiones, los problemas de las vías respiratorias, las afecciones de la piel y los problemas del oído. En conjunto, representaron 57% de los nueve problemas principales de los escolares tratados en dispensarios en 1987. Entre los problemas identificados durante exámenes regulares que se practicaron como parte del programa de salud escolar, el predominante fue la caries dental. Este problema se observó en 23% de los niños examinados por enfermeras de la comunidad. La obesidad ocupa el segundo lugar entre los problemas encontrados con mayor frecuencia. Solo entre los niños de décimo grado se observó un 10% de obesidad. Además, la evaluación del peso anormal para la edad de los lactantes y los escolares indica que la obesidad es un problema que ocurre más a menudo que la insuficiencia de peso. Al parecer, si bien se observa desnutrición proteinoenergética en grupos aislados de la población, existen muy pocos casos de malnutrición de tercer grado de la clasificación de Gómez. Se cree que los inmigrantes ilegales, cuyas condiciones socioeconómicas son precarias, constituyen la mayor parte de este grupo.

La morbilidad de pacientes internados en el Hospital Princess Margaret, el más importante, es un indicador útil del patrón y del tipo de problemas que determinan el ingreso a los hospitales generales en la esfera nacional. El hospital, que sirve a una parte sustancial de la población del país, atiende 91% de los nacimientos en Nueva Providencia y 70% del total de nacimientos en el país.

En 1987, la neumonía fue la razón más común de hospitalización de los niños menores de 5 años; las afecciones originadas en el período perinatal ocuparon el segundo lugar entre las razones más frecuentes y las infecciones intestinales, el tercero. Los traumatismos y envenenamientos son las principales causas de hospitalización de los niños de 5 a 14 años.

Salud de los adolescentes y adultos (15-65 años)

La principal causa de defunción de los jóvenes de 15 a 19 años son los accidentes de transporte. En conjunto, todos los tipos de accidentes y violencias fueron la causa de defunción de 72% de los adolescentes que murieron en 1987.

En los datos sobre hospitalización se clasifican juntos los jóvenes y los adultos jóvenes (15-24 años). El parto normal fue la principal razón de ingreso a los hospitales generales y representó 53,9% de todas las admisiones de personas de 15 a 24 años en el Hospital Princess Margaret. Eso fue seguido de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (que representaron 17,1% de los ingresos). Los accidentes y violencias, las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades de las vías respiratorias y las enfermedades del sistema digestivo ocuparon el lugar siguiente en cuanto a la frecuencia de los ingresos.

El embarazo de adolescentes sigue siendo un problema. Entre 1983 y 1987, las tasas de natalidad efectiva específicas por edad por 1.000 madres adolescentes oscilaron entre 35,4 (1983) y 24,0 (1987). Ese número fue aproximadamente de 4 nacimientos por 1.000 madres menores de 15 años en 1984; para 1987 esa tasa se redujo a 1,25 por 1.000. No se dispone de estadísticas precisas sobre todos los embarazos, incluidos los abortos, y se cree que las tendencias indicadas por las tasas de natalidad quizá no se mantendrían si se incluyera el aborto en esos cálculos.

Los principales problemas que afectan la mortalidad de los adultos son los tumores malignos, las enfermedades del corazón, los accidentes y violencias y las enfermedades cerebrovasculares. La causa básica de defunción observada con mayor frecuencia en la población de 20 a 44 años fueron también los accidentes y violencias (35,3%). Sin embargo, otras causas, como los tumores malignos, las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo, los trastornos inmunitarios y las enfermedades del corazón incrementan la mortalidad de manera importante.

Las principales causas de hospitalización de las personas de 25 a 44 años son prácticamente las mismas que las de las de 15 a 24 años, con excepción de que las enfermedades del sistema genitourinario ocurren con mayor fre-

cuencia que los accidentes y lesiones. En las Bahamas se hospitaliza a los adultos de 45 a 64 años sobre todo por enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo, de las cuales la diabetes es la más común. Siguen en orden de importancia los neoplasmas, las enfermedades de los sistemas digestivo y circulatorio y los traumatismos y envenenamientos.

Se sigue asignando máxima prioridad a los programas de salud materno-infantil. Se hace cada vez más hincapié en la atención prenatal en la comunidad y en el transcurso de los años ha aumentado el número de pacientes que acude a los dispensarios. En todo el territorio de las Bahamas se dispone de servicios en los sectores público y privado y menos de 1% de los nacimientos tiene lugar sin ayuda de un profesional de salud adiestrado.

En 1987, cada usuaria del sector público hizo, en promedio, seis consultas durante el embarazo y 30% de ellas hicieron su consulta inicial al cabo de 16 semanas de embarazo o antes. Un asunto de particular preocupación e interés es el examen regular para la detección de sífilis y gonorrea dentro de ese servicio. En fecha reciente, se ha prestado atención a la práctica de exámenes de detección de otras enfermedades de transmisión sexual. En el decenio, un promedio de 6% de las mujeres que acudieron a los dispensarios públicos de Nueva Providencia acusaron resultados positivos en la prueba VDRL; en 1987 esa cifra fue de 5,7%.

A todas las mujeres que dan a luz se les da una cita para un examen posnatal, que incluye citología. En 1984, la cobertura posnatal fue de 66% en Nueva Providencia y de 51% en las Islas Family.

Salud de los ancianos (65 y más años)

Las principales causas de defunción de las personas de este grupo de edad incluyen enfermedades del corazón (27,1% de las defunciones de ancianos en 1987), tumores malignos (segunda causa en importancia, que representa 22,8% de las defunciones), enfermedades cerebrovasculares (tercera causa en importancia, que representa 13,7% de las defunciones) y diabetes (cuarta causa en importancia, que representa 7,5% de las defunciones).

Las principales causas de hospitalización de las personas de este grupo de edad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de neoplasmas malignos, enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo (incluso diabetes) y traumatismos y envenenamientos.

Actualmente el número de servicios especializados para ancianos que existe en el territorio de las Bahamas es limitado. La atención de enfermería y la vivienda para este grupo han surgido como motivos de preocupación que exigen atención inmediata.

Problemas que afectaron a la población general

Entre 1984 y 1988 se observó la siguiente actividad epidémica: varicela (1984, 1987, 1988), parotiditis (1985), conjuntivitis aguda (1986, 2 105 casos), hepatitis B (1988, 249 casos) y fiebre tifoidea (1988, seis casos).

Ocurrieron varios casos de malaria en 1987 (18 casos) y 1988 (17 casos); todos los casos notificados correspondieron a personas que no eran bahamesas. Seis de los casos notificados en 1988 fueron causados por *Plasmodium vivax* y se observaron en trabajadores inmigrantes de la India. Los demás casos notificados fueron causados por *P. falciparum*.

La infección por el VIH constituye un problema en las Bahamas. El SIDA se notificó por primera vez en 1985; a fines de 1988 se había registrado un total de 269 casos, 38,3% de ellos en mujeres, con una tasa de letalidad de 48,3% en todos los casos. De todos los casos notificados, 52 (19,3%) ocurrieron en niños de 0 a 14 años; todas las madres de esos niños, menos una, estaban infectadas por el VIH. Entre agosto de 1985 y diciembre de 1988, 52 niños recibieron diagnóstico de SIDA. A fines de 1987, 10 niños se identificaron como portadores de la enfermedad.

En 1987 se diagnosticaron 90 casos de SIDA. Una investigación detallada de estos casos reveló que 53 (72% de los 73 casos de adultos) correspondieron a heterosexuales. Además, 33 (45%) de los 73 pacientes adultos eran adictos a la cocaína.

Entre agosto de 1985 y diciembre de 1988 se identificaron 799 portadores sanos. Solo en 1988 se descubrió que 419 personas sanas sometidas a estudio estaban infectadas por el VIH.

El alcohol y la cocaína son las sustancias de mayor uso indebido en las Bahamas. Las consecuencias se vigilan por medio de informes del Centro de Rehabilitación Sandilands, un hospital psiquiátrico donde se atiende a toda la población de las Bahamas, y de la Clínica Psiquiátrica Comunitaria de Nueva Providencia. La incidencia de problemas derivados del uso de cocaína aumentó sustancialmente en 1984. Después de ese año se niveló el número de nuevos pacientes en la Clínica Psiquiátrica Comunitaria. Sin embargo, en el Centro de Rehabilitación Sandilands, el número de adictos a la cocaína internados por primera vez llegó a su punto máximo en 1987.

El uso indebido de drogas por parte de hombres y mujeres es la principal causa de ingreso en el hospital psiquiátrico. Sin embargo, el problema es más grave en los hombres que en las mujeres. En 1985, la toxicomanía fue el diagnóstico principal dado a 32,9% de los hombres internados en ese hospital, cifra que fue solo de 13,8%

en el caso de las mujeres internadas. El alcoholismo se observó en 17,8% de los hombres y 11,9% de las mujeres atendidos en esa institución en 1985.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud, que ocupa el segundo lugar entre los más grandes dentro de la estructura gubernamental, tiene cerca de 4.500 empleados y, por conducto del Ministro de Salud, se encarga de establecer la política nacional en materia de salud y de ejecutar y evaluar los programas pertinentes.

El sector salud está formado por una red escalonada de establecimientos de salud públicos y privados, con vínculos de referencia entre los diversos niveles de servicio. La configuración geofísica de archipiélago que tienen las Bahamas acarrea problemas logísticos especiales para la prestación de servicios. Entre ellos cabe citar los de transporte, comunicación, administración de suministros y coordinación de servicios. Esto exige la provisión de una infraestructura adecuada para garantizar que la población urbana y rural desatendida tenga acceso a niveles apropiados de atención de salud.

Hay tres hospitales públicos de atención de casos agudos: el Hospital Princess Margaret de Nueva Providencia, un hospital general con 454 camas; el Centro de Rehabilitación Sandilands, un establecimiento psiquiátrico (255 camas) y geriátrico (151 camas), y el Hospital Rand Memorial, otro hospital general de Gran Bahama, con 74 camas. Además, Nueva Providencia tiene un hospital privado con 30 camas. En 1988, la tasa de ocupación del Hospital Princess Margaret fue de 74% con una estancia promedio de ocho días, en tanto que las cifras correspondientes al Hospital Rand Memorial fueron de 57% y de cuatro días.

Los servicios de atención primaria de Nueva Providencia se prestan en centros públicos de salud, el departamento de atención ambulatoria del Hospital Princess Margaret y los consultorios de los médicos particulares. Los servicios ambulatorios se ofrecen por medio de dispensarios de atención general, clínicas especializadas y servicios de urgencia.

Hay cada vez mayor interés en la atención ambulatoria por razones de economía de la comunidad. Los quirófanos para atención ambulatoria son los servicios ambulatorios más recientes que se han organizado como entidades independientes.

La necesidad de disponer de mejores servicios psiquiátricos en la comunidad llevó a abrir una clínica en los

predios del Hospital Princess Margaret, que se dedica a combatir la toxicomanía, incluso el alcoholismo, y otros trastornos mentales.

Con el fin de atender las necesidades de las mujeres, se abrió un centro de atención de crisis de la mujer para abordar problemas tales como violación, agresión e intento de suicidio. Esa clínica recibe mensualmente cerca de 25 pacientes enviadas del departamento de accidentes y de urgencia.

En las Islas Family, la atención primaria de salud es prestada por médicos, enfermeras comunitarias, parteras y auxiliares de salud por medio de una red de establecimientos de localización estratégica que comprenden 12 centros de salud, 35 clínicas principales y 51 clínicas satélites. Para fines administrativos, se han dividido en 20 distritos de salud. En 1988, esos distritos estaban dotados de 20 médicos, 3 dentistas, 90 enfermeras de varias categorías y auxiliares de salud.

La tendencia hacia la descentralización de las zonas de servicio que surgió a comienzos del decenio se ha fortalecido mucho con una decisión política del Gobierno tomada en 1988 para descentralizar las operaciones de los dos hospitales principales como unidades con responsabilidades propias; se espera que se efectúe a comienzos de los años noventa. Además, en 1988 se decidió reemplazar las instalaciones físicas de los Hospitales Princess Margaret y Rand Memorial y ampliar y mejorar las existentes en las Islas Family.

Un grupo de trabajo nombrado por el Gobierno para considerar otros métodos de financiamiento de la salud presentó su informe en 1987 y el Gobierno ha aceptado, en principio, sus recomendaciones de mayor importancia para el establecimiento de un plan nacional de seguro médico. A raíz de ello, el Gobierno ha entablado diálogos con el público para determinar su reacción a recomendaciones específicas; el plan debe comenzar en 1991-1992.

En 1988, el Gobierno señaló los campos prioritarios que necesitan mayor fortalecimiento institucional y de la infraestructura, incluso formulación, planificación y programación de política, reformas organizativas y administrativas, desarrollo de recursos humanos, información sobre salud, gestión financiera, mantenimiento de establecimientos de salud y reglamentación de salud.

En 1986, el servicio público tenía 187 médicos, 19 dentistas, 579 enfermeras diplomadas, 405 enfermeras clínicas adiestradas y 199 auxiliares de salud.

El presupuesto ordinario nacional de 1988 ascendió a \$US512 millones, de los cuales se asignó 14,4% al Ministerio de Salud. El presupuesto de capital de 1988 llegó a \$US79,7 millones y el sector salud recibió 5,9%. Al considerarlas en conjunto, estas cifras representan un gasto per cápita en salud de \$US329 en ese año.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El Departamento de Servicios de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es el principal organismo en todos los asuntos relativos a la salud ambiental, aunque otros ministerios y departamentos colaboran en proyectos importantes sobre el medio ambiente. La Empresa de Acueducto y Alcantarillado, una entidad pública establecida en 1976, se encarga de proporcionar agua potable a los consumidores de la Isla de Nueva Providencia, donde vive 65% de la población. La División de Agua del Ministerio de Obras y Tierras supervisa la producción y distribución del agua potable en las Islas Family, excepto en Freeport, Gran Bahama, que está bajo la jurisdicción de la Administración Portuaria.

El principal sistema de alcantarillado presta servicios a la zona central de Nassau, es decir, a 15% de la población urbana; el resto de la población usa fosos sépticos y, en menor grado, letrinas de pozo.

Más de 90% del agua consumida en las Bahamas proviene de fuentes subterráneas, de 3 a 4% es agua de lluvia recolectada y cerca de 1% se produce por ósmosis inversa. Nueva Providencia que es, con mucho, el mayor consumidor de agua, tuvo una grave escasez antes de 1975. La intensa demanda fue el resultado de una nutrida migración de las islas más apartadas y del rápido crecimiento del turismo. Para aliviar este problema, el Gobierno inició un programa de transporte de agua desde la isla vecina de Andros a la capital.

Las tuberías del sistema de acueducto datan de comienzos del presente siglo. El Gobierno, por medio de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado, ha emprendido un programa de reemplazo general de tuberías, que ha mejorado mucho la calidad microbiológica del agua. Sin embargo, el desequilibrio de la oferta y la demanda afecta la capacidad para reducir el alto grado de salinidad de los depósitos. En la isla de Nueva Providencia, 73%

de la población dispone de conexiones domiciliarias y 23% tiene acceso razonable a fuentes públicas.

Hasta 1988, y sobre todo en los últimos cinco años, el volumen de desechos sólidos aumentó al doble del de 1982, debido al fomento del turismo y a la expansión de las comunidades. El Departamento de Servicios de Salud Ambiental recoge y evacua cerca de 50% de los desechos de Nueva Providencia. Con asistencia técnica de ese Departamento, la recolección y evacuación de desechos sólidos en las Islas Family son administradas por el Departamento de Gobierno Local, dentro del Ministerio de Transporte y Gobierno Local, y por la Administración Portuaria de Freeport, Gran Bahama.

En 1980, el Departamento de Servicios de Salud Ambiental notificó nueve incidentes de contaminación del aire. Para 1984 el número había aumentado a 77, pero se redujo mucho a finales de 1986 debido a un reglamento más eficaz, vigilancia sobre el terreno, concienciamiento de la comunidad y actividades educativas.

La sanidad y manipulación de los alimentos son motivo de particular interés para el Departamento de Servicios de Salud Ambiental y representan un elemento esencial de la industria turística. En 1988, el número de inspecciones de restaurantes y plantas procesadoras de alimentos había aumentado cerca de 50% desde 1985. Los programas de control de la calidad de los alimentos, las bebidas y los productos lácteos se han reforzado por medio de la ley, el establecimiento de una Junta de Normas para los Alimentos y un programa ampliado de sanidad portuaria, que ejerce mayor vigilancia.

Entre 1984 y 1985, el índice de infestación de viviendas con *Aedes aegypti* en la isla de Nueva Providencia se redujo de 35 a 19%, y a fines de 1988 había bajado a 9%. A partir de 1988, los estudios sobre la densidad de mosquitos en las Islas Family, más pobladas y frecuentadas por turistas, mostraron sobre todo la existencia de una especie molesta, *A. aegypti*, cuya densidad fue inferior a 5% según el índice de Breteau.

BARBADOS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Barbados es una monarquía constitucional y una democracia parlamentaria dentro del Commonwealth británico. Tiene 431 kilómetros cuadrados y una población estimada en 253.900 habitantes en 1987. El Gobernador General representa al Gobierno del Reino Unido, y el jefe de gobierno es el Primer Ministro, quien nombra al Gabinete. El Gabinete responde de su gestión ante el Parlamento, que consiste en dos cámaras: la Cámara Alta o Senado, compuesta de 21 miembros, y la Cámara Baja o Cámara de Representantes, formada por 27.

La economía se expandió entre 1983 y 1987. La actividad económica se basa en el turismo, los servicios, la industria ligera y la agricultura. El turismo ha ido aumentando sostenidamente y contribuyó al producto interno bruto con \$US93 millones en 1983 y \$US135 millones en 1987. Después de 1985, el sector manufacturero sufrió una importante caída cuando cerraron las plantas electrónicas como consecuencia de la creciente competencia de los países de la costa del Pacífico. Las manufacturas contribuyeron a la economía con \$US132 millones en 1984 pero solo con \$US112 millones en 1987. El producto interno bruto (PIB) per cápita fue de \$US4.930 en 1987.

Barbados mantiene permanentemente un balance negativo en su comercio internacional. Este balance negativo se acentuó con la caída de las exportaciones de artículos electrónicos y la contracción del intercambio interno de la subregión del Caribe como consecuencia de la crisis económica que la afecta. La brecha se ha cubierto con las utilidades dejadas por los servicios y el turismo y por la afluencia de capitales, algunos de los cuales provienen de préstamos del exterior.

La deuda externa aumentó de \$US732 millones en 1983 a \$US1.139 millones en 1987, y la relación del servicio de la deuda era de 3,1%. La tasa de inflación bajó de 5,3% en 1983 a 1,3% en 1986, para subir después a 3,3% en 1987. El desempleo aumentó de 16,9% en 1983 a 22,9% en 1987; conforme a las últimas estima-

ciones, era del 18,6% en 1989. Aunque no se dispone de datos precisos, se calcula que es significativo. El aumento del desempleo se debe fundamentalmente a una disminución del empleo en el sector manufacturero.

Se estima que el 98% de los adultos saben leer y escribir, aunque quizás este cálculo no sea confiable. Todos los niños aptos de 5 a 15 años están inscritos en la escuela.

Características demográficas

Se estima que la población aumentó de 251.000 habitantes en 1983 a 253.900 en 1987, lo que arroja un aumento promedio de 0,2% por año. La tasa de crecimiento anual fue del 0,4% en 1983, 0,2% en 1985 y 0,08% en 1987. La tasa de natalidad declinó sostenidamente de 18 por 1.000 en 1983 a 15 en 1987, y la tasa de fecundidad se redujo de 77 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1983 a 59 en 1987. Los programas de planificación familiar, actualmente en curso, y de información sobre el SIDA, así como el creciente interés en la educación para la vida de familia, son los motivos fundamentales de que las tasas de fecundidad y natalidad se mantengan bajas. Se estima que los ancianos (65 y más años) son unos 28.800 (11,3% de la población de 1987).

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

La causa principal de defunción en 1984, 1985 y 1986 fueron las enfermedades cardíacas (códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 393-398, 410-429), con 435, 463 y 432 muertes respectivamente para dichos años; la segunda causa fueron los tumores malignos (códigos 140-208), con 358, 362 y 411 muertes respectivamente. La tercera, cuarta y quinta causas fueron las enfermedades cerebrovasculares (códigos 430-438), la diabetes mellitus (código 250), y "otras" enfermedades del sistema circulatorio (códigos 440-459).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Un análisis de la mortalidad infantil muestra que mientras el componente posneonatal ha permanecido en baja constante, el componente neonatal se ha mantenido a niveles altos. La mortalidad neonatal y la tasa de nacidos muertos (13,0 en 1987) son motivos de grave preocupación en salud infantil, especialmente porque casi todos los partos se producen en el hospital. Para mejorar la atención de los recién nacidos, se está construyendo una nueva unidad de neonatalidad en la principal institución de salud, el Hospital Queen Elizabeth.

La salud de los lactantes y de los niños menores de cinco años se ha mantenido satisfactoriamente con la red de policlínicos que ofrecen servicios gratuitos de salud maternoinfantil. Entre los componentes fundamentales de esos servicios están el control del crecimiento, asesoramiento en nutrición, inmunización, planificación familiar y educación para la vida en familia. La atención prenatal también alcanza una cobertura relativamente amplia; el hecho de que se haya producido una sola defunción materna en tres años atestigua la calidad de la atención prenatal e intranatal.

Salud de los adolescentes y adultos

Las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de defunción y enfermedad crónica entre la población adulta. La elevada tasa de prevalencia de la hipertensión (22% en personas de 18 y más años) es la base para que las enfermedades cardíacas, que en su mayoría tienen su origen en la hipertensión, y los accidentes cerebrovasculares, sean respectivamente la primera y la tercera causas de defunción. Se considera que la diabetes afecta del 6 al 8% de la población total; es la causa primordial de muchas amputaciones de miembros inferiores que se practican todos los años y figura entre las tres causas principales de ceguera. En 1984, la hipertensión fue el motivo de 18,8% y la diabetes del 15,8% de la totalidad de las visitas médicas realizadas en la isla. Los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad en este grupo de edad. El cáncer de cuello uterino sigue siendo la principal enfermedad maligna en las mujeres, en tanto que la incidencia del cáncer de mama continúa en aumento. La enfermedad maligna más importante en los hombres es el cáncer de próstata.

Se observa un amplio espectro de trastornos mentales y, en los últimos años, ha aumentado de modo notable el número de pacientes tratados por abuso de sustancias adictógenas. El cuidado de la salud mental está funda-

mentalmente reservado a los servicios para pacientes internos y ambulatorios que se prestan en los hospitales.

Las muertes por accidentes de tráfico van en aumento y constituyen la principal causa de defunción en el grupo de 15 a 25 años de edad. En 1984 fue notificado el primer caso de SIDA y, desde entonces, ocurren anualmente unos 20 casos nuevos. Aunque la mayoría de los casos se registran entre hombres homosexuales, existen pruebas de que aumenta la transmisión heterosexual.

La obesidad es un problema importante. Una comparación de los estudios nutricionales realizados en 1969 y 1981 puso de manifiesto que la obesidad ha aumentado del 32% al 50% entre las mujeres de mediana edad y del 7% al 28% en los hombres. El estudio de 1980 también reveló que la obesidad se presenta notoriamente entre las adolescentes.

Salud del anciano

Se ha establecido que la artritis, la hipertensión y la diabetes son los trastornos más importantes y que las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares son las principales causas de mortalidad.

La mayoría de las discapacidades crónicas entre los adultos se produce en este grupo de edad. La ceguera es una discapacidad importante. Aunque durante el último decenio los casos de cataratas han disminuido notablemente, el glaucoma crónico y la retinopatía diabética van en aumento. La prevalencia del glaucoma es elevada.

Un albergue geriátrico y seis hospitales de distrito proporcionan cuidado institucional a los ancianos. Se estima que el 52% de quienes allí se alojan requieren atención médica y que el 48% restante recurren a ellos sencillamente por razones socioeconómicas. En la actualidad se hace menos hincapié en el cuidado institucional y se despliegan esfuerzos para que la comunidad se encargue del cuidado de los ancianos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud se encarga de la provisión de los servicios de salud pública en el país. El Ministro de Salud adopta las decisiones sobre la política a seguir en materia de servicios de salud con el asesoramiento del Secretario Permanente de Salud y los altos funcionarios técnicos. El Ministro de Salud es responsable ante el Gabinete de la provisión de servicios oficiales de salud.

Incumbe al Ministerio de Salud la tarea de administrar el sistema de salud de Barbados. La administración cotidiana se delega en el Secretario Permanente y por su intermedio en el personal técnico y administrativo que trabaja en el Ministerio, los hospitales (general de agudos,

psiquiátrico), el leprosario, los policlínicos y centros de salud y los dispensarios para pacientes ambulatorios. El Funcionario Médico Jefe asesora al Ministro y al Secretario Permanente en todas las cuestiones profesionales que afectan la salud del país.

Para cada programa prioritario o servicio, se traza un plan de acción que detalla la programación de actividades específicas y la asignación de recursos. Se hace mucho hincapié en la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, el uso de una tecnología apropiada y el trabajo de equipos encargados de la atención de la salud.

A lo largo de los años, la prestación de cuidados médicos se ha llevado a cabo por conducto de un sistema de centros de salud situados en toda la isla y de hospitales instalados en la capital, Bridgetown, y sus alrededores. El sistema de salud de Barbados se basa en el concepto de los tres niveles de atención, pues incorpora y combina los servicios de cuidado de la salud primario, secundario y terciario, que son interdependientes. Habida cuenta de que este sistema está fundamentalmente dirigido a la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000, merecen destacarse la utilización en toda la isla de policlínicos y centros de salud orientados hacia la atención primaria y el correspondiente desarrollo de dispensarios y programas de gran alcance.

En el Plan de Desarrollo de los Servicios de Salud emprendido por el Gobierno en el período 1983–1987 se tiene en cuenta la equidad en salud y se recurre a la estrategia de la atención primaria para aplicar su filosofía de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población. El plan pone el acento en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en particular de las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y el cáncer; el programa de salud dental; el programa de salud mental comunitaria; la atención materno-infantil, incluidos el cuidado después del parto y la atención médica, el desarrollo de la vida familiar y la planificación de la familia; el cuidado de los ancianos y la atención de la salud de los pobres. Las actuales políticas de salud están en constante revisión y el sistema de salud tiene una flexibilidad intrínseca.

En 1988 el Ministerio completó su Plan de Desarrollo de la Salud para 1988–1993. Se instrumentan medidas para mejorar la capacidad de gestión mediante una mejor administración de la información, especialmente con respecto a los servicios de atención secundaria.

El Gobierno considera que la atención primaria de salud está constituida por todos los servicios proporcionados en el primer contacto entre el consumidor y el profesional de salud, e incluye la promoción de la salud y el mantenimiento de un cuidado completo y continuo del individuo. Tanto en los policlínicos como en los centros y subcentros de salud o en los consultorios externos se brinda atención ambulatoria y primaria. En el Hospital

Queen Elizabeth, el hospital general de agudos, se proporcionan hospitalización, atención secundaria y cuidados especializados o terciarios. Barbados cumple la función de centro al que se envían para atención terciaria los pacientes de las demás islas del Caribe Oriental en campos como medicina interna, cirugía, radioterapia, oftalmología y otorrinolaringología. Dos hospitales privados también proporcionan atención secundaria y terciaria de la salud.

Los servicios que prestan los departamentos del Hospital Queen Elizabeth comprenden los clínicos, par-clínicos y ambulatorios; de enfermería; y de personal, mantenimiento, ingeniería y suministros.

El personal del Hospital está compuesto por 121 médicos (incluidos 44 especialistas), 417 enfermeras y 3 administradores. El Hospital está bien organizado para brindar capacitación médica y formación universitaria y postuniversitaria. El mejoramiento de la infraestructura física y el desarrollo institucional alcanzados en 1986–1989 fueron posibles gracias a los fondos aportados por el Banco Interamericano de Desarrollo y la cooperación técnica de la OPS/OMS.

El Cuadro 1 muestra las consultas ofrecidas en los servicios ambulatorios del Hospital Queen Elizabeth, policlínicos y otros dispensarios de atención primaria. El Cuadro 2 indica cómo se utilizaron las camas en el Hospital Queen Elizabeth durante 1985, conforme a una selección de las principales disciplinas médicas.

El policlínico es la institución fundamental para la atención primaria de salud. La red nacional de policlínicos se ha dispuesto estratégicamente para garantizar que la transferencia de pacientes para su mejor atención pueda

CUADRO 1

Consultas de pacientes ambulatorios por tipo de establecimiento, Barbados, 1985.	
Tipo de establecimiento	No.
Hospital Queen Elizabeth	
Consultorios de especialistas	88.516
Accidentados y ambulatorios en general	78.524
Diabéticos ^a	2.609
Policlínicos y centros de salud ^b	171.549
Consultorios externos de distrito y consultorios de medicina general ^c	69.177
Servicios de medicina general ^d	12.070

^aNo están incluidos en los otros rubros y fundamentalmente reciben inyecciones de insulina.

^bSe incluyen las visitas a consultorios de enfermedades venéreas, materno-infantiles, dentales y oftalmológicos y para inmunizaciones, pero se excluyen las hechas a consultorios de medicina general.

^cDispensarios y consultorios de medicina general.

^dCentro docente de la Universidad de las Indias Occidentales.

Fuente: Ministerio de Salud, Barbados.

CUADRO 2

Utilización de camas por servicio en el Hospital Queen Elizabeth, Barbados, 1985.

Rubro	Total	Medicina	Cirugía	Obstetricia	Pediatría	Ginecología	Otorrinolaringología	Ortopedia	Oftalmología	Radio-terapia	Terapia intensiva
Número de camas	530*	96	134	58	47	32	18	38	35	23	6
Admisiones	19.822	3.300	3.125	5.616	2.081	2.961	921	705	652	266	195
Duración media de la estancia	8	10	14	4	6	4	4	16	12	18	12
Porcentaje de ocupación	77	96	83	110	62	101	57	84	56	52	81
Tasa de renovación de camas	36	34	23	92	43	92	36	18	19	12	22
Cirugía mayor	4.373	—	1.286	448	—	1.065	625	507	442	—	—

*También incluye 43 camas sin asignar en el pabellón privado.
Fuente: Ministerio de Salud, Barbados.

hacerse a centros distribuidos equitativamente y de fácil acceso.

En los últimos años el gobierno construyó ocho policlínicos que proporcionan una amplia gama de servicios a la comunidad. Las poblaciones atendidas por estas nuevas instituciones son las siguientes: Maurice Byer, 23.537 habitantes; Warrens, 30.548; Black Rock, 28.294; Sir Winston Scott Memorial, 55.336; Edgar Cochrane, 32.300; Randall Phillips, 38.560; Six Cross Roads, 20.782, y Glebe, 21.033.

El desarrollo de una eficiente red de servicios policlínicos es una prioridad nacional. El pequeño tamaño del país, sus buenas carreteras y su adecuada red vial, un eficiente sistema de transporte y un mejor servicio de ambulancias han contribuido en conjunto a facilitar el acceso a los servicios de los hospitales y centros de salud.

El principal centro de derivación es el Hospital Queen Elizabeth, en Bridgetown, y desde ninguna comunidad se tarda más de una hora en llegar a él. Hasta hace poco, era la única institución oficial abierta al público después de las 4.30 p.m. y los fines de semana; sin embargo, ahora son cuatro los policlínicos ubicados en áreas clave que atienden en horario ampliado y medio día los sábados.

A menos que alguien opte por la medicina privada, la atención de salud en el sector público es gratuita.

Desde que se estableció, en 1980, el Servicio de Medicamentos de Barbados ha preparado, mantenido y actualizado un Formulario Nacional de Medicamentos que se distribuye profusamente en los servicios de salud del país entre los profesionales de salud. El Servicio de Medicamentos abastece a todos los hospitales dependientes del gobierno, los hospitales de distrito, los dispensarios externos y (por una remuneración) a la Fuerza de Defensa y las cárceles de Su Majestad. Mantiene una excepcional relación laboral con el sector privado, que es el principal responsable de la adquisición, almacenamiento y distri-

bución de medicamentos. Asimismo ha desarrollado un sistema de administración para el suministro de fármacos que resulta confiable y eficiente en función de su costo, y periódicamente publica un Boletín Informativo sobre Medicamentos que proporciona los datos técnicos actualizados que corresponden y describe las actividades del propio Servicio.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Habida cuenta de la alta densidad de la población, las playas de arena y la importante industria del turismo de Barbados, la pobre administración de su medio ambiente puede conducir a la contaminación y la degradación de la costa. Ya se observan los resultados de controles insuficientes. Sin embargo, el orgullo nacional y la disciplina del pueblo han empezado a allanar el camino para lograr mejoras tanto en el sector público como en el privado.

La isla no tiene ríos y acumula sus recursos hídricos en el subsuelo. Estudios recientes indican que el agua freática está contaminada a pesar de los controles zonales y legislativos.

Aunque la construcción del sistema de alcantarillado de Bridgetown data de principios del decenio pasado, muchos de los edificios de la capital no están conectados con él y todavía usan tanques sépticos y fosos de absorción que contaminan el agua freática. Las costas meridional y occidental, donde hay un número considerable de edificios comerciales y para turismo, carecen de alcantarillas, de modo que las aguas servidas sin purificar continúan contaminando las aguas costeras. La mayor parte de las plantas con que cuentan los hoteles para tratar sus aguas servidas no funcionan bien.

La utilización creciente de productos químicos tóxicos y peligrosos por parte de los sectores de la industria y la

agricultura y en las casas todavía no ha traído aparejado un sistema de gestión integral de esos productos, sean de fabricación nacional o importados, ni se ha establecido un sitio o instalación especiales para la eliminación de los desechos correspondientes.

En el Gobierno, varios ministerios, como los de Salud, Vivienda, Trabajo y Agricultura entre otros, comparten la responsabilidad de la gestión del medio ambiente. Sin un ente rector que coordine los esfuerzos de todos, diferentes organismos se ocupan con criterio especializado de las distintas facetas de la administración de la higiene ambiental. Un ejemplo de lo que ocurre es la actividad que cumple el Ministerio de Trabajo en cuanto a salud y seguridad en el campo laboral. Es absolutamente necesario corregir esta situación, agravada por un marco legislativo vertical, a fin de lograr que la coordinación y aplicación del programa sean más efectivas en todo el país.

Dos problemas importantes que han abordado con éxito las autoridades encargadas de los servicios públicos en Barbados son el tratamiento de los desechos sólidos y la eliminación de las aguas servidas mediante un proyecto (que cuenta con la asistencia del Banco Interamericano

de Desarrollo) encaminado a diseñar y construir sistemas de alcantarillado en las costas meridional y occidental.

Varias instituciones oficiales y algunas organizaciones no gubernamentales promueven el desarrollo de un programa de educación y concientización sobre el medio ambiente.

El programa de control de vectores está descentralizado en seis zonas. Dentro de cada una de ellas, un equipo organizado verticalmente conduce inspecciones de rutina y tratamientos focales y perifocales casa por casa. Se ha incorporado al programa de control de vectores otro pequeño programa de eliminación de los desechos sólidos, en un esfuerzo por reducir el número de posibles criaderos. El rociamiento contra vectores adultos se lleva a cabo en áreas con elevados índices de *Aedes* como procedimiento encaminado a mitigar la situación. En los últimos meses se han adoptado medidas de control físico y efectuado rociamientos para reducir la densidad de *Anopheles aquasalis* en el sur de la isla. En 1989, las comprobaciones hechas al azar por la OPS en dos zonas han mostrado índices domiciliarios de infestación por *Aedes* de 11,8% y 15,0%. Se notificó cierta actividad del dengue a fines de 1987 y principios de 1988.

BELICE

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Belice se independizó del Reino Unido en 1981. En su constitución se establece una democracia parlamentaria en la que el Gobierno del Reino Unido nombra a un Gobernador General como representante en el país. El Gobernador General nombra al Primer Ministro — jefe del partido político con una mayoría de miembros en la Cámara de Representantes— y, por consejo suyo, escoge a los Ministros de Gobierno entre los miembros de la Cámara y del Senado. El Gabinete, que está formado por el Primer Ministro y los Ministros de Gobierno, dirige la política del Gobierno de Belice y, como grupo, debe dar cuenta de sus actos a la Asamblea Nacional. Esta es una legislatura formada por dos cámaras, a saber, la Cámara de Representantes, cuyos miembros son elegidos y el Senado, cuyos miembros son nombrados. El gobierno local está constituido por un concejo municipal y cinco juntas municipales cuyos miembros son elegidos.

El país tiene una economía abierta que en 1987 experimentó un crecimiento efectivo de más del 5%. Básicamente, no existen restricciones comerciales y el tipo de cambio vigente es de \$B2,00 por \$US1,00. El déficit se redujo de 12% del PIB en 1984 a 8% en 1987, sobre todo por incrementos de las exportaciones de frutas cítricas, banano, pescado y otros productos, y el crecimiento de los sectores agrícola y manufacturero. En 1988, las remesas en moneda extranjera hechas por los beliceños residentes en el exterior ascendieron a un total de \$B31 millones. En 1987, el PIB ascendió a \$US198,35 millones y el PIB per cápita, a \$US1.132, lo que representa un incremento en comparación con la cifra de \$US1.039 registrada en 1983 (Cuadro 1).

El 60% de las exportaciones de Belice se destina a los Estados Unidos de América, y de este país proviene más del 50% de sus importaciones; 34% de sus exportaciones se destina al Reino Unido, de donde proviene 6% de sus importaciones. Las frecuentes fluctuaciones del tipo de cambio real del peso mexicano han incrementado gradualmente el volumen de importaciones de México procedentes de Belice.

A finales de diciembre de 1988, el total de la deuda externa pública ascendía a \$US120,8 millones.

En el sector salud y otros sectores, los proyectos públicos de gran envergadura se financian sobre todo con fondos provenientes de fuentes extranjeras. El sector privado hace inversiones pequeñas en actividades productivas, y el Estado cubre los costos ordinarios del capital existente y del capital social.

Aunque no se dispone de datos oficiales sobre los niveles máximos y mínimos de los indicadores económicos, hay una gran desigualdad de ingresos relacionada con la geografía, el desarrollo histórico del país y el grado de integración al mercado de algunos segmentos de la población. Algunos riesgos también amenazan a determinados grupos vulnerables, como la malaria, que afecta a los agricultores. Una encuesta de fuerza de trabajo demostró que la tasa nacional de desempleo era de 14%, un poco menos que la de 14,3% notificada en el censo de 1980. La tasa de alfabetización es de 92%; 85% de la población termina la escuela primaria.

Características demográficas

En 1988, la población del país se estimaba en cerca de 180.000 habitantes, de los cuales 52% residía en ocho centros urbanos y 28% en la ciudad de Belice (según el censo de 1980). Entre 1970 y 1983 la tasa de crecimiento medio anual de la población fue de 2,5%, y las tasas brutas de natalidad (36 por 1.000 habitantes) se han mantenido bastante estables desde 1970. En 1981 la esperanza de vida al nacer era de 71 años. La tasa de fecundidad total de la mujer se redujo de 5,8 en 1980 a 5,0 en 1988. En 1987, la tasa de mortalidad infantil fue de 21,3 por 1.000 nacidos vivos.

Según el censo de 1980, la edad mediana de la población es de 16,5 años y 45% de la población es menor de 15 años. Entre 1980 y 1987, la población de 60 y más años aumentó de 6,5 a 11%.

En el país viven ocho grupos étnicos, a saber, criollos (40%), mestizos (33%), garinagu (8%), maya mopán (7%), maya ketchi (3%) y porcentajes menores de chinos, indios y blancos. El principio de pluralismo racial y cultural forma la base de la integración nacional; Belice se ha mantenido relativamente exento de conflictos raciales.

CUADRO 1

Población, producto interno bruto y gasto público en salud, Belice, 1980-1987.

Año	Población ^a	Producto interno bruto ^b	PIB per cápita ^c	Gasto público en servicios de salud ^b	% del gasto público total en salud	Gasto público en salud como % del PIB	Gasto público en salud per cápita ^c
1982	153,4	166.056	1.082	4.413	10,5	2,7	29
1983	157,7	163.833	1.039	4.669	11,4	2,8	30
1984	162,1	168.605	1.040	4.806	9,9	2,9	30
1985	166,2	174.357	1.048	4.842	10,9	2,8	29
1986	170,4	179.665	1.054	5.114	9,2	2,8	30
1987	175,2	198.346	1.132	5.699	9,8	2,9	32

^aEn miles.^bEn millones de \$US.^cEn \$US.

Fuente: Oficina Central de Estadística, Abstract of Statistics, Belice, 1988.

No se ha hecho un recuento preciso de los refugiados residentes en el país, pero las estimaciones oscilan entre 15.000 y 40.000. Aunque no existen datos, se cree que las tasas de fecundidad de ese grupo son muy altas. El rápido crecimiento de la población del país y la inmigración desde las repúblicas vecinas se contrarrestan con la constante emigración de beliceños a los Estados Unidos de América. Las estadísticas de población sugieren que uno de cada ocho residentes ha emigrado durante los últimos 10 años.

Belice afronta el futuro con una insólita situación demográfica: rápido crecimiento pese a una continua emigración neta y una baja densidad de población constante. Esta es una situación que permite un crecimiento futuro.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Entre 1984 y 1987 la tasa de mortalidad general se redujo de 4,6 por 1.000 habitantes a 3,9. Sin embargo, las condiciones en que ocurre la mortalidad deben interpretarse con precaución a causa de posibles deficiencias en la certificación de causas de defunción y del pequeño número de defunciones de que se trata. Además, es preciso considerar las diferencias socioeconómicas en las diversas zonas geográficas.

Las principales causas de defunción indican predominio de las enfermedades crónicas en los grupos de mayor edad. Entre 1985 y 1987, las enfermedades pulmonares y del corazón, el cáncer, las enfermedades infecciosas intestinales y ciertas afecciones originadas en el período

perinatal fueron las principales causas de defunción (Cuadro 2).

Los datos existentes sugieren que los servicios de salud deberán centrarse más cuidadosamente en las necesidades de salud de los ancianos. Esto tiene graves repercusiones para el financiamiento de la atención de salud, ya que el sistema de prestación de servicios de salud se encuentra orientado hoy en día hacia la prevención y el tratamiento de afecciones agudas, sobre todo de la madre y del niño. Sin embargo, dada la estructura de la población, no se puede asignar menor importancia a la salud de estos dos últimos grupos.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Entre 1984 y 1987 la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos se redujo de 23,4 a 21,3, y la tasa de mortalidad por 10.000 niños de 1 a 4 años aumentó de 1,5 en 1984 a 2,2 en 1986. Las tres causas principales de mortalidad infantil y en la niñez siguen siendo ciertas afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias (Cuadro 3). Casi todas las defunciones infantiles ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias se deben a infecciones intestinales y la mayoría ocurre en la primera semana de vida. La mayoría de las defunciones de niños de 1 a 4 años ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias se debe a infecciones intestinales.

El sarampión, la tos ferina y el tétanos se han eliminado casi por completo como causas de mortalidad infantil (dos defunciones en 1985, una en 1986 y ninguna en 1987)

CUADRO 2									
Diez causas principales de defunción y tasas correspondientes por 1.000 habitantes, Belice, 1985-1987.									
Grupo de causas	1985			1986			1987		
	No. de orden	No.	Tasa	No. de orden	No.	Tasa	No. de orden	No.	Tasa
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	3	62	0,4	5	51	0,3	1	126	0,7
Enfermedades del aparato respiratorio	2	65	0,4	1	121	0,7	2	105	0,6
Enfermedades del corazón (393-398, 410-429)	5	55	0,3	2	82	0,5	3	83	0,5
Cáncer	1	68	0,6	6	47	0,3	4	74	0,4
Enfermedad cerebrovascular	6	49	0,3	4	63	0,4	5	44	0,2
Todos los accidentes, excluidos los de vehículos de motor	4	55	0,3	3	66	0,4	6	42	0,2
Enfermedades infecciosas intestinales	8	33	0,2	9	27	0,2	7	31	0,2
Enfermedad hipertensiva	9	30	0,2	—	...	...	8	31	0,2
Diabetes mellitus	7	39	0,2	7	44	0,3	9	23	0,1
Enfermedades del aparato digestivo	—	...	...	10	26	0,2	10	20	0,1
Enfermedades del aparato circulatorio	10	25	0,2	8	42	0,2	—	...	...

Fuente: Unidad de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

y de niños de 1 a 4 años (ninguna en el período en cuestión). El reducido número de casos notificados de difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y sarampión puede ser el resultado de actividades realizadas desde 1986 dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El uso extensivo de la terapia de rehidratación oral probablemente ha contribuido a reducir en forma significativa la tasa de mortalidad por gastroenteritis.

Salud de los adolescentes y adultos

Se ha reducido el número de defunciones por infecciones y deficiencias nutricionales y ha aumentado el ocasionado por afecciones crónicas tales como enfermedades cardiovasculares y diversas clases de cáncer. Entre 1985 y 1986, la principal causa de defunción de las mujeres

fue el cáncer del cuello uterino (40% del total). Sin embargo, estos datos deben interpretarse con precaución, ya que los programas en los que se practican exámenes de citología son inadecuados y las cifras se calculan a partir de certificados y no siempre de los informes patológicos.

Como se indica en el Cuadro 4, la morbilidad materna sigue siendo la causa de hospitalización más frecuente, excluidos los partos normales. En 1985 y 1987, las complicaciones del embarazo fueron la principal causa de hospitalización en el hospital de la ciudad de Belice. El aborto estuvo también entre las principales causas de hospitalización en todo el período.

En 1986, 70% de las mujeres que dieron a luz niños vivos recibieron atención prenatal en dispensarios públicos; 76% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud y 19%, por parteras tradicionales. En 1986 ocurrieron cuatro defunciones maternas en el país.

CUADRO 3									
Principales causas de mortalidad infantil y tasas correspondientes por 1.000 nacidos vivos, Belice, 1985-1987.									
Grupo de causas	1985			1986			1987		
	No.	Tasa	No. de orden	No.	Tasa	No. de orden	No.	Tasa	No. de orden
Todas las causas	131	12,5	—	152	24,6	—	144	21,3	—
Afecciones originadas en el período perinatal	61	10,0	1	51	8,3	1	58	8,6	1
Enfermedades del aparato respiratorio	26	4,3	2	28	4,5	2	30	4,4	2
Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	16	2,6	3	20	3,2	3	19	2,8	3
Anomalías congénitas	10	1,6	4	5	0,8	5	5	0,7	4
Deficiencias nutricionales	3	0,5	5	7	1,1	4	4	0,6	5
Otras causas	12	2,0	—	25	4,1	—	17	2,5	—
Causas mal definidas	3	0,5	—	16	2,6	—	11	1,6	—

Fuente: Unidad de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud, Belice.

Las causas más comunes de defunción materna fueron infección y hemorragia durante el embarazo y el nacimiento y toxemia. Belice no tiene ningún programa de planificación familiar a consecuencia de una decisión del Gabinete. Sin embargo, se imparte enseñanza sobre la vida de familia como parte de las actividades del programa de salud maternoinfantil.

Salud de los ancianos (65 y más años)

Existe poca información sobre el estado de salud de los ancianos. No hay servicios especializados para atender sus necesidades de salud, fuera de una pequeña enfermería donde hay cupo para unos 20 a 30 ancianos desamparados.

Problemas que afectaron a la población general

Las enfermedades transmisibles constituyen una causa importante de morbilidad en el país. Las cinco enfermedades transmisibles notificadas con mayor frecuencia en 1986 fueron malaria, gastroenteritis, gonorrea, varicela y sífilis. La incidencia de tuberculosis se redujo de 3,9 por 10.000 habitantes en 1985 a 2,4 en 1987. En 1987 se reintrodujo en el país la rabia canina, que causó la muerte de una persona en 1988.

Las enfermedades tropicales de interés en Belice son la

leptospirosis, que es endémica en el país, la enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis. No se ha notificado que la lepra sea un problema de salud pero, debido a la afluencia de refugiados de zonas endémicas de los países vecinos, podría convertirse en un factor de importancia.

La malaria es endémica. El extenso programa de erradicación realizado en los decenios de 1950 y 1960 prácticamente acabó con la enfermedad. Sin embargo, por restricciones fiscales y nuevos patrones de producción agrícola, se dejaron de realizar las actividades necesarias de seguimiento después de la campaña, lo que llevó a un marcado aumento de la incidencia de casos de 876 en 1977 a 4.595 en 1983. De 1984 a 1986 se redujo el número de casos, pero se ha mantenido en cerca de 3.000 al año.

En 1986 se notificaron cinco casos de dengue sin confirmar. En ese mismo año se notificó el primer caso de SIDA en Belice. Desde entonces se han notificado 14 casos de SIDA sintomático y 11 casos de infección por el VIH. Se desconoce la prevalencia de la enfermedad en el país. De los 25 casos identificados, tres eran prostitutas, 11 hombres homosexuales o bisexuales, uno correspondió a transmisión materna y 10 eran de causa desconocida. A partir de enero de 1988 se practican exámenes de detección del VIH en toda la sangre, con la prueba ELISA.

Se preparó una encuesta nutricional en todo el país para 1989. No se dispone de información sobre la prevalencia de las deficiencias nutricionales.

CUADRO 4									
Cinco causas principales de hospitalización en el hospital de la ciudad de Belice, excluidos el parto normal y las afecciones mal definidas, 1985-1987.									
Causa	1985			1986			1987		
	No. de orden	No.	% del total	No. de orden	No.	% del total	No. de orden	No.	% del total
Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (640-646, 647, 648, 651-676)	1	702	10.0	2	1021	6.2	1	652	4.0
Aborto (630-639)	3	412	5.8	—	599	3.6	2	600	3.7
Enfermedades de determinadas partes del aparato digestivo (530-579)	2	473	6.7	3	925	5.6	3	503	3.1
Enfermedad hipertensiva (401-405)	—	...	...	—	...	...	4	500	3.1
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (415-429)	—	...	...	1	1299	7.8	5	492	3.0
Enfermedades especificadas del aparato respiratorio (480-519)	—	272	3.8	4	876	5.3	—	394	2.4
Enfermedades de los órganos genitales femeninos (610-629)	4	368	5.2	—	516	3.1	—	392	2.4
Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	—	167	2.3	5	705	4.3	—	...	...
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)	5	294	48.2	—	...	...	—	...	...

Fuente: Unidad de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Gobierno reconoce que la salud es un derecho humano básico y un aspecto fundamental del proceso de desarrollo, y se ha comprometido a prestar servicios de salud a todos los ciudadanos por medio de la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial, como elementos clave. La política nacional de

salud está orientada por los principios de democracia, integridad, educación, participación y accesibilidad.

En el plan de salud se identifican como grupos prioritarios a las madres y los niños menores de 5 años, los grupos de bajos ingresos, los incapacitados, los ancianos y las personas que viven en zonas desatendidas. Además, la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones de alta prevalencia se consideran también como prioridades. En el plan se hace hincapié en la capacitación

de recursos humanos con los debidos conocimientos técnicos y administrativos orientados hacia las necesidades y los recursos locales, con un método integrado de atención de salud preventiva y curativa y con la capacidad de trabajar como parte de un equipo de salud. También se tiene en cuenta la necesidad de descentralizar las actividades de ejecución y administración de programas al nivel periférico por medio de los sistemas locales de salud.

En 1987, los gastos públicos por concepto de atención de salud representaron 2,9% del PIB (a precios constantes de 1984) y 9,8% del presupuesto nacional, equivalente a unos \$US32 anuales per cápita (Cuadro 1). En 1987, la distribución porcentual del presupuesto de acuerdo con los campos programáticos fue la siguiente: administración central, 12,6%; atención primaria de salud, 21,6%; hospitales de distrito, 19,4%; hospitales nacionales, 29,7%; suministros, 12,5%, y asignación a la Facultad de Enfermería de Belice, 4,2%.

Los servicios públicos de salud son prácticamente gratuitos, incluso el suministro de productos farmacéuticos, y son financiados con las rentas del Gobierno Central. El plan de seguridad social iniciado en 1981 cubre solo los gastos de atención por enfermedades ocupacionales o accidentes.

Una red nacional de 31 dispensarios de salud y cinco hospitales de primer nivel forman la infraestructura básica para fines de atención primaria de salud. El hospital de Belmopán es la única institución pública de atención médica de casos agudos de nivel secundario en el país. Como centro de referencia, recibe pacientes de todos los demás hospitales de distrito. En 1986, 68,5% de las defunciones nosocomiales ocurrieron en aquel hospital. En el país hay 422 camas de hospital (una por cada 427 habitantes) y un centro de salud por cada 5.819 habitantes. La distribución de camas y centros por habitante varía en cada distrito. Existen dos dispensarios de atención de salud dirigidos por grupos privados de distintas denominaciones y tres dispensarios privados administrados con fines de lucro.

Aproximadamente 88,6% de la población está cubierta por los servicios prestados por los centros de salud, 56,1%

CUADRO 5

Número de trabajadores de salud diplomados en ocupaciones seleccionadas y razón por 10.000 habitantes, Belice, 1980 y 1985-1987.

Ocupación	1980	1985	1986	1987
Médicos	55	78	77	85
Razón	3,8	4,7	4,5	4,8
Dentistas	8	12	12	12
Razón	0,6	0,7	0,7	0,7
Enfermeras	179	229	229	230
Razón	12,3	13,8	13,4	13,1
Opticos*	3	4	4	5
Químicos/Farmacéuticos	1	17	17	7
Parteras	...	164	164	175

*Incluye oftalmólogos.

Fuente: Oficina Central de Estadística, Abstract of Statistics, 1988.

tiene acceso directo y 32,5% se atiende por medio de visitas periódicas en unidades móviles, según un horario previamente determinado. De las personas que tienen acceso directo a los servicios, 92,1% residen en el sector urbano de las capitales de distrito o de otras ciudades de importancia. Según las cifras del Ministerio de Salud, 8,9% de los habitantes del sector rural tiene acceso directo a centros de salud, 3% acceso intermitente y 24%, no tiene ninguno.

La disponibilidad de profesionales de salud es un gran obstáculo para el desarrollo de programas de salud. En el Cuadro 5 se presenta el número de trabajadores de salud diplomados en ocupaciones seleccionadas, incluso en el ejercicio privado. Aproximadamente 50% de los médicos y 30% de los dentistas trabajaban en el Ministerio de Salud en 1987, cifras inferiores a las de 58 y 40% registradas, respectivamente, en 1984. Todas las enfermeras son empleadas por el Estado, pero su número no aumentó en los últimos años, pese a la formación anual de alumnas por parte de la facultad de enfermería.

BERMUDA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Bermuda es miembro de la Mancomunidad Británica y tiene un sistema parlamentario de gobierno. El gabinete, constituido por 11 miembros, es nombrado por el Primer Ministro; la Legislatura está formada por un Senado de 11 miembros nombrados por el Gobernador y una Cámara Baja con 40 miembros elegidos. El idioma oficial es el inglés.

El país carece casi por completo de recursos naturales y todas las fuentes de energía se importan. La economía se basa en el turismo y las actividades de empresas internacionales. Alrededor de un tercio de la fuerza de trabajo se dedica a actividades relacionadas con ventas al por mayor y al por menor, comercio, restaurantes y hoteles. Otro tercio presta servicios comunitarios, sociales y personales. La tasa de desempleo es insignificante. La economía creció aproximadamente 8% en 1987-1988 y el producto interno bruto (PIB) aumentó a cerca de \$US1.300 millones. El ingreso per cápita es de alrededor de \$US22.000. La inflación se estima en un 6% anual.

La educación es gratuita en las escuelas públicas y obligatoria hasta los 16 años. En 1989 había 10.195 niños matriculados en escuelas primarias y secundarias públicas y privadas. La tasa de alfabetismo se eleva a 97%. Básicamente, hay una sola comunidad sin ningún subgrupo cultural.

En general, la vivienda es apropiada, aunque hay cierta escasez de varias clases de unidades residenciales. Los caminos son buenos y existe un buen sistema de transporte público (en autobús, taxi y transbordador). Es elevado el número de automóviles de propiedad particular, si bien el Gobierno lo restringe a uno por familia. Hay una amplia red de teléfonos públicos y privados y se ha establecido un complejo sistema de telecomunicaciones internacionales.

Características demográficas

En 1988 la población se estimaba en 58.620 habitantes: 20% es menor de 15 años, 9,5% tiene 65 años o más y alrededor de 57%, más de 21. El crecimiento anual de

la población es de cerca de 1%; en 1988 la tasa de natalidad fue de 15,9 por 1.000 habitantes. La densidad de población es de 2.840 habitantes por km².

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

La tasa bruta de mortalidad fue de 7,5 por 1.000 habitantes en 1988. La esperanza de vida al nacer se estima en 73 años.

En el Cuadro 1 se presentan las principales causas de defunción en 1983. Las enfermedades cardiovasculares representan más de 50% de las defunciones.

Los patrones de mortalidad y morbilidad se han mantenido iguales en los últimos años. Los accidentes de tráfico se han reducido mucho como resultado de una campaña contra la conducción en estado de embriaguez, las medidas tomadas por la policía contra el exceso de velocidad y las cuantiosas multas impuestas a los infractores. El alcoholismo es la causa más común de ingresos al hospital, seguido de las infecciones respiratorias y los accidentes.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La tasa de mortalidad infantil en 1988 fue de 3,2 por 1.000 nacidos vivos; 93,2% de los niños pesan más de 2.500 gramos al nacer. Cerca de 90% de los niños menores de 5 años y de 5 a 15 años tienen un peso aceptable para su edad. En este último grupo se observan algunos casos de obesidad. Se han comenzado a instituir programas de nutrición y educación para la salud en las escuelas primarias y secundarias.

La incidencia de enfermedades inmunoprevenibles es baja. La de parotiditis y sarampión se ha reducido mucho después de la introducción de la vacuna triple contra las enfermedades citadas y la rubéola. En 1988 la cobertura

CUADRO 1

Principales causas de defunción y tasas por 1.000 habitantes, Bermuda, 1983.		
Causa	Defunciones	Tasa
Enfermedades cardiovasculares	210	3,6
Cáncer	85	1,5
Enfermedades respiratorias	22	0,4
Accidentes y violencias	33	0,6

de los niños menores de 1 año con las vacunas contra la poliomielitis, la difteria y la tos ferina fue de 85% y con la antituberculosa, de solo 6%.

Hay programas de atención dental preventiva para lactantes y niños pequeños, en los que se ofrece tratamiento con fluoruro.

En 1988, más de 95% de los niños recién nacidos recibieron atención desde el momento de nacer al menos hasta el primer año de vida.

Salud de los adolescentes y adultos

Los accidentes son un problema importante de salud pública con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad, y el alcoholismo y el uso indebido de drogas son también problemas de salud pública. Lo mismo ocurre con el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Al 31 de diciembre de 1988, el número acumulativo de casos de SIDA notificado era de 100 y el de defunciones relacionadas, de 78.

En 1988 se prestó atención prenatal a 95% de las mujeres embarazadas. Todos los partos fueron atendidos en instituciones o por personal adiestrado y 95% de las madres recibieron atención puerperal. La cobertura de inmunización contra el tétanos en las embarazadas fue de 99% en 1988.

Problemas que afectaron a la población general

Los huracanes, que ocurren normalmente de mayo a noviembre, son los únicos desastres naturales previstos. En septiembre de 1987 el huracán Emily causó graves daños a edificaciones y el servicio de suministro de electricidad quedó interrumpido en toda la isla. La Organización de Medidas de Emergencia respondió en forma efectiva y el trabajo de recuperación se inició de inmediato. La obesidad es un problema de salud pública. La toxoplasmosis es una zoonosis de importancia nacional.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la política nacional de salud se hace hincapié en la salud maternoinfantil, la salud de los niños de edad escolar, la atención de los ancianos en la comunidad, la salud dental, el control de las enfermedades transmisibles, incluso la prevención y el control del SIDA, la salud mental y el uso indebido del alcohol y de las drogas. Los grupos escogidos para efectos de atención especial incluyen las madres y los lactantes, los niños de edad preescolar y los ancianos.

La principal responsabilidad del Ministerio de Salud y Servicios Sociales es la salud y el bienestar de todos los residentes de Bermuda. El trabajo de los Departamentos de Salud, Servicios Sociales y Prisiones del Ministerio está coordinado y controlado por medio de la sede de este. Cada departamento se encarga de determinar lo relativo a su propio funcionamiento bajo la autoridad del Secretario Permanente y la orientación del Médico Jefe, el Director de Servicios Sociales o el Comisario de Prisiones.

Un Comité Mixto de Planificación Ministerial examina los principales gastos en programas de salud pública y servicios sociales, prisiones y hospitales. El proceso de preparación de presupuestos se ha descentralizado para que los administradores de programas participen en forma más activa. No existe ninguna entidad de planificación central.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales tiene a su cargo el trabajo de planificación, programación, preparación de presupuestos y evaluación en materia de salud. También se encarga de formular la política general de la Junta de Hospitales de Bermuda, un órgano establecido por la Ley y formado por siete miembros nombrados por el Ministro para administrar el Hospital King Edward VII Memorial (general) y el Hospital St. Brendan (psiquiátrico).

Por lo general, el Ministro tiene entre sus funciones la administración de los dispensarios de salud pública, la vigilancia general de la administración de alimentos y medicamentos de la isla, la atención general de salud en las instituciones penales y los departamentos de policía, los exámenes de salud regulares en las escuelas y los jardines de infancia, la inspección de la salud ambiental, las campañas educativas y preventivas y los informes al público, los programas de inmunización, los servicios de cuarentena y la reorganización del sistema de bienestar social.

El Departamento de Salud Pública se encarga de los servicios de salud pública, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Los diversos programas de los servicios de salud pública se administran por medio de las secciones siguientes: servicios de salud personal, ser-

vicios de salud dental, servicios de salud ambiental y el laboratorio de salud pública. Los escolares reciben tratamiento gratuito y las personas mayores de 65 años reciben subsidios de 75 a 100% de los costos hospitalarios. La capacidad instalada incluye 234 camas en habitaciones privadas y semiprivadas y pabellones públicos y 90 camas geriátricas y de rehabilitación en el Hospital King Edward VII Memorial. Hay 166 camas en el Hospital St. Brendan, que ofrece atención y tratamiento para las personas con trastornos y discapacidades mentales. La razón de camas por 1.000 habitantes era de 3,9 en 1988; ese año hubo 12,6 egresos por 1.000 habitantes.

El sector privado, que reviste gran importancia, incluye médicos generales y servicios de hospital. El país tiene un seguro obligatorio de hospitalización; 50% de su costo es sufragado por los empleadores.

Los servicios de salud mental son prestados por psiquiatras, psicólogos, un trabajador social especializado en psiquiatría y trabajadores en bienestar mental adscritos al Hospital St. Brendan, el único hospital psiquiátrico de la isla. El complejo hospitalario se está renovando y ampliando.

La atención de salud está muy al alcance de los usuarios y es de fácil acceso. Por lo general, el envío de pacientes se realiza por conducto de los médicos particulares en ejercicio para cuyos pacientes se reserva un determinado número de camas en el hospital general de la isla. Se han establecido vínculos para la prestación de atención terciaria en los Estados Unidos de América, el Reino Unido y el Canadá.

Se han creado comités para coordinar actividades y mejorar la administración de los servicios de salud y se han logrado algunas mejoras en el proceso de evaluación. La máxima prioridad en materia de información de salud es la vigilancia epidemiológica.

En 1988 la razón de recursos humanos por 10.000 habitantes era de 11,3 médicos, 4,8 dentistas y 77,6 enfermeras.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Toda la población dispone de abastecimiento de agua potable en su domicilio y de servicios higiénicos de evacuación de excreta. Todos los proyectos de construcción deben ceñirse a la legislación en materia de edificación, particularmente en lo que se refiere a las instalaciones de tubería, la evacuación de aguas servidas y el abastecimiento de agua.

El departamento de obras públicas se encarga de la recolección y evacuación de desechos sólidos. Se emplean incineradores y está en marcha el proceso de saneamiento de zonas cenagosas y la adopción de medidas para la construcción de rellenos sanitarios.

Existe una profunda preocupación por la contaminación de las playas con derrames de petróleo y de las fuentes de agua subterránea con plaguicidas y por las emisiones de los automóviles y aviones.

BOLIVIA

CONTEXTO GENERAL

Situación económica, política y social

Con el descenso de los precios a nivel internacional, la economía de Bolivia, que se basa en la producción de materias primas cuya exportación depende del mercado externo, ha mantenido una tasa negativa de crecimiento cada año desde 1981 y el país ha tenido que hacer frente a la peor crisis económica de su historia. Según el informe del Banco Mundial de 1988, el PIB per cápita en 1987 era de \$US580 y había venido disminuyendo desde 1985, aunque en 1987 su descenso fue menor que en los años anteriores. Esto fue el resultado de una relativa recuperación económica (2,15%) que no fue suficiente para superar al crecimiento de la población. El proceso inflacionario, que en 1986 alcanzó 276%, descendió en 1987 al 14,6% y llegó al 16% en 1988.

La deuda externa del país (según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) aumentó en \$US643 millones entre 1985 y 1988 (de \$US3.287 a \$US3.930). La crisis económica y las medidas de reactivación que se tomaron han afectado a las clases sociales más bajas. Aumentó el porcentaje de trabajadores no asalariados, al suspenderse la industria minera. Los sectores agropecuarios y extractivos, tanto minero como petrolero, tuvieron un proceso de declinación de 1985 a 1987, contrario a los sectores de la industria manufacturera, los servicios y el comercio, que se han ido incrementando. La tasa de desempleo ha ido en ascenso y alcanzó en el mismo período valores de 18,0%, 20,0% y 21,5%, respectivamente. En los últimos años ha aumentado la participación de las mujeres en el empleo: en 1986 había un 30% más de mujeres ocupadas que en 1976, mientras que en el grupo de hombres el incremento fue apenas de 1,2%.

El analfabetismo afecta a grandes sectores de la población: el índice para las personas de 15 años y más que en 1983 era de 66,1% en todo el país, en 1987 era de 60% (52,2% para los hombres y 67,8% para las mujeres). La marginación escolar de los menores de 15 años en el área urbana era de 52% en los hombres y 42% en las mujeres, y en el área rural de 63 y 67%, respectivamente.

Según el censo de 1976, el 76% de las viviendas no tenían más de un dormitorio. En 1985 el número pro-

medio de personas por vivienda en la ciudad de La Paz era de 4,09 y el de cuartos 2,7, para una relación de 1,5 personas por cuarto. El déficit a nivel nacional se estima en 650.000 unidades representando el 65% del total requerido y comprende las no existentes y la gran parte existente que necesita ser mejorada. Se estima que en las áreas urbanas el déficit habitacional alcanza a 220.000 viviendas (56% del total urbano) y que el déficit de la vivienda rural alcanza aproximadamente a 430.000 unidades (70% del total rural). Se considera que alrededor del 90% de las viviendas rurales no cumplen con las condiciones mínimas de habitabilidad y ocasionan a sus ocupantes serios problemas de saneamiento y hacinamiento.

La consolidación del sistema democrático se encuentra actualmente amenazada por la crisis económica, la que condujo al Gobierno a aplicar una política económica que, aunque logró estabilizar algunas variables económicas, ha tenido también subproductos sociales y económicos de claro deterioro: baja de los ingresos reales, desocupación, reducción del gasto público en salud y educación.

Características demográficas

En los Cuadros 1 y 2 se presentan estimaciones de población correspondientes al período 1980-1990. La población estimada para 1985 era de 6.371.000, de los cuales 49,3% eran hombres y 50,7 mujeres. La tasa anual de crecimiento es alta y se estima que los valores van en aumento: 2,69% en 1980-1985 y 2,76% en 1985-1990. La composición por grupos de edad para 1985 y 1990 presenta una alta proporción de niños y pocos ancianos: los menores de 15 años representan el 43,8% aproximadamente y los mayores de 60 años solo el 5,2% de la población.

La urbanización sigue en aumento: existe un claro proceso de migración del campo a la ciudad. Al comenzar la década del 80 solamente tres ciudades tenían una población de más de 200.000 habitantes: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, y al final de la misma, la población de los seis centros urbanos mayores (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Sucre, Oruro y Potosí) alcanza el 33% de la población total del país. El resto de las áreas urbanas presenta alguna de estas características: por lo menos la mitad de la población trabaja en la agricultura o en actividades afines a ella, por lo menos la mitad de la eco-

CUADRO 1

Estimaciones de población, Bolivia, 1985 y 1990.		
Indicador	1985	1990
Población total (miles)	6.371	7.314
Hombres	3.138	3.605
Mujeres	3.232	3.709
Razón de masculinidad (%)	97,1	97,2
Población urbana (miles)	3.046	3.759
Porcentaje del total	47,8	51,4
Población rural (miles)	3.325	3.554
Población 0-4 años (%)	17,4	17,3
Población 5-14 años (%)	26,4	26,6
Población 60 y + años (%)	5,2	5,2
Población 65 y + años (%)	3,2	3,2
Mujeres de 15-49 años (%)	23,2	23,2
Edad mediana (años)	18,0	17,9
Razón de dependencia (%)		
Total	88,5	89,1
0-14 años	82,5	83,0
65 y + años	6,0	6,1

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects 1988*. Nueva York, 1989.

nomía local proviene de la agricultura o de actividades relacionadas con ella. Uno de los grandes problemas demográficos de Bolivia es su ruralidad y la dispersión de la población.

La tasa global de fecundidad (Cuadro 2) en 1980-1985 era de 6,25 hijos por mujer y la tasa bruta de reproducción es de 3 hijos por mujer. La alta mortalidad, en especial en los primeros años de vida, hace disminuir el valor anterior a 2,3 hijos que llegan a los 15 años, por mujer (tasa neta de reproducción). La tasa global de fecundidad difiere en las áreas urbana y rural (4,84 y 7,41 en 1985). Según el censo de 1976, las mayores tasas globales de fecundidad se concentraban en las áreas rurales de los llanos (8,8), Altiplano (7,7) y los valles (7,8) mientras que en las áreas urbanas de esas regiones ecológicas era de 5,17. Dicha tasa es mucho mayor en los estratos sociales con bajos ingresos (7,5) que en los estratos medios y altos (4,4). La alta natalidad predominó entre los grupos quechua y aymará. Se encontró que había relación entre el analfabetismo y la natalidad: entre las mujeres con nueve años de escolaridad la tasa global de fecundidad era de 3,1, mientras que entre las analfabetas era de 8,0. La fecundidad era mayor en las mujeres que no tenían participación económica laboral.

Para el período 1985-1990 se estima en 53,1 años la esperanza de vida al nacer. La tasa bruta de mortalidad,

CUADRO 2**Indicadores demográficos seleccionados, Bolivia, 1980-1985 y 1985-1990.**

Indicador	1980-1985	1985-1990
Incremento medio anual de la población (miles)	160	189
Media anual de nacimientos (miles)	263	293
Media anual de defunciones (miles)	95	97
Tasa media anual de crecimiento (%)	2,69	2,76
Urbano	4,21	4,21
Rural	1,38	1,34
Tasa bruta de natalidad ^a	44,0	42,8
Tasa bruta de mortalidad ^a	15,9	14,1
Tasa global de fecundidad ^b	6,25	6,06
Tasa bruta de reproducción ^b	3,05	2,95
Tasa neta de reproducción ^b	2,29	2,32
Tasa de mortalidad infantil ^c	124	110
Esperanza de vida al nacer (años)	50,7	53,1
Hombres	48,6	50,9
Mujeres	53,0	55,4

^aTasa por 1 000 habitantes.

^bPor mujer.

^cPor 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects 1988*. Nueva York, 1989.

que en 1985 se estimaba en 15,9 por 1.000 habitantes, y la tasa bruta de natalidad, que era superior a 40 por 1.000 habitantes presentan dos consecuencias significativas: el 44% de la población es menor de 15 años, y hay una gran relación de dependencia, puesto que por cada 100 personas de 15 a 64 años se estima que habrá 89 dependientes (menores de 15 años y mayores de 65 años) en 1990.

La tasa de mortalidad materna en 1980 era de 48 por 10.000 nacidos vivos. La mortalidad infantil es elevada y la tasa para 1980-1985 se estimó en 124 por 1.000 nacidos vivos y en 110 para 1985-1990, aunque algunos informes señalan cifras más elevadas y se plantea que en las zonas rurales la tasa puede llegar a ser el doble de la mencionada. El censo de 1976 y encuestas posteriores han mostrado diferencias regionales de la mortalidad infantil según estratos socioeconómicos. Estas variaciones regionales fluctúan de 164,2 por 1.000 nacidos vivos en Potosí a 85,7 en Tarija (censo de 1976).

Los cambios en el desarrollo socioeconómico del país, la crisis económica y la búsqueda de empleo y de un mejoramiento de las condiciones de vida han desencadenado fuertes movimientos migratorios en los últimos años. El flujo migratorio se estima que ha crecido de 30.000 durante 1950-1955 a 400.000 en 1980-1985. Los principales flujos migratorios se producen hacia el extranjero (se estima que 675.000 bolivianos viven en los países vecinos, fundamentalmente Argentina y Brasil); del Altiplano y los valles hacia los llanos, y de las áreas rurales hacia las urbanas. Ello ha hecho que crezcan "cinturones" de barrios urbano-marginales que rodean las principales ciudades del país. Además se producen movimientos estacionales en busca de empleo. Aproximadamente 36.000 trabajadores agrícolas se trasladan anualmente del Altiplano y los valles hacia los llanos en épocas de zafra azucarera o de algodón. Algunos miles más marchan a la Argentina a trabajar en las plantaciones de caña de azúcar.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Esencialmente se registran casos de enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales asociadas con la pobreza, el medio ambiente insalubre y las condiciones de vida inadecuadas. Los últimos años en que se codificó la mortalidad según causa fueron 1980 y 1981. Para esos años, la estimación oficial del Instituto Nacional de Estadística daba una cobertura de la mortalidad registrada

del 30% (o sea 70% de subregistro). En los años posteriores la cobertura ha disminuido y en la actualidad solo se tabulan la edad, el sexo y el departamento en que ocurrió la muerte. Por lo tanto, los datos de la mortalidad registrada deben ser utilizados con cautela; de ahí que solo se presente aquí la mortalidad proporcional por edad y causas en esos años. No es posible obtener las tasas específicas por edad y por causa, ya que no se dispone de los denominadores.

En 1980-1981, el 25,1% de las defunciones ocurrió en menores de 1 año, el 15,4% en el grupo de 1 a 4 años, 3,3% en el grupo de 5 a 14, 17,4% en el de 15 a 44, 16,4% en el de 45 a 64 y el 22,4% en el grupo de 65 años y más. Esa estructura se calculó a partir de las 55.025 muertes registradas en ambos años. De acuerdo con las estimaciones de las Naciones Unidas (Cuadro 2) el subregistro en mortalidad infantil sería del 79%; es decir que se registra 1 de cada 5 muertes de niños menores de 1 año. Según esa estimación, el porcentaje de muertes de menores de 1 año sería 34,3% del total, en vez de 25,1% obtenido en base a la mortalidad registrada.

La mortalidad proporcional por causas para 1980-1981 se presenta en el Cuadro 3.

Las defunciones por causas mal definidas representaron el 15,7% del total de la mortalidad registrada, revelando problemas de calidad en la certificación de la causa de muerte. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, las deficiencias nutricionales, las anemias, las enfermedades respiratorias y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio representan el 41% del total de muertes registradas. Teniendo en cuenta que esas causas están asociadas con los grupos postergados y en especial con la niñez y que la cobertura de la atención del parto es del orden del 30% del total de nacimientos, y dada la distorsión ocasionada por el subregistro, es factible que el porcentaje real correspondiente a esas causas sea superior al 50% de la mortalidad. Es importante destacar que solo dos causas, las infecciones intestinales (diarreas) y la neumonía, representan el 21% del total de la mortalidad. Las muertes por causas externas de traumatismos y envenenamientos representan aproximadamente el 10%.

Los datos del censo (1976) y de la Consultora Boliviana de Reproducción Humana (COBREH) (1983-1984) sobre mortalidad infantil indican que la distribución por ciudades es bastante dispar y que es más elevada en el área rural o en las localidades pequeñas (Cuadro 4). La mortalidad infantil es mayor en el Altiplano, los valles y las montañas, y es menor tanto en las regiones tropicales de los llanos, como en las ciudades o poblaciones urbanas más importantes. Otras diferencias encontradas se relacionan con el nivel de instrucción de la madre, el grado de urbanización de los poblados, los estratos socioeconómicos, la calidad de la vivienda y el idioma hablado por la madre.

CUADRO 3	
Estructura porcentual de la mortalidad registrada según causas, Bolivia, 1980-1981.	
Causa de defunción	% ^a
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	23,9
Infecciosas intestinales (001-009)	10,6
Tuberculosis (010-018)	4,8
Inmunoprevenibles (tos ferina, poliomielitis, difteria, fiebre amarilla, sarampión, tétanos)	4,7
Angina estreptocócica, escarlatina y erisipela (034, 035)	1,6
Septicemia (038)	0,9
Tifus epidémico transmitido por piojos (080)	0,3
Paludismo (084)	0,3
Tripanosomiasis (086)	0,4
Tumores (140-239)	4,0
Estómago (151)	0,4
Hígado (155)	0,3
Tráquea, bronquios, pulmón (162)	0,2
Mama, útero y cuello de útero (174, 179, 180, 182)	0,6
Próstata (185)	0,1
Leucemia (204-208)	0,2
Diabetes (250)	0,5
Deficiencias nutricionales (260-269)	0,1
Anemias (280-285)	1,2
Trastornos mentales (290-319)	1,5
Síndrome de dependencia del alcohol (303)	0,6
Enfermedades del sistema nervioso (320-359)	1,6
Meningitis (320-322)	0,7
Epilepsia (345)	0,2
Aparato circulatorio (390-459)	19,5
Enfermedad hipertensiva (401-405)	0,5
Infarto agudo del miocardio (410)	1,4
Circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (415-429)	12,4
Cerebrovasculares (430-438)	2,9
Aterosclerosis (440)	0,8
Aparato respiratorio (460-519)	14,0
Laringitis y traqueitis agudas (464)	0,5
Bronquitis y bronquiolitis agudas (466)	0,5
Neumonía (480-486)	10,1
Influenza (487)	0,7
Bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma (490-493)	0,9
Aparato digestivo (excluida cavidad bucal) (530-579)	8,6
Úlceras (531-533)	0,2
Obstrucción intestinal sin mención de hernia (560)	0,9
Cirrosis (571)	1,5
Colelitiasis y colecistitis (574-575)	0,2
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (580-589)	1,6

CUADRO 3 (Cont.)

Causa de defunción	% ^a
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-676)	1,5
Aborto, hemorragia del embarazo y del parto (630-641, 666)	0,3
Parto normal (650)	1,0
Anomalías congénitas (740-759)	0,5
Afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	7,4
Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez (764-765)	1,1
Hipoxia, asfixia y otras afecciones del recién nacido o feto (768-770)	3,8
Accidentes, efectos adversos y violencia (E800-E999)	9,8
Accidentes de vehículos de motor (E810-E819)	1,3
Accidentes por factores naturales y ambiente (E900-E909)	0,4
Ahogamiento y sumersión accidentales (E910)	0,5
Accidente causado por proyectil de arma de fuego (E922)	0,5
Suicidio (E950-E959)	0,2
Homicidios (E960-E969)	0,4
Lesiones que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989)	4,3
Otras causas bien definidas	4,4

^aLos porcentajes se calcularon en relación con el total de defunciones por causas bien definidas.

CUADRO 4

Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en las principales ciudades, según fuente, Bolivia, 1976 y 1983-1984.

Ciudad	Censo 1976	COBREH ^a 1983-1984
La Paz	123,6	133,5
Cochabamba	105,7	147,6
Santa Cruz	95,5	135,6
Oruro	139,1	140,9
Potosí	164,2	171,3
Sucre	121,4	108,1
Trinidad	92,9	97,9
Tarja	85,7	82,4

^aConsultora Boliviana de Reproducción Humana.
Fuente: UNICEF 1987.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Estudios realizados por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en 1982 y 1983 en colaboración con la OPS/OMS establecieron que entre las primeras causas

de defunción en menores de 3 años se encontraban las infecciones intestinales y las infecciones respiratorias, que son responsables de más del 60% de las defunciones en esas edades. La importancia de la tuberculosis como segunda causa aumenta considerablemente a partir de los 24 meses de edad. La tercera causa de mortalidad la constituyen las afecciones originadas en el período perinatal, debidas a la deficiente o nula atención materna en el embarazo, parto y puerperio.

Un estudio realizado en 1987 en pacientes atendidos en el Hospital del Niño de la ciudad de La Paz, principal centro de referencia pediátrico, determinó que el 44,8% de los fallecidos en el hospital mostraban algún grado de desnutrición. La asociación entre desnutrición y mortalidad se hacía más intensa entre los pacientes con desnutrición de grado III, en quienes era 3,3 veces mayor que en los desnutridos de grado I y 4,4 veces mayor que en los no desnutridos.

La frecuencia de las enfermedades diarreicas agudas ha aumentado en los últimos años, y estas constituyen la principal causa de morbilidad y de mortalidad en los menores de 1 año y preescolares. Se estima que un niño menor de 5 años tiene entre nueve y 12 episodios diarreicos al año. Durante los últimos años, ha disminuido la incidencia de poliomielitis, tos ferina y tétanos debido a la prioridad que el Ministerio concede a la lucha contra esas enfermedades; sin embargo, el sarampión, la difteria y la tos ferina continúan teniendo una fuerte influencia

en la mortalidad de menores. En 1988 se notificaron 1.292 casos de sarampión y 588 de tos ferina. Llama la atención el incremento en los últimos años de casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, entre las notificaciones a la Dirección de Epidemiología.

La información sobre bajo peso al nacer es escasa y requiere de más investigaciones. La Unidad Sanitaria de Cochabamba informó al Servicio de Vigilancia Epidemiológica Nutricional durante dos años consecutivos una proporción cercana al 5%, predominando los niños prematuros. Por el contrario, en La Paz se han encontrado prevalencias hospitalarias que fluctúan entre 14% y 17% (Instituto Nacional de la Nutrición-INAN y UNICEF, 1987).

Existe desnutrición crónica sobre todo en las primeras edades. La prevalencia de la desnutrición infantil en el grupo de 1 a 6 años de edad se considera del 47% en el área rural y del 57% en el área urbana. La desnutrición es la causa básica asociada del 57% de las defunciones en menores de 6 años.

El hecho de que las prevalencias mayores de desnutrición se presenten en niños en edad de destete, hace pensar en la relación que podría existir con la lactancia. En 1982 el INAN realizó una investigación en tres áreas urbanas con el fin de establecer la influencia de los procesos de urbanización en el amamantamiento. El tiempo promedio de amamantamiento que se encontró en La Paz fue de 11,5 meses; en Sucre, 10,3 meses y en Trinidad, 9,3 meses. Las mujeres de estratos medios y altos son las que menos tiempo amamantan a sus hijos; en los estratos bajos el tiempo de lactancia es de 8,6 meses y en los altos es de 5,5 meses. El nivel de instrucción es otro factor con el que se encontraron diferencias notables. Las madres analfabetas o las que únicamente han sido alfabetizadas amamantan a sus hijos 12,4 meses y las que han alcanzado una instrucción superior, 5,2 meses en promedio. En una investigación publicada por UNICEF (1986) en La Paz, se estableció que en general el tiempo promedio que las madres amamantan a sus hijos era de 11,1 meses.

El problema nutricional más grave es la desnutrición proteicoenergética según lo comprobó el INAN en 1981. Tomando como punto de corte la talla para la edad y dos desviaciones estándar, se encontró que el 40,1% de los niños menores de 5 años sufría retardo en el crecimiento. Con el peso/talla, por el contrario, las prevalencias fueron bajas (0,6%). La relación peso/edad tomando los puntos de corte establecidos por Gómez se presentaba deficitaria en el 46,5% de los niños estudiados. Una investigación realizada en 1985 en áreas deprimidas (Provincia Avaroa de Oruro; Linares y Saavedra de Potosí; Boeto y Tomina de Chuquisaca) encontró que los niños menores de 2 años presentaban talla baja, por debajo de 2 desviaciones estándar, en un 39,9%, y que aumentaba a 64,3% en los niños de 2 a 4 años.

La causa principal de la desnutrición proteicoenergética es el bajo consumo de alimentos. La FAO ha calculado (1985) que la disponibilidad o "consumo aparente" en 1984 era de 2.088 calorías cuando el requerimiento per cápita es de 2.232. En general las encuestas realizadas dan una adecuación calórica media del 80%. Un estudio en cinco estratos socioeconómicos diferentes de la ciudad de La Paz encontró una adecuación del 67%, cercana a la encontrada en otro estudio en Inquisivi (1987), que fue del 76%. El resultado más notable es el encontrado en zonas rurales deprimidas de Oruro, Potosí y Chuquisaca, donde la adecuación fue de 58% (UNICEF, 1984).

El Primer Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Curso Básico realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional mostró también elevadas prevalencias de desnutrición crónica entre los niños de 6 y 9 años, y notables diferencias entre las prevalencias de las principales ciudades. El porcentaje de niños por debajo de 2 desviaciones estándar son: 30,9% en La Paz; 41,2% en Potosí; 25,3% en Oruro; 28,1% en Chuquisaca; 18,9% en Tarija; 13% en Trinidad; 17,6% en Cobija; 25,1% en Cochabamba. No se dispone de datos de la ciudad de Santa Cruz, pero se puede estimar que sus prevalencias se encuentran entre las de Cochabamba y Trinidad. Aun cuando el problema nutricional más grave es el de la desnutrición crónica, la desnutrición aguda es también un problema, especialmente en las regiones pobres. Con relación al peso/talla, una de las investigaciones mencionadas encontró que entre los menores de 2 años el 4,4% estaba por debajo de 2 desviaciones estándar y entre los de 2 a 4 años el 3,3%. La desnutrición es más frecuente en el Altiplano que en los valles y los llanos; y en cada una de estas regiones las áreas rurales son más afectadas que las urbanas. Por edades la desnutrición proteicoenergética es mayor entre los 12 y los 23 meses, incrementándose desde los 6 meses de edad.

Salud de los adolescentes y adultos

La tuberculosis y la silicosis constituyen flagelos en la población adulta. En 1983, según estadísticas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, la tuberculosis pulmonar constituyó la primera causa de muerte en hospitales. Se supone que se producen 15.000 nuevos casos cada año. Aunque la enfermedad está difundida en todo el territorio nacional, se concentra sobre todo en las zonas mineras y en los llanos orientales. Su aumento está favorecido por la pobreza y las corrientes migratorias internas. En Los Yungas, que es zona de migración, se ha calculado que su prevalencia es de 1,3% (1988). Entre 1970 y 1976 la incidencia de la tuberculosis era de 222 por 100.000. La silicosis es un serio problema de salud en las zonas mineras; se estima que se producen unos 12.000 casos cada año.

Otra importante causa de enfermedad, invalidez y muerte entre los adultos trabajadores son los accidentes. En 1982 el 12% de los mineros sufrieron accidentes, en comparación con 1% de otros trabajadores industriales.

Las tasas de mortalidad materna expresan la gravedad de los problemas de salud y de los riesgos que afectan a la mujer en edad fértil en Bolivia. Las principales causas de muerte están relacionadas con complicaciones del embarazo y el parto, tales como toxemias, hemorragias y abortos. La existencia de un intervalo intergenésico corto agrava aún más la situación.

Problemas que afectaron a la población general

Las 10 enfermedades infecciosas más notificadas en 1985 son, en orden de frecuencia: enfermedades respiratorias agudas, diarreas agudas, malaria, escabiosis, tuberculosis, blenorragia, varicela, sífilis, parotiditis y fiebre tifoidea. Durante ese año se notificaron 104.983 casos de enfermedades transmisibles de las que el 63% fueron enfermedades respiratorias y diarreicas agudas. La cifra seguramente está subestimada por las dificultades de acceso que tiene la población a los servicios de salud en áreas rurales y urbano marginales y por deficiencias en los sistemas de información en salud.

La malaria ha incrementado su frecuencia en los últimos años, sobre todo en la región nororiental del país. Se notificaron 9.774 casos en 1981 y 16.388 en 1984. En 1987 se detectaron 24.891 muestras positivas entre 115.512 exámenes de gota gruesa y 1.800 casos en Santa Cruz, la tercera ciudad del país. En los últimos seis años las tasas de incidencia parasitaria aumentaron de 1,7 por 1.000 en 1981 a 3,7 por 1.000 en 1987. El programa tiene serias dificultades por el incremento de casos por *P. falciparum* y la resistencia de este a la cloroquina; la disminución de la vulnerabilidad de los vectores a las dosis usuales de DDT y su gran difusión, y la falta de recursos.

La fiebre amarilla es endémica en algunas zonas selváticas y ha sido detectada en Beni, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. Mantiene tendencias estacionarias. Se notificaron 54 casos en 1985, 30 en 1986, 23 en 1987 y 12 en 1988.

La peste es endémica y tiene carácter migratorio. Se conocen tres focos importantes en Tarija, Santa Cruz (Vallegrande) y La Paz (Franz Tamayo). Después de muchos años de presentarse casos únicamente en La Paz, en 1987 se reactivó el foco de Vallegrande, que era considerado como extinguido. En 1986, sin embargo, apareció un nuevo foco en Ilumaya (Chulumani), Departamento de La Paz, que produjo 17 defunciones. Un brote epidémico importante de dengue se presentó en forma abrupta en la región de Santa Cruz en 1987, afectando

a 72.530 personas. El dengue fue la enfermedad transmisible con mayor notificación de casos en ese año; en 1988 se registraron 4.867 casos.

La enfermedad de Chagas continúa siendo un problema en Santa Cruz y Chuquisaca. La zona endémica chagásica cubre el 60% del territorio, donde se encuentra el 45% de la población. El índice de infestación domiciliar en estos lugares puede sobrepasar el 70% (Centro de Estudios Nacionales de Enfermedades Tropicales, CENETROP) y entre 1979-1983 se consideraba que el 26% de las casas en Bolivia estaban infestadas de triatoma. Los triatominos más frecuentes son el *T. cruzi* y el *R. sordida*. En una encuesta nacional realizada por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (1980-1983) se estimó que del 30 al 45% de la población en riesgo podría estar infectada. En el 15,6% de esta población se encontró miocardiopatía chagásica, diagnosticada a partir de trastornos electrocardiográficos.

En los últimos años no se han notificado casos de fiebre hemorrágica boliviana; sin embargo, su roedor reservorio ha sido detectado lejos de su foco inicial, en Casarave, a 50 km de Trinidad, ciudad capital del Departamento del Beni. El número de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea ha seguido aumentando y además se han registrado casos de leishmaniasis visceral entre los pobladores rurales y trabajadores agrícolas de los llanos.

En La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Tarija continúan notificándose casos de rabia en el hombre. Los datos de los últimos años sobre rabia humana dan las siguientes cifras: 7 casos en 1985, 9 en 1986, 15 en 1987 y 17 en 1988. En estos años hubo un incremento tanto de rabia humana como canina. En 1988 se registraron 2.276 casos de rabia en perros.

El bocio endémico afecta entre el 60 y el 65% de la población (INAN 1981 y Ministerio 1983). Su distribución por departamentos es la siguiente: Chuquisaca 74,7%, Santa Cruz 63,7%, Potosí 63,2%, Beni 62,9%, La Paz 61,4%, Cochabamba 59,5%, Tarija 55,3%, Oruro 54,0%, y Pando 42,9%.

Las anemias ferropénicas son otro problema de salud importante. En un estudio realizado en 1978 en una muestra de 2.036 mujeres de 15 a 49 años de la ciudad de Santa Cruz se encontró que 35,7% se encontraba con menos de 11 g/dl de hemoglobina. En 1977 el CENETROP encontró que el 15% de los niños albergados en orfanatos sufrían de anemia.

En una investigación en mujeres embarazadas y en niños menores de 5 años realizada en 1982 por la Universidad Mayor de San Simón y el INAN, se encontró que el 16,2% de las mujeres y 18,5% de los niños estaban anémicos. Las mujeres presentaron mayores prevalencias en los llanos (23,3%) y los niños en los valles (26%). Aparentemente, la población del Altiplano presenta menores índices de anemia. Sin embargo, es importante

tener en cuenta la relación que existe entre la cantidad de glóbulos rojos según la altura, así como la falta de criterios homogéneos para el diagnóstico de anemias.

No hay consenso en cuanto a reconocer que la avitaminosis A es un problema importante de salud pública en el país. En estudios realizados en 1985 y 1987 se encontraron tasas elevadas en zonas deprimidas del área rural y en Inquisivi (3,8 y 1,1%, respectivamente) que llevan a pensar que el problema es grave. Sin embargo, la xerosis conjuntival, la cicatrización corneal y las manchas de Bitot, casi no se encontraron. Por otro lado, los resultados de encuestas y de las pruebas serológicas refuerzan la creencia de que el problema existe.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sector salud en Bolivia comprende tres subsectores con sus correspondientes instituciones: público, seguridad social y privado. El subsector público, que está conformado por la red de instituciones del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, tiene la responsabilidad según la Constitución de mejorar la salud del pueblo boliviano mediante la formulación, dirección y ejecución de la política nacional de salud. La política de salud ha estado dirigida a mejorar la salud de tres grupos prioritarios: menores de 1 año y escolares, embarazadas y trabajadores (principalmente en comunidades mineras).

A través del fortalecimiento institucional y de la participación popular se han perseguido los siguientes objetivos: a) mejorar la cobertura de la atención prenatal y posnatal; b) implantar la atención gratuita para el parto institucional y proteger a la madre contra el tétanos; c) extender la cobertura de las inmunizaciones en el grupo de 0-5 años; d) establecer unidades de rehidratación oral en todas las áreas de salud; e) mejorar el estado nutricional con atención preferencial a la embarazada y a los niños de edad preescolar y escolar; f) fortalecer los programas de vigilancia y control de la tuberculosis y el bocio endémico; g) reducir la incidencia de enfermedades tropicales, fundamentalmente la malaria y la enfermedad de Chagas; h) mejorar la salud oral de la población, y i) responder a las necesidades de salud de los trabajadores, fundamentalmente los de la industria minera.

El subsector de la seguridad social, a pesar de ser parte de la estructura general del Ministerio, se ocupa principalmente de considerar y definir las normas de la seguridad social relativas a enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte, así como a las

asignaciones familiares. La población beneficiaria de sus prestaciones de salud corresponde al 20% de la población del país (1987). En el rubro de las prestaciones sanitarias, la seguridad social desarrolla acciones fundamentalmente curativas y rehabilitadoras, con escasas labores de promoción y prevención.

Aproximadamente el 10% de la población utiliza servicios de atención de salud privados. Dentro de este subsector han adquirido creciente importancia las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que pertenecen a diferentes grupos: de caridad, asociaciones profesionales, religiosas, cooperativas, y otros con financiamiento nacional y extranjero. La mayoría de estas organizaciones tiene objetivos de salud específicos, poblaciones delimitadas y programas pequeños. Las instituciones con fines de lucro solo están al alcance de los estratos medios y altos de la sociedad, los cuales representan aproximadamente el 2% de la población.

La utilización de la medicina tradicional en las poblaciones rurales y urbanas es un legado de las culturas ancestrales quechua, aymará y guaraní, propias de algunos grupos de la población. A la fecha, la medicina tradicional representa el recurso sanitario de mayor alcance entre la población.

En 1958 los servicios de salud se regionalizaron administrativamente y, por razones de accesibilidad, se conformaron 11 unidades sanitarias que, en general, corresponden a la división político-administrativa del país (aunque se establecieron dos unidades sanitarias adicionales que dividen a los departamentos del Beni, Pando y Potosí). El desarrollo del sistema nacional de salud regionalizado ha sido muy precario, ya que la red de servicios públicos para la protección y el restablecimiento de la salud de la población no solo ha sido insuficiente para las necesidades de salud de los habitantes sino que además está desigualmente distribuida por el territorio del país. En 1983, el Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAAS), utilizando la estrategia de atención primaria, comenzó a darle un contenido más concreto a la regionalización. En aquel entonces, surgieron las áreas de salud como unidades mínimas de servicio territorial responsables por la prestación de atención médica integral a una población definida. A partir de 1986 se iniciaron trabajos que, en un plan a mediano plazo, permitirían desarrollar los servicios de salud en base a una estrategia de descentralización institucional mediante el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (distritos de salud).

La voluntad política de transformar los servicios de salud e influir en la situación de salud ha tropezado con obstáculos tales como: excesiva centralización de la toma de decisiones; escaso financiamiento público para las acciones del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; debilidad del aparato técnico-administrativo del Ministerio; bajo poder de resolución de las instituciones pú-

blicas; deficiente articulación entre los diferentes niveles del sistema público de atención; distribución desbalanceada de los recursos humanos, materiales y financieros, a nivel regional y urbano-rural; duplicidad de recursos y acciones entre las instituciones del Ministerio, de la seguridad social y de las organizaciones no gubernamentales para enfrentar problemas de salud en poblaciones concretas; dificultades económicas, culturales y geográficas para el acceso a los servicios, particularmente en zonas urbano-marginales y rurales, y baja remuneración y deficiente formación y capacitación del personal en las instituciones públicas.

Por lo menos el 30% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud. Los cambios de la estructura laboral resultantes de la crisis económica y de las medidas de ajuste adoptadas pueden haber reducido aún más el acceso a los servicios de salud, sobre todo al disminuir el volumen de población beneficiaria de los seguros laborales.

Capacidad instalada y producción de servicios

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública presta atención ambulatoria mediante una red de instituciones conformadas por los centros de salud-hospital (con camas llamadas de tránsito), centros de salud urbanos (sin camas) y centros de salud rurales, que a su vez se subdividen en puestos médicos y puestos sanitarios, según los recursos de salud con que cuentan. También se presta atención ambulatoria en la consulta externa de los hospitales públicos y sus salas de emergencia.

Según informaciones de 1988, el Ministerio cuenta con una red constituida por 30 hospitales de alta complejidad e institutos y 120 centros de salud-hospital, que en algunos casos constituyen hospitales distritales.

El número de consultas fue de menos de una por habitante en 1984 (4.071.178 consultas para 6.429.226 personas), cifras que incluyen las consultas de las diferentes cajas de seguridad social. El número de establecimientos para la atención ambulatoria del Ministerio ha experimentado un notable crecimiento en la última década, ya que en 1975 existían 178, mientras que en 1984 la cifra se elevó a 1.132 (161 centros de salud y 971 postas médicas) y en 1988 a 1.200 (120 centros de salud-hospital, 250 puestos médicos, y 830 puestos sanitarios). El 58% de los establecimientos de salud se encuentran en los departamentos de La Paz, Oruro, Cochabamba y Santa Cruz, el 32% en Chuquisaca, Potosí y Tarija, y el 10% en Beni y Pando.

El Ministerio dispone de 7.422 camas (60% del total de camas) y teóricamente debe atender al 70% de la población del país; 3.089 (41,6%) camas pertenecen a cen-

tros de salud-hospital y son consideradas camas de "tránsito", de un primer nivel de atención. No existe un sistema adecuado de referencia a otro nivel. La distribución de camas en las distintas unidades sanitarias en 1988 era: La Paz 1.814, Santa Cruz 1.882, Cochabamba 667, Tupiza 215, Pando 135, Riberalta 91, Oruro 391, Potosí 318, Chuquisaca 1.114, Tarija 411 y Beni 384, con un total de 7.422.

El índice de ocupación de las camas en 1983 era de 44,7%, y son varios los factores que explican este dato, entre ellos, la falta de articulación con la red de servicios del nivel primario, el mal estado de las instalaciones (el 70% de ellas se encuentran en condiciones precarias y dependen de una tecnología obsoleta) y aspectos económicos que limitan el acceso. La estructura de camas por especialidades representa un problema adicional, ya que la misma no responde a los perfiles epidemiológicos regionales y locales.

Las instituciones de la seguridad social se agrupan bajo el Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS), ente descentralizado del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública cuyos servicios son eminentemente urbanos (90%), y de carácter curativo y rehabilitador. Los servicios se prestan a la población trabajadora asegurada, y se ofrecen a través de sus propias instituciones y de contratos con el subsector privado. La atención ambulatoria se ofrece por medio de las consultas externas de los hospitales de las diferentes cajas y los dispensarios de este subsector. La red de servicios de la seguridad social está compuesta por 37 hospitales (en general en mejores condiciones físicas y mejor equipados que los del Ministerio) y 59 policlínicas. El total de camas de la seguridad social es de 2.800. En el Cuadro 5 puede verse el indicador de camas por población asegurada.

El índice de ocupación de camas es del 60% aproximadamente (mayor que en el del Ministerio). Este subsistema ha logrado escasa coordinación interna bajo la rectoría del IBSS y casi ninguna con las instituciones del Ministerio.

Las informaciones sobre el subsector privado son escasas, pero se considera que hay en el país unas 77 clínicas privadas que concentran 1.546 camas. Existen además consultorios con fines diagnósticos y terapéuticos cuyo número se desconoce. Las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro han venido aumentando su importancia en la atención primaria de salud, sobre todo en las áreas periurbanas de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. En 1983 se calculaba que había unas 300 y que cerca del 40% están localizadas en La Paz.

Tecnología de los servicios de salud

A pesar de que Bolivia no tiene una importante industria farmacéutica con producción nacional, hay em-

CUADRO 5

Población asegurada, camas y razón de camas por 1.000 asegurados por las instituciones de la seguridad social, por departamento, Bolivia, 1987.

Departamento	Población asegurada	Camas	Razón
Total	1.256.401	2.800	2,2
La Paz	500.306	985	2,0
Cochabamba	167.970	370	2,2
Oruro	159.152	235	2,1
Potosí	115.392	263	2,2
Tupiza	19.310	77	4,0
Chuquisaca	40.190	173	4,3
Santa Cruz	185.931	456	2,4
Tarija	33.734	81	2,4
Beni	18.289	52	2,8
Riberalta	11.577	6	0,5
Pando	4.550	2	0,4

Fuente: Instituto Boliviano de Seguridad Social, 1987.

presas que reenvasan medicamentos y los ofrecen al mercado nacional. En la actualidad existen en el mercado aproximadamente 8.000 productos farmacéuticos. Es sensible la falta de laboratorios de control de calidad de los medicamentos.

Aunque se ha tratado de organizar un subsistema de suministros médicos e insumos críticos, los medicamentos no han estado al alcance de gran parte de la población, principalmente en el área rural. Entre los factores que han hecho fracasar estos intentos se encuentran la inexistencia de una política de medicamentos claramente definida, poca capacidad operativa de la red de servicios, bajo nivel adquisitivo de la población con mayores riesgos y necesidades, multiplicidad de medicamentos de dudosa eficacia, y costo elevado de los medicamentos.

Una problemática similar a la de los medicamentos se produce con la tecnología médica de diagnóstico y terapéutica, ya que no existe una política explícitamente definida para la selección, adquisición, utilización y mantenimiento de equipos médicos. La multiplicidad de tipos y marcas dificulta el mantenimiento, conservación y reparación de dichos equipos.

Financiamiento de los servicios de salud

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es financiado por el Tesoro General de la República (gasto público), por donaciones y créditos procedentes de la ayuda exterior y por la contribución de los usuarios de

los servicios, cuyos aportes representan aproximadamente 57%, 30% y 13%, respectivamente. En 1986, sin embargo, el 31% de los gastos del Ministerio provino del Tesoro y las donaciones y créditos tuvieron un peso importante. En 1977 los gastos públicos para salud eran el 8% de todos los gastos públicos. En ese mismo año, los gastos de salud combinados de la seguridad social y del Ministerio constituían el 2,3% del PIB. No existe mucha información acerca del financiamiento de otros sectores diferentes al Ministerio y aun en este último los datos disponibles solo permiten un análisis superficial.

La crisis económica ha tenido su impacto en el gasto público en salud, el cual, como proporción del total de gastos públicos, aumentó de 3,1% en 1983 a 3,5% en 1986. La ayuda externa ha desempeñado un papel importante en la ejecución de los programas de salud del Ministerio. En 1985, \$US7,8 millones provenientes de organizaciones bilaterales y multilaterales fueron encaminados a salud y se calcula que en 1988 esta cifra aumentó a \$US10,8 millones. Cerca del 94% en el período 1982-1986 se dedicó a gastos de operación y entre el 70 y el 80% de dichos gastos correspondieron al pago de salarios del personal institucional.

El financiamiento de la red de servicios de la seguridad social procede de dos fuentes: el trabajador y el empleador. Las contribuciones del Estado se limitan a los regímenes de vejez, invalidez y muerte. Entre las diferentes cajas de la seguridad social existen distintos esquemas de prestación y beneficios y fuentes de financiamiento. Últimamente, debido a la crisis económica, al desempleo y a las evasiones e ineficiencias, los fondos de la seguridad social han ido deteriorándose. En 1987 se aprobó una ley de asignaciones familiares para beneficios (en bienes y dinero) a la embarazada, que cubre el parto y al niño en su primer año de vida.

No se dispone de datos acerca de las finanzas y los gastos de las organizaciones no gubernamentales, las cuales tienen múltiples vías de financiamiento, tales como donaciones directas del extranjero y nacionales, cobros al usuario, ventas de medicamentos subsidiados, y la utilización de trabajadores remunerados por el Ministerio. Sin embargo, se estima que el monto que estas organizaciones destinaron a salud iguala o supera el aporte del Tesoro en materia de salud pública.

Recursos humanos

La problemática de los recursos humanos para la salud en Bolivia se caracteriza por insuficiente número de profesionales y técnicos de salud, desigual distribución geográfica del personal de salud, inadecuada formación de este personal y baja remuneración, sobre todo en el subsector público.

De la información existente la más confiable es la del Inventario de Recursos Humanos realizado en 1983 por el Ministerio con la colaboración de la OPS/OMS. Según esta fuente, en 1981 el Ministerio tenía 8.705 funcionarios: 2.307 (26,5%) eran profesionales, 281 (3,2%) técnicos, 3.093 (35,7%) auxiliares, 989 (11,3%) administrativos y 2.035 (23,3%) personal de servicios. En la categoría "profesional", que incluye a todos los funcionarios del Ministerio con título universitario, 1.183 eran médicos, 186 odontólogos y 594 enfermeros graduados. Según el inventario mencionado, el 20,5% de los médicos, odontólogos y bioquímicos en áreas urbanas trabaja a tiempo completo y el 4,8% tiene dedicación exclusiva. Informaciones de 1985 no publicadas y sujetas a verificación elevan a 1.730 el número de médicos del Ministerio, a 891 el de enfermeras y reducen el de odontólogos a 119.

Con respecto a los técnicos del Ministerio, en 1981 había un total de 281: 147 técnicos de saneamiento, 46 de rayos X y 88 de laboratorios. Las auxiliares de enfermería del Ministerio, personal de vital importancia en los servicios de salud, eran 2.296. Otras informaciones estiman que en 1987 había 2.715 auxiliares de enfermería y 470 técnicos.

En La Paz, Cochabamba y Santa Cruz (incluido el personal del nivel central) se encuentra más del 64% del personal de salud. Además, en estas tres unidades sanitarias el 76% del personal se concentra en zonas urbanas. Los datos preliminares del inventario de 1987 apuntan en el mismo sentido (Cuadro 6). Aunque no se dispone de datos acerca del subsector privado ni de la seguridad social, puede inferirse que allí sucede lo mismo, ya que tanto el primero como el segundo se concentran fundamentalmente en las áreas urbanas del país.

Debido a deficiencias en la formación del personal de salud, este está mejor preparado para el trabajo de tipo curativo en el hospital que para tareas de promoción, preventivas y educativas. Esta situación contradice las estrategias y políticas del Ministerio, que han puesto énfasis en el desarrollo de los servicios basados en la atención primaria de salud. En estas deficiencias influyen factores tales como deficiencias curriculares, posibilidades de inserción en el mercado de trabajo, configuración actual de la red de servicios, deficiencias en la educación permanente, y migración del servicio público al privado.

La baja remuneración de los funcionarios del subsector público causa la migración de profesionales y técnicos calificados hacia otros subsectores. Los salarios en el Ministerio están por debajo de otros sectores públicos.

La oferta de recursos humanos creció en el período 1976-1984, con tasas de crecimiento anual de 16,1% para todo tipo de personal, 12,5% para los médicos, 22,3% para los paramédicos, 11,5% para el personal administrativo y 14,5% para el de servicios. A partir de 1984, con el Plan de Acciones Integradas en Salud se inició un fuerte movimiento de capacitación del personal de las áreas de salud mediante cursos de orientación en medicina social, los cuales pretendían ampliar los horizontes técnicos de los médicos de área y salvar los vacíos de su formación académica para el trabajo en la atención primaria de salud. Estos esfuerzos se continuaron a partir de 1985 con el Programa de Áreas de Salud (PAS).

También se inició la capacitación de responsables populares de salud que, elegidos por la comunidad, desempeñan una función importante junto con la auxiliar de enfermería para la extensión de la cobertura y la atención básica a comunidades aisladas. El Ministerio espera que en 1989 se cuente con 10.000 a 15.000 comités populares

CUADRO 6					
Distribución del personal de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, según área urbana o rural, Bolivia, 1987. ^a					
Tipo de personal	Total	Urbano		Rural	
		No.	%	No.	%
Total	11.028	6.685	60,7	4.343	39,3
Médicos	1.730	1.194	69,0	536	31,0
Enfermeras	891	625	70,2	266	29,8
Odontólogos	206	87	42,3	119	57,7
Auxiliar de enfermería	2.715	1.357	50,0	1.358	50,0
Técnicos	470	322	68,6	148	31,4
Administración y servicios	5.016	3.100	61,8	1.916	38,2

^aDatos preliminares sujetos a revisión.

Fuente: Inventario de Recursos Humanos. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. 1988.

de salud (integrados por responsables populares de salud). Ello conllevará una gran actividad capacitadora de este recurso humano.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Aunque durante el período 1985–1988 hubo un reajuste de metas y objetivos en el Plan Nacional de Saneamiento Básico (PLANASBA), únicamente el 43% de la población cuenta con un sistema de abastecimiento de agua y solo cerca del 30% recibe agua potable. De la población urbana y rural, el 67% y 12%, respectivamente, reciben agua por tubería dentro de la vivienda (38% del total del país), y el 6% y 5%, respectivamente, tienen acceso a agua por tubería (6%). En 1976 el porcentaje de la población total del país con agua por tubería dentro de la vivienda o acceso a esta se estimó en 39% comparada con 43% en 1988; en lo que respecta al abastecimiento de agua en la población rural en 1976 se estimó en 9%, y en 1988 en 17%.

Solo el 23,8% de la población tiene algún servicio para la disposición de excretas y según la estimación de la Secretaría Técnica del PLANASBA, la cobertura en el servicio de alcantarillado y saneamiento en 1988 era la siguiente: con alcantarillado el 22% de la población urbana y 0% de la rural (12% del total del país), con tanque séptico el 7% y 0% (4% del total), con letrina el 4% y 10% (7%), y sin ningún servicio 67% y 90% (77%). Esto indica que 2.230.430 habitantes urbanos no tienen servicio de alcantarillado, y 3.010.000 habitantes rurales no tienen facilidades para la disposición sanitaria de excretas. La cobertura total estimada de los servicios en 1976 fue de 22%, y en 1988, de 23%.

Solo tres ciudades cuentan con instalaciones de tratamiento de aguas residuales y por ello varias cuencas de ríos importantes presentan un grado elevado de contaminación, con el agravante de que sus aguas son utilizadas para riego de verduras.

Las condiciones deficientes del saneamiento básico, la falta de centrales de acopio y de mercados higiénicos y el poco desarrollo de la industria y de la tecnología, hacen que el riesgo de contaminación y deterioro de los alimentos sea grande. No hay vigilancia ni control eficientes en fuentes de producción, manipulación, almacenamiento, transporte y distribución al consumidor.

En lo que a salud de los trabajadores se refiere, la mayoría de los locales de trabajo por lo general no satisfacen los requerimientos mínimos de seguridad, saneamiento básico, ambiente físico y de protección contra enfermedades profesionales.

Los principales problemas son: insuficiente coordinación entre las instituciones involucradas, planificación en saneamiento básico no sistematizada en todos los niveles, recursos financieros insuficientes, aplicación de los recursos disponibles no equilibrada ni sujeta al Plan Nacional de Saneamiento Básico, estructuras tarifarias no suficientemente realistas y adecuadas, y tecnologías aplicadas en saneamiento básico no siempre adecuadas para el país.

La asignación de fondos por parte del gobierno al sector de saneamiento ha sido una de las más reducidas frente a la apremiante necesidad de recursos para el sector productivo. Durante el período 1965–1987 el aporte externo cubrió aproximadamente el 77% de las inversiones (\$US165 millones en total; \$11 millones en 1987). La negociación y concesión de créditos blandos (plazos largos y tasas bajas de interés) hicieron posible la puesta en marcha de proyectos y planes maestros que mejoraron la cobertura de estos servicios. No obstante, el aumento de la demanda fue muy superior a la capacidad de dotación de los mismos.

Para tratar de resolver los principales problemas relacionados con el saneamiento ambiental, se pretende en el mediano plazo lograr estabilidad en la conducción de las entidades del sector; constituir empresas autónomas; promover el funcionamiento de las empresas bajo criterios de "rentabilidad"; fortalecer el sistema nacional de capacitación de recursos humanos del sector; mejorar las condiciones de coordinación y cooperación horizontal entre las instituciones del sector a nivel nacional y con las agencias de cooperación de asistencia externa a nivel internacional; mejorar las condiciones de operación y mantenimiento, rehabilitar las instalaciones existentes y fortalecer las empresas (el sistema técnico-operacional, el comercial y el financiero-administrativo); promover la participación comunitaria y la educación sanitaria; buscar la coordinación con otros programas de desarrollo de la comunidad y atención primaria de salud, para lograr una óptima participación comunitaria; utilizar adecuadamente los recursos hídricos, con base en un mejor control operacional de los sistemas, disminución de las pérdidas de agua no contabilizadas y educación sanitaria de la población, y elaborar y ejecutar planes municipales para promover mejoras en todos los aspectos del saneamiento ambiental.

BRASIL

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El período 1985–1988 constituyó una fase de transición político-institucional de gran relevancia para todo el Brasil y particularmente para el sector salud. En 1985 tomó posesión un gobierno civil, elegido por el Congreso Nacional, que puso fin al régimen militar que venía dirigiendo al país desde 1964, lo que posibilitó la recuperación de la participación ciudadana democrática en diferentes instancias de la vida nacional.

Desde un punto de vista institucional, el período fue dominado por la elaboración y promulgación de la nueva Constitución Nacional en 1988, por medio de un intenso proceso de consulta y negociación tanto en el ámbito de la sociedad civil como del parlamento. En 1986 se realizó la VIII Conferencia Nacional de Salud, con la participación activa de representaciones de un amplio espectro de intereses en la producción y consumo de bienes y servicios de salud. La Conferencia —que fue precedida por reuniones estatales y seguida por otras sobre temas específicos— sirvió para fijar la agenda política de la Reforma Sanitaria.

Después de esa fase de consulta popular, que se realizó también en diferentes sectores, el proceso se concentró en el Congreso Nacional Constituyente. En esta etapa, bajo el escrutinio y las presiones de las distintas representaciones de la sociedad civil, comisiones parlamentarias reexaminaron los temas en discusión y los organizaron en capítulos para finalmente promulgar la nueva Constitución en 1988, que si bien refleja los contrastes observados en la sociedad brasileña, plantea varios avances, sobre todo en lo que se refiere al orden social.

En el plano económico se trató de lograr un equilibrio entre la vuelta del crecimiento, el control de la inflación, la mejoría de la distribución del ingreso y la renegociación de la deuda externa (de casi \$US120.000 millones). Después de un éxito inicial con el Plan Cruzado de 1986, la situación sufrió un evidente deterioro respecto a esos aspectos, principalmente en el ámbito de la economía formal. Pese a los intentos de ajustar la política económica, la mayor parte de las metas han sido transferidas al nuevo gobierno que asumirá el poder en 1990.

Se observan grandes discrepancias entre los indicadores

económicos y sociales: los primeros colocan al país entre las 10 primeras economías del hemisferio occidental, mientras los segundos se aproximan al nivel de los países menos desarrollados. De 1967 a 1973 el crecimiento del PIB fue mayor de 10%, pero durante el período de contracción de la economía se observó en 1983 el mismo nivel que se había alcanzado en 1978. En 1988 el crecimiento de la economía fue negativo por tercera vez en el decenio, y el PIB disminuyó en un 0,3% con respecto a 1987.

Los gastos de la Unión, de los estados y municipios en servicios sociales durante 1986 alcanzaron casi \$US50.000 millones, suma que representa el 18,3% del PIB de ese año; los gastos del Gobierno Federal en el sector social durante la década de 1980 han representado cerca del 10% del PIB. El porcentaje más alto se alcanzó en 1982. En 1985 y 1986 se produjo una recuperación del 14,6 y 9%, respectivamente, de manera que el gasto social representó el 9,3% del PIB en 1986, porcentaje inferior al máximo alcanzado en 1982 (10,7%).

Según informaciones de 1984, aproximadamente 11 millones de familias (35%) vivían en la pobreza y 4,7 millones (15%) en condiciones de miseria. El promedio de distribución del ingreso familiar per cápita era de solo 0,8 salarios mínimos, situación agravada por el tamaño mayor de las familias pobres y de extrema pobreza (4,8 integrantes en promedio) que las otras (3,7 integrantes en promedio). En 1985 se estimó que unos 53 millones de brasileños (40,1%) vivían en condiciones de pobreza (Cuadro 1).

En 1984 la población económicamente activa era de 52,4 millones (de los cuales 35 millones son hombres). La población económicamente ocupada era de 50,2 millones (de los cuales 33,6 millones son hombres) y se distribuía así: 32 millones de empleados, 11,7 millones de trabajadores independientes básicamente subempleados, 4,8 millones de trabajadores no remunerados y 1,6 millones de empleadores. El 29,8% de esta población trabaja en la agricultura, el 21,7% en la industria y el 16,6% (8,3 millones) en servicios no vinculados directamente a la producción.

Según el Registro General de Empleados y Desocupados del Ministerio del Trabajo, el empleo formal urbano tuvo un crecimiento anual del 4,9% en el número de personas ocupadas en 1986 en relación con el año anterior. El valor del salario mínimo real ha venido dis-

CUADRO 1						
Distribución del ingreso familiar per cápita, Brasil, 1985.						
Ingreso familiar per cápita (en salarios mínimos)	Familias (miles)			Personas (miles)		
	No.	%	% acum.	No.	%	% acum.
Hasta 1/4 s.m. ^a	4.692	14,7	14,7	24.444	18,7	18,7
De 1/4 a 1/2 s.m.	6.374	19,9	34,6	28.728	22,0	40,7
De 1/2 a 1 s.m.	7.860	24,5	59,2	31.844	24,4	65,1
De 1 a 2 s.m.	6.462	20,2	79,4	23.872	18,3	83,4
De 2 a 3 s.m.	2.471	7,7	87,1	8.469	6,5	89,9
De 3 a 5 s.m.	2.121	6,6	93,7	7.008	5,4	95,3
De 5 a 10 s.m.	1.404	4,4	98,1	4.477	3,4	98,7
De 10 a 20 s.m.	484	1,5	99,6	1.370	1,0	99,7
Más de 20 s.m.	134	0,4	100,0	316	0,3	100,0
No declararon ingresos	214	—	—	883	—	—
Total	32.216	—	—	131.411	—	—

^aIncluye familias sin ingresos.

Fuente: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (FIBGE-PNAD/85): tabulaciones especiales.

minuyendo desde 1940 y actualmente corresponde a poco menos de la mitad del valor que tenía ese año.

En el campo de la educación, el 27,1% de la población mayor de 5 años es prácticamente analfabeta, aunque existen variaciones considerables entre las distintas regiones del país; por ejemplo en el nordeste la tasa de analfabetismo es de 47,2%, en el sudeste de 18,1 y en el sur de 18,2%.

Entre 1977 y 1984, el consumo de alimentos disminuyó en un 1,94% debido a la política económica que dio prioridad a la producción de alimentos para la exportación, agravada por la política de bajos salarios que se aplicó en el país. Los programas de alimentación y nutrición, si bien tenían como fin promover la redistribución de los ingresos, resultaron insuficientes para satisfacer las necesidades de la población necesitada y en particular para atender a los grupos más pobres. Se estima que solo un 33% de la población consume suficientes alimentos y que la gran mayoría (dos tercios) presenta algún grado de carencia nutricional.

Características demográficas

Según el censo de 1980, la población del Brasil era de 119 millones de habitantes. Se estima que en 1989 la población será de 147 millones y que en el año 2000 ascenderá a 180 millones, con una tasa de crecimiento anual de aproximadamente un 2%. En 1980 la densidad demográfica era de 14,07 habitantes por kilómetro cuadrado. El país ocupaba el sexto lugar en el mundo en cuanto a la población.

El crecimiento demográfico medio de 2,4% entre 1960 y 1970 ha venido disminuyendo en forma constante durante las últimas décadas. Hay diferencias entre las regiones en cuanto a las tasas de crecimiento demográfico, en las que influyen principalmente los movimientos migratorios de la población y la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad.

La población del país se concentra en las regiones sur, sudeste y en una parte de la región centro-oeste (zonas más industrializadas), en detrimento de otras regiones cuya economía es básicamente agrícola. En el sudeste se concentraba el 50% de la población del país en 1980. Las zonas metropolitanas de esa región, como São Paulo y Belo Horizonte, presentan tasas elevadas de crecimiento demográfico (cerca del 4,5% anual).

En la década de 1970 la población urbana sobrepasó a la rural, ascendiendo al 55,92%, y para 1980 llegó a representar el 67,59% de la población total. La población rural presentó en ese último año una tasa negativa de crecimiento (-0,5% anual) por primera vez.

La tasa de fecundidad total que se mantuvo relativamente estable durante la década de 1960 disminuyó en forma acentuada en la de 1970 en todas las regiones. De 1980 a 1984 la tendencia descendente persistió con un ritmo más veloz que el de la década anterior, pasando de 4,35 en 1980 a 3,32 hijos por mujer en 1984. A pesar de las diferencias entre el medio urbano y el rural, la tasa de fecundidad disminuyó en ambos (3,03 y 5,32 hijos por mujer, respectivamente). Los elementos que explican la disminución de la tasa de fecundidad y sus diferencias regionales ponen de relieve la importancia de las peculiaridades de la expansión de la economía con sus espe-

cificidades regionales; las características de la distribución de la riqueza en el país; la edad en que se contrae matrimonio y las pautas de industrialización, urbanización y distribución geográfica de la población; los cambios en el comportamiento reproductivo y en las estrategias de reproducción y supervivencia de la población, y el aumento del uso de métodos anticonceptivos en los sectores de bajos ingresos.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

La estructura de la mortalidad según grupos de edad y región geográfica, así como su evolución entre 1980 y 1986, se presentan en el Cuadro 2.

En todas las regiones, especialmente en el norte y nordeste, principales focos de pobreza del país, se observa una gran acumulación de defunciones en los menores de 1 año en todo el período. Asimismo, las proporciones correspondientes a los mayores de 50 años permanecen bajas, si bien de 1980 a 1986 se observa una tendencia al aumento en ese grupo.

Llama la atención en el Cuadro 3 la presencia todavía marcada del grupo "Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" (que oscilan entre el 8,9% en la región sudeste y el 45,5% en el nordeste), lo que indica en gran medida la carencia de servicios médicos.

Excluyendo ese grupo, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad. Las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen ocupando una posición importante entre las principales causas de

defunción, y en todas las regiones se encuentran entre las seis primeras causas. Entre las causas externas cabe señalar los accidentes y homicidios. Los accidentes de tránsito con vehículos de motor provocaron durante el período un aumento del 49,6% en los años de vida potencial perdidos, y los homicidios, un 51%.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La mortalidad infantil en el Brasil ha presentado tendencia a declinar aunque con variaciones extremas según las regiones del país. Así, para el período 1977-1984 se estimaba una tasa de mortalidad infantil de 116,1 por 1.000 nacidos vivos en la región del nordeste y de 39,2 por 1.000 nacidos vivos en el sur. Las tasas de mortalidad infantil de 1979 a 1986 se presentan en el Cuadro 4.

La mortalidad infantil presenta todavía un grupo de causas susceptibles de reducción o control: las enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades prevenibles por vacunación, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y anemia, y prematuridad, que son responsables de más de la mitad de las defunciones en este grupo.

En las regiones norte y nordeste, las defunciones por enfermedades infecciosas intestinales representan un tercio del total. En las regiones sur y sudeste son responsables del 8,8 y 10,4% de las defunciones, respectivamente.

La estructura de la mortalidad según causas muestra un marcado peso de las enfermedades infecciosas y parasitarias en los menores de 5 años (22,1% en menores de 1 año y 26,9% en los niños de 1 a 4 años). En el

CUADRO 2										
Mortalidad proporcional (%) según grupos de edad ^a y región geográfica, Brasil, 1980 y 1986.										
Regiones	1980					1986				
	Menores de 1	1-4	5-19	20-49	50 y +	Menores de 1	1-4	5-19	20-49	50 y +
Norte	31,7	8,1	6,5	19,3	34,4	27,1	6,5	6,6	20,6	39,2
Nordeste	34,7	7,8	4,2	14,2	39,1	23,9	5,4	4,1	16,8	49,8
Sudeste	20,4	3,2	3,6	19,7	53,1	13,1	1,9	3,7	21,8	59,5
Sur	18,2	3,4	4,3	18,0	50,1	11,7	2,0	3,8	19,0	63,5
Centro-Oeste	21,5	4,9	6,1	24,7	42,8	13,9	3,2	5,9	26,6	50,4
Total	24,2	4,6	4,1	18,2	48,9	16,4	3,1	4,0	20,3	56,2

^aSe excluyen las edades desconocidas; las proporciones no han sido ajustadas.

Fuente: Divisão Nacional de Epidemiologia/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS)/Ministério da Saúde.

CUADRO 3						
Mortalidad proporcional (%) según grupos de causas y regiones geográficas, Brasil, 1986.						
Causas principales	Brasil	Regiones				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro-Oeste
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	20,3	27,3	45,5	8,9	12,5	17,6
Causas definidas ^a	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Enfermedades del aparato circulatorio	33,3(1)	21,7(1)	27,4(1)	35,7(1)	36,8(1)	29,3(1)
Causas externas	14,7(2)	16,9(3)	15,7(2)	14,0(2)	13,9(3)	22,0(2)
Tumores malignos	11,4(3)	8,5(5)	7,8(6)	11,7(3)	15,2(2)	9,6(4)
Enfermedades del aparato respiratorio	10,3(4)	8,3(6)	9,5(5)	10,9(4)	10,4(4)	8,5(5)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7,8(5)	19,5(2)	14,3(3)	5,7(5)	5,1(6)	9,8(3)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,1(6)	11,0(4)	9,7(4)	6,4(6)	5,5(5)	7,2(6)
Otras causas	15,4	14,1	15,6	15,6	13,1	13,6

^aLos números entre paréntesis indican el número de orden entre las seis causas principales. Los porcentajes se basan en el total de defunciones por causas definidas.

Fuente: División Nacional de Epidemiología/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS)/Ministério da Saúde.

CUADRO 4					
Tasas de mortalidad infantil,* por 1.000 nacidos vivos, según regiones geográficas, Brasil, 1979-1986.					
Años	Regiones				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro-Oeste
1979	119,3	109,6	54,9	44,5	53,6
1980	183,4	101,4	49,4	39,4	46,3
1981	89,7	90,1	47,6	33,0	44,3
1982	87,1	84,4	45,8	32,3	41,1
1983	98,2	87,8	40,7	31,7	40,7
1984	95,5	87,6	44,8	33,6	37,1
1985	87,5	72,4	36,8	29,8	34,6
1986	81,7	70,7	35,8	27,4	31,0

*Estimados para el conjunto de capitales de estados.

Fuente: Becker, R.A. Brasil. Tendencias recientes de las causas de mortalidad en la niñez. Brasilia, 1989. Mimeografiado.

grupo de 5 a 19 años se observa un predominio de las causas externas, con un porcentaje superior al 50%; este grupo de causas fue responsable del 6,6% de las defunciones en los menores de 15 años.

En lo relativo a las enfermedades prevenibles por inmunización, en 1984 se adoptó el método de la multivacunación, recurriéndose a los días nacionales de

vacunación durante los cuales se aplican las vacunas anti-polio-mielítica, triple y antisarampionosa. Sin embargo, si bien se observa una cobertura de 87,6%, en la región norte apenas alcanzó a 31,7% en el mismo año. En 1988 la cobertura con vacuna anti-polio-mielítica alcanzó un 93% como resultado de las campañas nacionales de vacunación. La incidencia de casos confirmados de polio-mielitis fue de 0,1 por 100.000 habitantes. Los casos se concentran en la región nordeste.

La incidencia del tétanos disminuyó durante el período de 1982 a 1988 en las regiones sur y sudeste; en el nordeste ha permanecido invariable. En cuanto a la mortalidad por tétanos, las tasas se mantuvieron constantes de 1980 a 1986; el 70% de las defunciones se produjo en el grupo de mayores de 15 años. El tétanos neonatal presentó una tendencia decreciente más marcada en las regiones sur y sudeste.

De 1976 a 1981 la incidencia media de la difteria fue de 4 por millón de habitantes en tanto que en 1988 fue de 0,8 por millón (cifra preliminar). El 73,5% de las defunciones por esta enfermedad se concentra en el grupo de menores de 5 años.

En cuanto a la tos ferina, la incidencia también disminuyó de 1976 a 1988, y se observó igualmente una reducción de las tasas de mortalidad, en particular en el grupo de menores de 1 año, grupo de edad en el cual ocurre el 78% de las defunciones por esta causa.

El sarampión durante el mismo período mostró fluc-

tuciones en todos los estados reflejando la influencia directa de las campañas de vacunación. No se ha logrado mantener una cobertura de vacunación elevada y homogénea en los 4.000 municipios existentes. Desde 1987 se llevaron a cabo campañas de vacunación en numerosos estados del país; en consecuencia, los casos notificados han venido disminuyendo en las regiones norte, sudeste y centro-oeste, y aumentaron únicamente en la región nordeste, donde se registraron varias epidemias. En 1988 la cobertura con la vacuna antisarampionosa en la región sur fue de 87,6%, mientras que en las regiones norte y sudeste fueron de 39,1% y 58,7%, respectivamente.

En 1985, frente a la crisis que se produjo en el país en relación con la demanda de vacunas y sueros, se formuló un Programa de Autosuficiencia Nacional en Inmunobiológicos, previéndose que sus objetivos se alcanzarán en 1991. Las actividades del programa consisten en la recuperación y el fortalecimiento de las instituciones, la capacitación de recursos humanos y los estudios para desarrollar nuevas tecnologías.

Salud del adulto

La mortalidad por causas externas aumentó al 40,1% en 1986 en el grupo de 20 a 49 años (Cuadro 5), coincidiendo con un aumento en los índices de violencia y

agresión que acompaña el proceso de intensa industrialización y urbanización del país. Entre los mayores de 50 años, las enfermedades del aparato circulatorio son predominantes y producen la mitad de las defunciones de este grupo. Como resultado del proceso de transición epidemiológica que caracteriza al Brasil en los últimos años, las enfermedades crónicas han venido reemplazando a las infecciosas y parasitarias como causa de mortalidad, a pesar de que estas últimas todavía no han sido adecuadamente controladas.

Entre los tumores malignos se destacan el cáncer del aparato respiratorio y el de estómago en los hombres, y entre las mujeres el cáncer del aparato genital es la causa de un tercio de las defunciones. El cáncer de mama es más frecuente en términos relativos en las regiones sur y sudeste, siendo de menor importancia en las demás regiones.

Los datos sobre morbilidad por enfermedades crónicas son escasos, y por lo general se estiman a partir de estudios aislados. Se han observado prevalencias del 10,1 al 11,3% de la hipertensión en distintos grupos de adultos. En São Paulo se observó una prevalencia de 18,1% entre los hombres y 6,6% entre las mujeres. La diabetes ha presentado una prevalencia de 6,8% en las personas de 30 a 69 años, siendo mayor entre las mujeres.

De los estudios que se encuentran en una etapa de análisis en el país se pueden inferir algunos factores de

CUADRO 5						
Mortalidad proporcional (%) según grupos de causas ^a y grupos de edad, Brasil, 1986.						
Grupos de causas	Menores de 1	1-4	5-19	20-49	50 y +	Todas las edades
Enfermedades del aparato circulatorio	0,6 ^b	2,5 ^b	5,9(5)	22,0(2)	51,4(1)	33,3(1)
Causas externas	1,1 ^b	17,4(3)	58,5(1)	40,1(1)	5,4(4)	14,7(2)
Tumores malignos	0,2 ^b	4,7(4)	7,0(4)	9,7(3)	16,2(2)	11,4(3)
Enfermedades del aparato respiratorio	14,5(3)	25,1(2)	6,4(4)	5,5 ^b	10,3(3)	10,3(4)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	22,1(2)	26,9(1)	7,8(2)	5,9 ^b	3,5(5)	7,8(5)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45,1(1)	—	—	—	—	7,1(6)
Otras causas	16,4	23,4	14,6	16,7	13,3	15,4
Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	23,0	33,0	13,6	8,8	21,3	20,3

^aDatos preliminares. Los números entre paréntesis indican el número de orden entre las seis causas principales.

^bNo se encuentra entre las seis causas principales.

Fuente: Divisão Nacional de Epidemiologia/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS)/Ministério da Saúde.

riesgo de las enfermedades crónicas. En cuanto al hábito de fumar, se observa que los hombres lo adquieren desde jóvenes y que la intensidad del consumo varía según la edad. En los grupos de gran consumo se estima que 28,4% entre los hombres y 13,6% entre las mujeres fuman de 11 a 20 cigarrillos al día, y 8,5% entre los hombres y 20,1% entre las mujeres fuman más de 20 cigarrillos al día. El consumo per cápita de los mayores de 15 años se triplicó durante 1935 a 1985, a pesar de que las campañas contra el hábito de fumar se han intensificado.

En lo que atañe a la obesidad, es más frecuente en las mujeres (23,6%) que en los hombres (15,3%) en el grupo de 15 a 64 años.

En el año 2000, la esperanza de vida al nacer de los brasileños será de 68,5 años. La población de edad avanzada ha aumentado gradualmente, y las proyecciones indican que el grupo de mayores de 60 años se duplicará para el año 2000. Ese perfil elevará el costo médico-asistencial en todos los niveles de atención y los gastos serán mayores, dado que se necesitarán recursos específicos para la atención del aumento progresivo de la incidencia y prevalencia de dolencias crónico-degenerativas tales como hipertensión, cáncer o diabetes. Se estima que un 80% de los ancianos padece de alguna dolencia crónica de patologías múltiples.

La mortalidad y morbilidad en las mujeres permiten caracterizar la salud de este grupo humano y vienen reorientando tímidamente las actividades de los programas en los servicios de salud. En el grupo de mujeres de 15 a 49 años se produce aproximadamente el 7% de las defunciones. Las siete principales causas de defunción, por orden de importancia, son: enfermedades del aparato circulatorio (28,8%), causas externas (16,7%), tumores malignos (15,7%), enfermedades infecciosas y parasitarias (8,4%), enfermedades del aparato respiratorio (6,7%), enfermedades del aparato digestivo (6,3%) y complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (5,9%). En general, la morbilidad presenta la misma distribución por causas, observándose un aumento de la frecuencia de las cardiopatías y la hipertensión, de los accidentes y de enfermedades relacionados con actividades profesionales. Además son importantes el cáncer del cuello del útero y de la mama, las enfermedades de transmisión sexual y el aborto. No se dispone de datos precisos sobre las defunciones por aborto. Se estima que durante los últimos cinco años el 80% de los partos recibieron cobertura institucional. En 1980, la esperanza de vida al nacer para la mujer era de 63,4 años, observándose una disminución continua de la tasa de fecundidad, que pasó de 5,76% en 1970 a 3,53% en 1984. La participación de la mujer en el mercado laboral ha aumentado de 18,5% en 1970 a 36,9% en 1981. En cifras absolutas, el número de mujeres trabajadoras en 1985 era de 18,5 millones.

Problemas de salud que afectaron a la población general

La malaria se presenta en forma concentrada en la región norte del país, particularmente en el Territorio de Rondônia. Se registraron 197.000 casos en 1981, 378.000 en 1984 y 565.484 en 1988. El 50% del total proviene de Rondônia, lo que se explica por el intenso flujo migratorio, como parte del desordenado proceso de expansión de fronteras agrícolas y de explotación minera. En el área en fase de erradicación a largo plazo —que incluye los estados de Acre, Amazonas, Pará, Maranhão y Mato Grosso, los territorios de Amapá, Rondônia y Roraima, y el río Tocantins— ocurrieron 546.450 casos; 51,7% de las láminas examinadas presentaron *Plasmodium falciparum*.

En un estudio sobre resistencia de *P. falciparum* se concluyó que las 4-aminoquinoleínas siguen siendo importantes en el control de la morbilidad y de la mortalidad; la asociación quinino-tetraciclina parece ser una opción para las infecciones resistentes, y que la mefloquina mantiene el 100% de eficacia en la cura de la malaria por *P. falciparum* resistente. Se estima que seis millones de personas viven en el área de alto riesgo de infección malarica.

La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) es endémica en 18 estados y 2.222 municipios, con una población de 53 millones de personas aproximadamente. Se estima que la población infectada en las zonas rurales asciende a unos cuatro millones de personas (datos de 1980) y que, como consecuencia de los movimientos migratorios y el flujo rural-urbano, la enfermedad ha aparecido en el medio urbano. Se calcula que solamente en las ciudades de Rio de Janeiro y São Paulo hay casi medio millón de personas infectadas, lo que plantea la necesidad no solo de continuar la inversión en procedimientos tradicionales de control, sino también de tomar medidas para abordar los aspectos médico-sociales del problema y reducir el riesgo de transmisión por transfusión sanguínea.

En relación con la esquistosomiasis se está desarrollando en el país un programa para disminuir la transmisión e impedir la extensión de la enfermedad, que es endémica en una amplia faja que va desde Rio Grande do Norte a Minas Gerais, y en focos aislados en algunos estados, con excepción de Santa Catarina. Al programa de control se le atribuye la reducción de la prevalencia de la esquistosomiasis, así como la disminución de la frecuencia de las formas graves.

En cuanto a la fiebre amarilla, se ha tratado de mantener erradicada la forma urbana y de reducir los casos de la forma silvestre. Durante este decenio (hasta octubre de 1988) se produjeron 177 casos de la forma silvestre. En lo que atañe al dengue, se produjeron epidemias en siete

estados (Alagoas, Bahía, Ceará, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro y São Paulo) como consecuencia de la reintroducción del *Aedes aegypti* en 1986, año en que se notificaron 47.730 casos; en 1987 se registraron 89.394. La presencia del *Aedes aegypti* se ha observado en 11 estados del nordeste, sudeste, sur y centro-oeste, y la de *Aedes albopictus*, en los estados del sudeste del país. Existe un amplio programa de lucha contra los vectores a fin de controlar estas enfermedades.

En 1988 se registraron 24.214 casos nuevos de leishmaniasis cutaneomucosa y 834 casos nuevos de leishmaniasis visceral. En todas las unidades de la Federación se llevan a cabo actividades de control de esta endemia.

En cuanto a las zoonosis, se desconoce cuál es el panorama epidemiológico a nivel nacional. Si bien los casos de rabia humana y canina disminuyeron considerablemente en algunas zonas del país, no se puede afirmar que estén bajo control. Se registraron 107 casos humanos en 1973, 168 en 1980 y 36 en 1988, de los cuales el 61,1% provenía de la zona rural.

El aumento del número de casos de leptospirosis está directamente relacionado con las inundaciones que caracterizan el período de lluvias en las capitales brasileñas. En 1988 ocurrieron 2.005 casos, 1.613 de ellos en la ciudad de Rio de Janeiro.

El complejo equinocosis/hidatidosis ha dado pruebas de no ser un problema exclusivo de Rio Grande do Sul, ya que la ocurrencia de casos autóctonos en la región norte (Rondônia y Acre) indica que esta zoonosis ha extendido sus fronteras. Habrá que iniciar investigaciones urgentes para comprender el ciclo epidemiológico en otras regiones.

En cuanto al complejo teniasis/cisticercosis, se observa un pequeño número de casos registrados en los certificados de defunción y en los registros de hospitales (principalmente neuropsiquiátricos), pero no se conoce la situación en el país como un todo.

La meningitis meningocócica ha sufrido un aumento en el número de casos en 19 estados, detectándose epidemias en algunos municipios, especialmente en 1988. De 1976 a 1987 se produjeron en promedio 1.709 casos al año, y en 1988 los datos preliminares indican 2.541 casos. Desde 1979, el serogrupo B viene adquiriendo predominancia porcentual sobre los serogrupos A y C, que anteriormente eran más frecuentes y que causaron una gran epidemia en la década de 1970. Como medida preventiva se han aplicado vacunas de bloqueo en las epidemias por los serogrupos A y C, así como la quimioprofilaxis para los contactos de los enfermos.

Respecto al SIDA se observa una concentración de casos en la región sudeste. En los municipios de Rio de Janeiro y São Paulo se ha presentado el 58,6% de los casos. El municipio de Santos en el estado de São Paulo presenta la incidencia más alta, 456,7 por 100.000 ha-

bitantes. De los 6.421 casos registrados desde 1980 hasta el primer trimestre de 1989, la distribución según el modo de transmisión es la siguiente: 69,7% por transmisión sexual; 20% por transmisión sanguínea (11,3% usuarios de drogas), 14% por transmisión perinatal y 8,9% no definidos; 90,9% de los casos son del sexo masculino. Se han realizado amplias campañas de divulgación, especialmente de educación sexual, por parte de los órganos de información pública.

El registro activo de los casos de lepra indica la existencia de 239.328 casos al 31 de diciembre de 1987, con una prevalencia nacional de 1,7 por 1.000 habitantes. Los estados de Amazonas y Acre, que tienen una prevalencia de 11,2 y 12,9 por 1.000 habitantes, respectivamente, presentan los coeficientes más altos. La incidencia en 1987 fue de 14,2 por 1.000 habitantes, la más alta de los últimos cinco años, reafirmando su tendencia ascendente.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sector de salud en el Brasil está pasando por un importante proceso de reordenamiento político e institucional. A partir de la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986 en Brasilia, se aceleró el movimiento social hacia la reforma sanitaria como alternativa frente al sistema de salud vigente hasta ese momento. El concepto de salud como derecho de todos los ciudadanos, la creación de un Sistema Unico de Salud, descentralizado y jerarquizado, la mejor definición de las relaciones de derecho público entre el Estado y el sector privado, y la democratización de la sociedad son algunos de los principios fundamentales de la Reforma Sanitaria. La nueva Constitución consagró estos principios y sentó las bases jurídicas del Sistema Unico de Salud preconizado por la Reforma Sanitaria.

En la actualidad el sector de salud está en un nítido proceso de transición de un modelo asistencial privatista a una reorganización basada en los conceptos de equidad y justicia social. Esta transición se viene produciendo de forma gradual y todavía no se refleja en el financiamiento, puesto que se mantiene la red privada de servicios de salud como la sustentación material del mercado de servicios de salud. Sin embargo, en términos de la tendencia se puede advertir que los establecimientos privados ambulatorios crecen 2,3% al año, frente a 19,3 del sector público.

El sector privado se encuentra en un proceso de se-

paración progresiva del sector público. En 1978 el 67,1% de los establecimientos privados de salud tenían convenios con el sector público, porcentaje que se redujo a 57,8% en 1984. Se señala frecuentemente que la continua reducción de los montos que paga el sector público por la prestación de servicios es la causa principal de la falta de interés por estos convenios. En los últimos años, la naturaleza jurídica de los establecimientos privados ha sido utilizada como criterio para establecer los convenios.

El porcentaje de establecimientos filantrópicos que firman convenios ha aumentado del 69,3 a 72,9% en 1984, como consecuencia de una política selectiva y deliberada del sector público, iniciada a finales de la última década y reforzada por los convenios de las Acciones Integradas de Salud (1984), seguidas con los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (1987).

El modelo actual, cuya hegemonía todavía se hace sentir, se caracteriza por lo siguiente:

- Desigualdad de acceso a los servicios de salud e incompatibilidad entre necesidades de salud de la población y oferta de servicios. La fuerte demanda de los procesos de modernización y urbanización ha hecho que la asignación de recursos se haga en forma inadecuada, dando prioridad a procedimientos terapéuticos de costo elevado. El incremento de los recursos federales asignados a la asistencia médica hospitalaria pasó de 13% en 1950 al 85% en los comienzos de la década de 1980. Ello permitió triplicar la cobertura hospitalaria durante la década de los años 1970, sin que hubiera una correspondencia en el financiamiento de las acciones de control de las enfermedades prevenibles. Como consecuencia, grandes sectores de la población quedaron excluidos de los servicios de atención tanto individuales como colectivos. Cerca del 11% de la población urbana y 5,8% de la rural recibió asistencia hospitalaria en 1984, con un número de consultas médicas anuales por habitante de 2,24 y 0,59, respectivamente.

- Baja productividad de los recursos existentes, costos elevados y calidad insatisfactoria de los servicios; bajo poder de resolución de los servicios y dificultades de acceso a la atención médica. En la red pública se estima que existe una capacidad ociosa de alrededor del 40% (según la Secretaría de Planificación en el I Plan Nacional de Desarrollo de la Nueva República). Solo 58% de los centros de salud ofrecen visitas domiciliarias, y 20% de ellos no disponen de servicios prenatales o de atención infantil. Además se observa bajo índice de notificación de enfermedades transmisibles, así como de ejecución de acciones de saneamiento básico.

- Falta de integración y sistematización de las actividades de programación así como amplia diversidad de las formas de producción y remuneración de los servicios. Las medidas preventivas y de alcance colectivo se limitan prácticamente al sector público.

La pluralidad de modalidades asistenciales y las diversas formas de remuneración de los servicios entre el Ministerio de Previsión y Asistencia Social y otras fuentes públicas y privadas de servicios son responsables, en gran medida, por las dificultades presupuestarias del sector y por las desigualdades de acceso. Además de la insatisfacción de los usuarios, el precario nivel de organización de los servicios provoca descontento entre profesionales de la salud y entre los empresarios del sector.

En la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986) se volvió a plantear el problema de la salud y se reafirmó la importancia de comprender el proceso de salud-enfermedad en el contexto social, económico y político del país. El objetivo de la implantación de la Reforma Sanitaria es orientar las decisiones a fin de que la salud sea considerada como un resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingresos, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad, tiempo libre, acceso a la tierra y acceso a los servicios de salud. Con ese fin se propone adoptar medidas concretas en los ámbitos mencionados, para alcanzar el efecto deseado de cambio de las condiciones de salud y de vida. La reorientación del sistema conduce a un proceso que incluye no solo la reorientación de los servicios médico-hospitalarios, sino también los de atención de salud en conjunto, incorporando el enfoque epidemiológico y haciendo que los servicios de salud asuman el papel de administradores de los problemas de salud en cualquiera de sus esferas de acción. Las directrices básicas que se han venido formulando para la reorganización sectorial, basadas en el nuevo texto constitucional promulgado en 1988, son:

- Descentralización y respeto del principio federativo. El elemento básico de la organización del sistema nacional de salud pasa a ser la unidad federada (los estados), ampliándose al mismo tiempo el papel de los municipios en la gestión y ejecución de las acciones de naturaleza local.

- Integración. Esta directriz entraña la eliminación de la multiplicidad de autoridades en cada esfera del gobierno, y significa también establecer una competencia y autoridad únicas en cada nivel de gestión del sistema federal, estatal y municipal.

- Control social y participación de los distintos segmentos de la sociedad civil organizada, a fin de identificar los problemas, buscar soluciones, vigilar y evaluar los servicios prestados. Así entendida, la participación constituye un mecanismo de control social y no simplemente una cuestión de orden técnico.

- Integralidad. Las actividades en el campo de la salud deberán incluir tanto las de alcance colectivo, como las dirigidas a enfermedades endémicas, enfermedades transmisibles y saneamiento del medio ambiente, como a la asistencia médica individual y curativa.

La Reforma Sanitaria es un proceso de transformación democrática del sistema nacional de salud que se está llevando a cabo en distintos planos. El primer plano es el político-jurídico, en el cual se establecieron las leyes y reglamentaciones en que se basa el funcionamiento de todo el sistema. La constitución vigente sentó las bases jurídicas de los principios de la Reforma Sanitaria. Su Artículo 196 en el apartado sobre salud, dice: "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedad y de otros trastornos y a asegurar el acceso universal e igualitario a las medidas y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud". En otros artículos se atribuye importancia pública a las medidas y los servicios de salud, se instituye la regionalización y jerarquización de los servicios de salud a partir del Sistema Único de Salud, se prohíbe la asignación de recursos públicos para asistencia y subvenciones a instituciones privadas con fines de lucro, se prohíbe la venta de sangre y hemoderivados, y se bloquea la participación directa o indirecta de empresas o capitales extranjeros en los servicios de salud, a excepción de los casos previstos en la ley. El texto constitucional menciona además que la ley establecerá las condiciones que faciliten la remoción de órganos, tejidos y sustancias humanas para fines de trasplantes. La etapa final consiste en la consolidación de estas posiciones en materia de salud consagradas en el nuevo texto constitucional mediante la elaboración por el Poder Ejecutivo y votación del Congreso Nacional de la ley que reglamentará el funcionamiento del sistema: la ley orgánica del Sistema Único de Salud. Al mismo tiempo, en los estados funcionan asambleas constituyentes. Unos 4.000 municipios deberán formular sus leyes orgánicas municipales.

El segundo plano de la implantación de la Reforma Sanitaria es el político-administrativo, en el cual se está llevando a cabo una reorganización institucional que servirá de marco para el Sistema Único de Salud. Los cambios en este plano se aceleraron a partir de 1982 con la implantación de las Acciones Integradas de Salud, que representó, a partir del convenio de los municipios con el Ministerio de Previsión y Asistencia Social, un intento de reorientación del eje de financiamiento sectorial.

Con base en la experiencia de las Acciones Integradas de Salud y a fin de impulsar el proceso de coordinación y descentralización de la gestión interinstitucional, en 1987 se crearon en cada unidad federativa los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS). Las funciones administrativas del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Prevención Social se redujeron en todos los niveles estatales y en el nivel federal.

Con la transferencia de funciones y recursos a los estados y municipios (unos \$US4 millones en 1988), los SUDS iniciaron un proceso de descentralización efectiva

del sistema de salud e introdujeron nuevos participantes en el proceso: los gobernadores de los estados y los secretarios estatales y municipales de salud. Los esfuerzos se centran en el desarrollo institucional de las secretarías estatales y municipales de salud en el plano político-administrativo. Aunque la descentralización no abarcó en forma efectiva a los municipios, la Constitución de 1988 estableció su participación en el sistema.

Por último, el tercer plano de implantación de la Reforma Sanitaria es el político-operacional, que concentra las actividades y esfuerzos para reorganizar los servicios a nivel local a través de los Distritos Sanitarios. Estos no son estructuras con poder político-administrativo que compiten con el poder local (como los municipios) sino que, por el contrario, a partir de los municipios y del fortalecimiento de su poder político, los Distritos Sanitarios cumplirán los principios de regionalización, jerarquización y participación de la población.

Uno de los principales desafíos para la Reforma Sanitaria es concretar, en un espacio geográfico-poblacional real, las medidas y servicios de salud que reviertan en beneficio y contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población.

Capacidad instalada

En 1987 el país contaba con 5.761 hospitales, de los cuales 838 (14,5%) tenían más de 150 camas, 1.740 (30,1%) de 51 a 150 camas y 3.183 (55,2%) un máximo de 50 camas. Había en total 501.660 camas de hospital, de las cuales 376.445 corresponden al sector privado y 125.215 al sector público, distribuidas de la siguiente manera: 39% en centros asistenciales privados con fines de lucro, 36% en centros privados sin fines de lucro y 25% en centros asistenciales públicos, lo cual indica que un sector muy pequeño de la población tiene cobertura por camas de hospitales públicos.

La red de servicios de salud se compone de 30.094 establecimientos, que incluyen entidades públicas y privadas que prestan servicios a pacientes ambulatorios y hospitalizados. El total de entidades públicas (19.096) representa el 63,45%, y las privadas (10.998), el 36,55%. En la región nordeste se concentra el 40% del total de establecimientos de salud (11.788), y en la región sudeste, el 32% (9.607), aunque en esta predominan los establecimientos para pacientes ambulatorios. La tasa de camas por 1.000 habitantes presenta el índice más elevado en la región sur (3,66) y en la región norte el más bajo (1,90).

Tecnología de los servicios de salud

La Central de Medicamentos (CEME), que tiene casi 20 años de existencia, funciona de forma limitada bajo la dirección del Ministerio de Salud, y actualmente distribuye una parte de los medicamentos que figuran en la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME). La CEME cubre aproximadamente el 10% del abastecimiento de los puestos de salud y hospitales públicos. El 60% de estos medicamentos (aunque en proceso de disminución) provienen de los 16 laboratorios productores pertenecientes a diversas áreas gubernamentales, tanto de nivel federal como estatal, y el restante se adquiere mediante licitaciones en la industria privada.

Los laboratorios oficiales abastecen también directamente al sector público estatal o municipal, si bien su capacidad productiva no supera el 3,5% de la producción total de la industria localizada en el país. En compensación el Estado, en todos los niveles, es responsable de cerca del 30% de la demanda.

La RENAME incluye 378 presentaciones farmacéuticas correspondientes a 256 principios activos o fármacos, de los cuales 106 son producidos en el país. La CEME realiza esfuerzos con miras a apoyar el desarrollo de la química avanzada para la producción de materia prima, el estudio de las abundantes plantas medicinales del país y la promoción de los sistemas de elaboración de medicamentos de los laboratorios oficiales asociados a su red de producción.

Los medicamentos son producidos por un sector industrial que carece de tecnología propia e importa la mayor parte de sus insumos. Las acciones aisladas de algunos organismos, como la CEME, no han permitido la estructuración de un plan de mediano o largo plazo para el sector de la salud. No hay una verdadera coordinación con otros sectores gubernamentales encargados de los aspectos industriales, financieros y de comercio exterior, por lo cual se puede afirmar que no existe una verdadera política nacional de medicamentos.

Hay una gran cantidad de productos farmacéuticos registrados y autorizados para comercialización sobre los cuales no se ejerce una efectiva vigilancia sanitaria, tanto desde el punto de vista de su necesidad terapéutica y eficacia farmacológica como de su calidad. No existe un sistema adecuado de información sobre medicamentos que permita dar a conocer datos y experiencias a los profesionales de salud, y la educación sanitaria de los usuarios promoviendo el uso racional de los mismos. La promoción de los productos se realiza en detrimento de su utilización adecuada y de la actuación informada de los médicos.

El sector dinámico de la industria de medicamentos está controlado por firmas extranjeras; existen actual-

mente cerca de 600 empresas farmacéuticas registradas, 520 de ellas de capital nacional. No obstante, las 50 mayores, de las cuales únicamente 10 son de capital nacional, controlan cerca del 80% de la facturación del sector. En los 16 laboratorios farmacéuticos nacionales de mayor volumen se concentra el 11% de las ventas internas; se incluyen allí tres laboratorios estatales, responsables del 2,5% de la facturación total del sector. La facturación de la industria farmacéutica se sitúa en la actualidad en \$US1.600 millones aproximadamente, a pesar de un consumo per cápita bajo (\$US11,50 al año). No obstante el nivel de desarrollo de la industria farmacéutica, la oferta de medicamentos no corresponde a las necesidades de salud. Los productos comercializados, en su gran mayoría, están constituidos por composiciones inadecuadas o son inadecuados para atender las enfermedades más frecuentes. A pesar del control de precios de los medicamentos, en general estos no se hallan al alcance de la población.

El mercado de medicamentos mantenido con fondos públicos representa el 35% del mercado total. En lo referente a la producción de principios activos, la industria interna provee menos del 14% de las sustancias registradas en el país y se encuentra fuertemente concentrada en las subsidiarias de empresas extranjeras con sede en el país. La participación de las empresas nacionales en la producción de principios activos es de apenas el 22%. El valor total de la producción interna es de aproximadamente \$US230 millones; las importaciones bajo ese rubro llegaron en los últimos años a cerca de \$US350 millones (62% del consumo).

Financiamiento de los servicios de salud

Las fuentes de fondos para el gasto público en salud se pueden dividir en tres grandes categorías:

a) Recursos del presupuesto fiscal de la Unión, obtenidos de los impuestos y tasas recaudados por el Gobierno Federal, dedicados básicamente al control de enfermedades transmisibles, servicios básicos y programas de alimentación y nutrición. Se financian también servicios de atención médica y hospitalaria a cargo del Ministerio de Salud, de los ministerios militares y del gobierno del Distrito Federal, además del mantenimiento de los hospitales universitarios del Ministerio de Educación.

b) Recursos provenientes del Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS) que, a través del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS), financian los servicios médico-hospitalarios propios, contratados y por convenio de la Previsión Social.

c) Recursos provenientes de los presupuestos de los estados y municipios destinados básicamente al mantenimiento de servicios estatales y municipales.

Además, existen recursos provenientes del Fondo de Apoyo al Desarrollo Social (FAS) y del Fondo de Inversión Social (FINSOCIAL).

El Cuadro 6 muestra la distribución del gasto federal consolidado en salud, según la categoría económica del gasto, en algunos años entre 1980 y 1986. Se observa la baja tasa de inversión correspondiente a los últimos años, que ha sido siempre inferior al 3%, lo cual revela la escasa preocupación por el fortalecimiento de la red pública federal. La participación relativa de los gastos corrientes en los gastos totales también se redujo (de 86,1% en 1980 a 65% en 1986), debido a la disminución de los gastos

CUADRO 6				
Estructura del gasto federal consolidado en salud, según la naturaleza económica del gasto (%), Brasil, 1980, 1982, 1984 y 1986.				
Naturaleza del gasto	1980	1982	1984	1986
Total general	100,0	100,0	100,0	100,0
Gastos corrientes	86,1	78,9	77,4	65,2
Personal	16,4	18,3	16,3	21,7
Servicios de terceros	63,0	55,4	56,1	36,1
Otras	6,7	5,2	5,0	7,4
Transferencias corrientes	9,5	15,7	17,9	28,4
Intragubernamentales	5,5	5,4	6,2	11,3
Intergubernamentales	1,2	6,0	6,9	10,7
Otras transferencias	2,8	4,3	4,8	6,4
Inversiones	2,8	2,9	2,3	2,9
Inversiones financieras	0,2	0,1	0,0	0,0
Transferencias de capital	1,4	2,4	2,4	3,5

Fuente: Instituto de Planejamento Econômico e Social/Instituto de Planejamento/Coordenação de Saúde e Previdência Social.

en concepto de servicios de terceros (del 55% del total de gastos del INAMPS en 1982 al 41% en 1986). Se observó un aumento notable de las transferencias corrientes y de capital, como consecuencia de dar prioridad al aprovechamiento de la capacidad instalada de los servicios estatales y municipales. Teniendo en cuenta las estimaciones de los gastos estatales y municipales en salud se llega a los valores consolidados en el Cuadro 7. En ese cuadro se observa que los gastos estatales y municipales representaban alrededor del 30% del gasto público total en 1984 y 1986; su menor participación en 1987 se debió al gran aumento de los gastos federales. Si bien los gastos estimados de los estados y municipios no incluyen los gastos en salud de los municipios del interior, cuyos valores son insignificantes, sí consideran la fuerte participación de los recursos provenientes del sector de previsión social, que representan más del 50% del gasto público total (61,7% en 1987). El gasto público estimado para 1987 ascendió a Cz351.149 millones (\$US8.935 millones).

Ante la falta de datos confiables para calcular el gasto privado en salud, su magnitud puede inferirse a través de indicadores disponibles tales como la facturación de las diversas modalidades de atención médica privada, que proporciona servicios a 22.400.000 personas aproximadamente (y que ascendió a \$US1.850 millones en 1987) y el valor declarado de los gastos en salud de las personas físicas (7 millones de declarantes) a efectos del cálculo de los impuestos sobre la renta. En 1984, el valor declarado fue de Cz1.139 millones (\$US742.600.000 en dólares de 1987). Sin embargo, hasta 1987 no se incluían los gastos de los seguros de salud y otros planes de pago anticipado en las declaraciones.

Existen también los gastos privados de las personas que no están obligadas a declarar impuestos sobre la renta, así como los gastos privados en medicamentos. De todas maneras, a pesar de la insuficiencia de los datos disponibles, se puede estimar que el gasto global (público y

CUADRO 7						
Gasto público total en salud (millones de cruzados ^a), Brasil, 1984, 1986 y 1987.						
Fuentes	1984	(%)	1986	(%)	1987	(%)
Federales	5.909,0	71,6	57.433,0	67,9	269.940,0	76,9
INAMPS	4.871,3	59,0	44.144,0	52,2	216.588,0	61,7
Tesoro y otras estatales y municipales ^b	1.037,7		13.289,0		53.352,0	
	2.348,5	28,4	27.143,8	32,1	81.209,1	23,1
Presupuestos estatales y municipales	2.348,5		27.143,8	32,1	81.209,1	
Total	8.257,5	100,0	84.576,8	100,0	351.149,1	100,0

^aAl tipo de cambio vigente en 1987 \$US1 = Cz39,30.

^bGastos de los estados y municipios de las capitales. No incluye los gastos de los municipios del interior.

Fuentes: Datos médicos del INAMPS y P. Faveret, "Estimativas para construcción de un organismo de seguridad social para los estados y municipios", diciembre de 1988.

privado) en salud correspondiente a 1987 no fue inferior a los \$US11.500 millones.

Recursos humanos

A partir de la década de 1960, y especialmente en la de 1970, se observa una expansión de la oferta de servicios de salud, acompañada de un crecimiento acelerado del personal de salud. La población ocupada en servicios de salud (con o sin capacitación específica) ascendía en 1980 a 1.200.000 personas, en comparación con 560.000 en 1970 (durante el mismo período, la población económicamente activa aumentó en un 51,7% y el número de empleados en el sector terciario aumentó en un 79,1%).

En relación con la oferta de fuerza de trabajo, ha habido un aumento considerable en la formación de profesionales, en particular de nivel universitario y especialmente de médicos. Por otra parte, el uso intensivo de mano de obra no calificada y semicalificada fue otra de las características más importantes de la expansión (en 1980, 82% de los trabajadores del sector eran de nivel medio y elemental). La urbanización e industrialización, y el crecimiento consiguiente del sector terciario, así como el papel desempeñado por la seguridad social y el sector público en el contexto de la privatización de las políticas públicas y la capitalización fuertemente subvencionada del sector de la salud (por medio del ahorro de los trabajadores), figuran entre los factores que con frecuencia se señalan como determinantes de este crecimiento acelerado.

Algunas de las características de la fuerza de trabajo son: aumento de la participación de jóvenes y mujeres, aumento del grado de escolaridad, reducción del número de profesionales autónomos que prestan servicios de salud, incremento del número de trabajadores asalariados en el sector y ampliación de la jornada de trabajo, cuyo ejemplo más evidente es el "multiempleo" de los médicos.

Durante la década de 1980 el Brasil experimentó la peor recesión económica de su historia reciente (1981-1983), hecho que tuvo muy pocas repercusiones en el ritmo de empleo del sector. Entre 1981 y 1985, la PEA aumentó en un 3,8% al año, en tanto que el empleo en el sector de la salud aumentó en un 7% anual y el nivel de empleo formal en el conjunto de la economía disminuyó en más de un 6%. El crecimiento del empleo en el sector de la salud se debió sobre todo a la expansión del sector público y al incremento de los servicios para pacientes ambulatorios.

Las disparidades que caracterizan la distribución de los servicios y los profesionales de salud en las distintas regiones del país figuran claramente entre los más serios obstáculos que es necesario eliminar para llevar a cabo la Reforma Sanitaria. Los recursos humanos en salud están concentrados excesivamente en las regiones más desarro-

lladas del país y en las capitales de los estados. Por ejemplo, solo el 18% de los egresados de las facultades de medicina del país y el 14,3% de los egresados de las facultades de odontología se dirigen anualmente a la región nordeste, donde se concentra el 28,5% de la población brasileña (Cuadro 8). Al mismo tiempo, en la región sudeste, donde vive el 43,6% de la población, se concentran 60 y 65,4%, respectivamente, de los egresados de dichas especialidades.

En algunos estados del nordeste, como Piauí y Ceará, la proporción de médicos por 1.000 habitantes es de 0,55 y 0,71, respectivamente, en tanto que en Rio de Janeiro, en el sudeste, hay 3,15 médicos por 1.000 habitantes (Cuadro 9). La concentración se observa también en las capitales en comparación con los municipios del interior de los estados. En la capital del estado de Amazonas (región norte), donde vive el 46,6% de la población del estado, se encuentran alrededor del 90% de los médicos registrados en dicho estado. En Salvador, capital del estado de Bahía (nordeste), se concentra el 70,4% de los médicos y solo el 17% de la población del estado. Esa tendencia no es exclusiva de la profesión médica. Otras categorías de profesionales de salud presentan niveles aún mayores de concentración en las capitales, como ocurre con el personal de enfermería (74%) y los nutricionistas (85,4%), para citar solo algunos ejemplos.

Desde el punto de vista de la distribución institucional de los recursos humanos en salud, si se proyectan a 1988 las tasas de crecimiento registradas de 1980 a 1984, las instituciones del sector público abarcarían cerca del 62% de los empleos de profesionales de salud existentes. Otro aspecto de la mala distribución institucional de los recursos es su concentración excesiva en los niveles más centrales de la administración, ya que la red de establecimientos públicos vinculados a las esferas municipales comprende actualmente menos del 16% del total de empleos en salud existentes en el sector público, en comparación con el 46% en el caso de los gobiernos estatales y el 38% en el caso de la red federal.

En 1978 la red de establecimientos hospitalarios retenía el 82,1% del total de puestos de trabajo del sector de servicios de salud, y se estima que en 1988 el segmento hospitalario todavía concentraba más del 60% de los recursos humanos disponibles. El empleo médico, uno de los más prominentes al nivel de los establecimientos sin régimen de internación, tiene casi el 60% de su contingente en el sector hospitalario, en tanto que más del 75% de los empleos del personal de enfermería se concentran en ese sector de la prestación de servicios. Los empleos de médico representan actualmente alrededor del 72% de la demanda de empleos de profesionales de nivel superior en los servicios de salud, índice bastante elevado aun teniendo en cuenta que hace 10 años la magnitud relativa del empleo médico era todavía mayor (78% en 1976).

CUADRO 8						
Distribución porcentual de los egresados de cursos superiores por región geográfica, Brasil, 1988.						
Región	Medicina	Enfermería	Odontología	Psicología	Servicio Social	Farmacia
Norte	4,2	4,8	2,4	1,8	3,3	4,1
Nordeste	18,0	19,4	14,3	13,3	20,4	19,3
Sudeste	60,0	53,3	65,9	69,6	56,7	48,9
Sur	14,6	19,0	13,9	10,8	13,2	23,6
Centro-Oeste	3,2	3,4	3,4	4,6	6,5	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministério de Educação.

CUADRO 9				
Número de médicos y razón por 1.000 habitantes en estados seleccionados, Brasil, 1986.				
Estado	Capital		Total del Estado	
	No.	Razón	No.	Razón
Amazonas	1.107	1,37	1.254	0,72
Piauí	909	1,92	1.328	0,55
Ceará	3.357	2,12	4.164	0,71
Pernambuco	5.240	4,07	6.949	0,96
Bahía	5.026	2,79	7.135	0,67
Minas Gerais	7.183	3,40	15.896	1,09
Rio de Janeiro	30.000	5,35	40.000	3,15
São Paulo	28.822	2,86	47.383	1,60
Rio Grande do Sul	6.239	4,90	12.201	1,44
Goiás	2.235	2,42	4.154	0,94

Fuente: Consejo Federal de Medicina, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1986); Área de estudios de recursos humanos, Núcleo de Estudos em Saúde Comunitária, Universidade Federal de Minas Gerais.

Durante la década de 1970, los auxiliares de enfermería (con un nivel de escolaridad de hasta primer grado) representaban el 36% del total de empleos del sector de salud, mientras que en 1988 representaban el 24% de la demanda. Cabe destacar el crecimiento de la participación de los empleos de calificación intermedia (escolaridad correspondiente a segundo grado) durante los últimos años. La tendencia decreciente de la magnitud relativa de los auxiliares en los equipos corresponde a un aumento de la participación de los técnicos de enfermería, que entre 1976 y 1988 pasaron del 13,9 al 20,7% del total de empleos.

Algunas de las cifras presentadas indican una ampliación de la gama de profesionales de salud de nivel superior en el seno de los equipos y una mejora de la escolarización

y capacitación del personal no universitario. Sin embargo, no se debe perder de vista la cautela con que tales cambios se vienen realizando.

La falta de calificación, la baja escolaridad, la falta de reconocimiento profesional y los sueldos bajísimos del sector constituyen aún una de las cuestiones más importantes para abordar en el contexto de la Reforma Sanitaria y uno de los problemas a los cuales se dirigen las estrategias para mejorar la calidad y la capacidad de resolución de los servicios. En efecto, a principios de 1987 el 1% del personal de enfermería era analfabeto y el 60% de este personal había cursado primer grado completo, como máximo.

La heterogeneidad y disparidad de situaciones son características importantes de los "contratos" de compra y venta de fuerza de trabajo en salud, hecho que a su vez refleja directamente la gran segmentación del mercado de servicios en el sector. Hay profesionales cuyo régimen jurídico está regido por la Consolidación de las Leyes de Trabajo; otros están vinculados a los estatutos de las esferas públicas y de gobierno; otros son trabajadores autónomos y profesionales liberales; otros actúan con un sistema de acreditación o autorización específica de instituciones públicas o privadas, etc. A esa diversidad de situaciones y regímenes de trabajo corresponde, por lo general, una amplia diversidad de formas de contratación y selección, niveles salariales, jornadas de trabajo, grados de calificación técnica, responsabilidades contractuales, sistemas de seguridad social y, en general, derechos y deberes sumamente diferentes.

La discriminación en cuanto al trabajo de la mujer y de los grupos más jóvenes de la fuerza de trabajo es un indicador importante de esta situación. Por ejemplo, en 1986 los ingresos mensuales de los médicos hombres empleados eran, en promedio, un 17% más elevados que el promedio de ingresos de las mujeres empleadas en la misma profesión, según datos de la Relação Anual de Informações Sociais, del Ministerio de Trabajo. Asimismo, la diferencia del ingreso medio del personal de

enfermería empleado (categoría predominantemente femenina) era de un 20% a favor de los hombres. Otro claro indicador de esas discrepancias son los índices de concentración de ingresos en ciertos grupos profesionales según la edad. En 1985 los médicos de 50 a 60 años declararon haber percibido, en promedio, 28 salarios mínimos mensuales, en tanto que los profesionales menores de 30 años declararon haber percibido, en promedio, siete salarios mínimos mensuales.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Los diferentes grados de desarrollo y las condiciones económicas existentes en el país influyen en una tendencia hacia el crecimiento urbano que ocasiona escasez de vivienda para una población de 7 a 14 millones de habitantes, cuyo número casi se duplicará al llegar el año 2000.

En lo que respecta a la infraestructura sanitaria, en el sector urbano es: 91 millones de habitantes (88% de la población) tienen servicio directo de abastecimiento de agua; otros 7,5 millones (7%) tienen acceso a esos servicios; 43 millones (42%) disponen de servicio de alcantarillado; 48,5 millones (47%) tienen acceso a algún sistema de evacuación de desechos líquidos; y 41 millones (41%) disponen de servicios de gestión y evacuación de sólidos y basura.

Por el contrario, en el medio rural esos servicios son deficientes; lamentablemente, no se dispone de datos precisos. Se estima que 1,3 millones de habitantes (3% de la población) tienen servicios de abastecimiento público y otros 13,2 millones (34%) son atendidos por diversas fuentes. En lo que respecta a alcantarillado, cerca de 0,3 millones de habitantes (1%) tienen conexiones a los sistemas públicos de alcantarillado y 2,1 millones (5%) disponen de algún sistema de evacuación de excretas.

En general, se observa una tendencia hacia la mejora del grado de cobertura y de la calidad de los servicios urbanos, debido a la preparación del Plan Nacional de Saneamiento bajo la dirección del Banco Nacional de Vivienda y, posteriormente, de la Caja Económica Federal.

El país cuenta con la infraestructura administrativa e institucional, los recursos humanos de nivel superior y los recursos materiales e industriales que se necesitan para prestar esos servicios. Los principales problemas y restricciones son el tratamiento del tema sin carácter prioritario en el plano nacional, falta de planificación para el desarrollo urbano y de protección de los manantiales, deficiencias en materia de comunicación social, dificultades financieras y falta de recursos humanos de nivel intermedio.

En el subsector de saneamiento básico rural se ha hecho muy poco, sobre todo por falta de políticas gubernamentales,

estructura institucional, recursos financieros, personal técnico, organización y participación de la comunidad.

Además de la baja cobertura con sistemas adecuados de gestión de desechos sólidos, existen graves problemas locales causados por desechos sólidos tóxicos de los sectores industrial y hospitalario. En general, las principales restricciones del sector son la falta de una política nacional y de recursos institucionales, humanos y económicos, así como de soluciones técnicas compatibles con los niveles económicos y de desarrollo.

Se observa actualmente un deterioro del medio ambiente causado por el desarrollo del país y el uso de los recursos naturales, algunas veces en forma indiscriminada.

La bahía de Guanabara en Río de Janeiro recibe 20 m³ por segundo de desechos domésticos, de los cuales solo 7 m³ por segundo reciben tratamiento adecuado. Los desechos industriales lanzados a la bahía contienen metales pesados y cargas orgánicas tóxicas, por ejemplo, de cromo, mercurio y cobre. En São Paulo, el río Tieté transporta, sin ningún tratamiento, los desechos líquidos domésticos e industriales de una región metropolitana de 16 millones de habitantes. En la región metropolitana de Recife y en la cuenca hidrográfica del Guaíba en Porto Alegre la situación de los ríos es también crítica, debido a la evacuación indiscriminada de desechos sin tratamiento.

Los grandes centros urbanos, en su mayoría tienen índices de contaminación del aire superiores a los que permiten la legislación nacional y recomienda la Organización Mundial de la Salud. Las regiones metropolitanas de São Paulo y Río de Janeiro son las mayores causantes de la contaminación del aire en el país, seguidas de Porto Alegre, Belo Horizonte y Recife, a las que se suman otras ciudades menores como Cubatão y Volta Redonda, que también tienen grandes problemas en ese sentido.

Las sustancias que más contribuyen a la contaminación del aire son las partículas (60%) y el óxido nítrico. En los polos petroquímicos más importantes del país se producen contaminantes peligrosos para la salud, como bencina, amoníaco, nitrógeno, fluoruro y aerosoles ácidos tóxicos e irritantes y, en algunos casos, carcinógenos, mutagénicos y teratógenos.

La contaminación sonora es también un problema particularmente grave en las regiones metropolitanas. En estudios realizados en Río de Janeiro y São Paulo se considera que estas dos ciudades se cuentan entre los lugares del mundo donde hay más ruido. Este aumenta progresivamente en São Paulo, cuya población está expuesta, en algunos casos, a niveles que sobrepasan los límites establecidos en la legislación nacional e internacional.

El Brasil utiliza anualmente de 80.000 a 100.000 toneladas de productos agrícolas tóxicos, que se incorporan al medio ambiente a través de las plantas, el suelo, el transporte, la lluvia y los ríos. Las estadísticas de los centros vinculados al Sistema Nacional de Información Toxicofarmacológica del Ministerio de Salud indican que 30% de los casos atendidos corresponden a intoxicaciones por productos nocivos empleados en la agricultura y en el hogar.

La contaminación con productos agrícolas tóxicos ocurre principalmente en las zonas de agricultura intensiva en los estados de Paraná, Rio Grande do Sul y São Paulo. En los últimos cinco años, solo en el estado de Paraná ocurrieron cerca de 7.500 casos de intoxicación que resultaron en 383 muertes. La elaboración de algodón causa más del 50% de los casos, seguida de la soja (9%) y café

(6%). En 1984 hubo 2.300 casos y 144 defunciones que representaron el mayor índice registrado hasta ahora.

La explotación de las minas de oro en el Brasil es una industria en la que trabajan más de 800.000 personas en Rondônia, Roraima, Amapá, Pará, Amazonas, Goiás y Mato Grosso. Según estimaciones del Departamento Nacional de Producción Mineral, la producción nacional de oro es de 140 toneladas al año aproximadamente y sus diferentes procesos exigen la utilización de 240 toneladas de mercurio. Todo el mercurio empleado en la extracción de oro se evacúa al medio ambiente y contamina el agua y los alimentos. Además, el mercurio también contamina de manera directa al minero. Los estudios hechos en São Paulo indican que las concentraciones de mercurio en la orina y en la sangre son muy superiores a los límites establecidos en la legislación nacional.

CANADA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Canadá es una confederación con un gobierno nacional, 10 gobiernos provinciales y dos territoriales. El inglés es la lengua materna de 61% de la población y el francés, de 24%. En el censo de 1986, 11% de la población declaró que tenía una lengua materna distinta del inglés o del francés. Casi 4% de la población declaró que tenía más de una lengua materna.

En 1985-1986 había aproximadamente 4,9 millones de estudiantes matriculados en escuelas primarias y secundarias. En 1986, la tasa de alfabetismo de hombres y mujeres adultos (mayores de 15 años con nueve años de estudios académicos) era de 83,0%. El número de viviendas particulares ocupadas ascendió a un poco más de 9 millones, de las cuales 62,0% estaban ocupadas por sus dueños.

Características demográficas

En junio de 1986 la población del Canadá ascendía a 25.354.640 habitantes, cifra que representó una tasa de crecimiento de 4,2% en el período 1981-1986. En el último año citado, 21% de la población era menor de 14 años y 10,9%, mayor de 65. Tres cuartas partes de la población vive en las zonas urbanas. Hay tres grandes zonas metropolitanas, a saber, Toronto, Montreal y Vancouver, cada una con una población de más de 1 millón de habitantes que, en conjunto, representan 7,7 millones o sea 30,5% de la población total del país. Otras seis ciudades tienen una población de más de 500.000 habitantes que, en conjunto, representan más de 4 millones. El número estimado de niños nacidos vivos en 1987 fue de 369.742, lo que da una proporción de 14,4 por 1.000 habitantes; 51% fueron hombres. La tasa de crecimiento natural observada en ese año fue de 7,2 por 1.000 habitantes (Cuadro 1).

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Las tasas generales de mortalidad se han reducido mucho desde comienzos del siglo XX. Al introducirse un plan público de seguro de servicios de atención de salud, determinados campos mostraron reducciones aún mayores.

En 1981, la esperanza de vida al nacer de los hombres era de 71,9 años y la de las mujeres, de 79,0. La continua reducción de las tasas de defunción por edad ha dado

CUADRO 1

Resumen de las estadísticas de salud,
Canadá, 1987.

Parámetro	Número	Tasa
Niños nacidos vivos ^{a,b}	369.742	14,4
Defunciones ^b	184.953	7,2
Crecimiento natural ^b	184.789	7,2
Defunciones infantiles ^c	2.706	7,3
Defunciones neonatales ^c	1.679	4,5
Defunciones posneonatales ^c	1.027	2,8
Defunciones perinatales ^d	2.987	8,0
Defunciones maternas ^e	15	0,4
Partos de feto muerto a las 20 y más semanas de gestación ^d	2.296	6,2
Partos de feto muerto a las 28 y más semanas de gestación ^d	1.584	4,3

^aNúmero de nacidos vivos ajustado para incluir las deficiencias previstas del recuento.

^bTasa por 1.000 habitantes.

^cTasa por 1.000 nacidos vivos.

^dTasa por 1.000 nacidos vivos y defunciones fetales especificadas.

^eTasa por 10.000 nacidos vivos.

como resultado una mayor longevidad. Según los cuadros de estadísticas demográficas preliminares preparados para el período 1983-1985, el promedio de la esperanza de vida de los hombres y las mujeres ha aumentado aproximadamente un año y ha llegado a 72,9 y 79,8 años, respectivamente. La diferencia entre la esperanza de vida de los hombres y la de las mujeres se ha reducido desde 1976.

Una razón importante del aumento general de la esperanza de vida al nacer es la reducción de la mortalidad infantil. Las tasas de mortalidad infantil disminuyeron cerca de 78% entre 1953 y 1985 y alcanzaron 7,3 por 1.000 niños nacidos vivos en 1987 (véase el Cuadro 1). Esta disminución se debe a factores tales como mejoras de la atención de salud antes y después del parto, la nutrición y las condiciones de vida. Sin embargo, en los últimos años la tasa de mortalidad infantil en los hombres ha sido de 20 a 24% mayor que en las mujeres.

Otra razón por la cual ha aumentado la esperanza de vida es el cambio de los patrones de las causas de defunción por enfermedades, sobre todo en los ancianos. En 1921, las enfermedades del corazón y el cáncer, pese a estar entre las principales causas de defunción al igual que hoy, representaban solo 16% del total de defunciones; ya en 1985, esa cifra había aumentado a 58% del total. De la misma forma, las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, que en 1921 representaban 15% del total de defunciones, pasaron a constituir menos de 1% del total en 1985. Un examen de las principales causas de defunción por edad en 1985 muestra que los accidentes son, con mucho, la principal causa de defunción de personas menores de 45 años. Ese es el caso sobre todo en los hombres: los de 5 a 19 años tienen el doble de las posibilidades que tienen las mujeres de morir en accidentes, y la tasa de defunción por accidentes de los de 20 a 44 años es de más del cuádruple de la observada en las mujeres.

Entre 1975 y 1985, la tasa de defunción de los hombres por todas las causas se redujo un poco más que la de las mujeres, lo que puede apreciarse en la ligera convergencia de la esperanza de vida de hombres y mujeres. El mayor porcentaje de reducción de las tasas de defunción por las principales causas en este período ha correspondido a las enfermedades cerebrovasculares, que se redujeron 40% en hombres y mujeres, seguidas de las enfermedades del corazón, caso en el cual las tasas de defunción de personas de ambos sexos se han reducido más de 20%. Los tumores malignos fueron la única causa de defunción importante por la cual aumentaron 5% las tasas correspondientes a hombres y mujeres entre 1975 y 1985. Dentro de esta clasificación, se ha observado un acusado aumento de la tasa de defunción de mujeres por cáncer pulmonar, que llegó casi a duplicarse entre 1975 y 1985. En el Cuadro 1 se presenta un resumen de varias estadísticas de salud selectas.

Los principales problemas de salud que afectan a la población hoy en día, aparte de los que ocasionan la muerte, incluyen artritis y reumatismo, afecciones de la espalda, las extremidades y las articulaciones, trastornos mentales, alergias y problemas dentales. Las principales causas de hospitalización en 1982-1983 fueron las enfermedades del corazón, los trastornos mentales, la apoplejía, los accidentes y las enfermedades respiratorias. Para que mejore considerablemente el estado de salud de la población, será preciso hacer hincapié en reducir los riesgos para la salud y detectar pronto los problemas de salud. Las mejoras de la rehabilitación de personas afectadas por enfermedad o discapacidad contribuiría a su bienestar y mejoraría sus condiciones de vida.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños y adolescentes

Las enfermedades respiratorias representaron 29% de los días de hospitalización de los niños menores de 1 año, y fueron la principal causa de hospitalización. En los niños de 1 a 14 años, las principales causas fueron las enfermedades respiratorias y los accidentes.

La vacuna antisarampionosa se emplea en el Canadá desde mediados de los años sesenta y todas las provincias han acentuado la erradicación del sarampión por medio de programas de inmunización y educación desde comienzos de los ochenta. La proporción de casos de sarampión notificados se redujo mucho a comienzos de los años ochenta y pasó de 57,7 por 100.000 habitantes en 1980 a 3,8 por 100.000 en 1983. El aumento observado de esa proporción en 1984 indica que puede haber algunos niños que no han sido debidamente inmunizados.

Alrededor de 302.000 niños menores de 15 años, o sea 6% de la población canadiense de esa edad, son discapacitados. Esa prevalencia aumenta de 4% en los menores de 4 años a 7% en los de 10 a 14 años.

Salud de los adultos y ancianos

En 1985, los accidentes fueron, con mucho, la principal causa de defunción antes de los 45 años. Los hombres de 5 a 19 años tenían el doble de las posibilidades que tenían las mujeres de morir en accidentes; en el grupo de 20 a 44 años, la tasa de defunción de los hombres ocasionada por accidentes fue cuatro veces mayor que la observada en las mujeres.

En 1985, los tumores malignos fueron la principal causa de defunción de las mujeres de 20 a 44 años, tasa ligeramente superior a la de los hombres. El suicidio estuvo entre las principales causas de defunción de hombres y mujeres menores de 45 años en 1985, aunque ocurrió

con mayor frecuencia entre los hombres. Por ejemplo, en el grupo de 20 a 44 años, el suicidio ocupó el segundo lugar entre las principales causas de defunción de los hombres y el tercero entre las de las mujeres; sin embargo, la tasa de suicidio de los hombres, que se situó en 27,1 por 100.000 habitantes, fue de más del cuádruple de la observada en las mujeres.

En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades del corazón fueron la causa de defunción más frecuente de los hombres en 1985 y los tumores malignos la principal causa observada entre las mujeres. Los hombres de esa edad tenían posibilidades mucho mayores que las mujeres de morir de enfermedades del corazón. Si bien entre las mujeres la tasa de defunción por tumores malignos representó 78% de la tasa observada entre los hombres, la de defunción de mujeres por enfermedades del corazón representó un poco más de 30% de la observada en los hombres.

En 1985, las enfermedades del corazón fueron la principal causa de defunción de la población canadiense de ambos sexos de 65 y más años por un amplio margen, seguidas de los neoplasmas malignos. Los accidentes ocuparon el quinto lugar entre las causas de defunción en este grupo de edad, aunque representaron solo un poco más de 2% del total de defunciones. La tasa de defunción de las mujeres por tumores malignos se redujo a cerca de 58% de la de los hombres en el grupo de 65 y más años, en comparación con una proporción de 80% o mayor en los grupos más jóvenes.

El parto, los accidentes y los trastornos mentales son las tres razones principales de hospitalización de las personas de 15 a 44 años de edad. En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades del corazón representan 10% de los días de hospitalización, seguidas de los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso. Las principales causas de hospitalización de los ancianos son las enfermedades del corazón, la apoplejía y las enfermedades respiratorias.

Aproximadamente 12,8% de la población adulta, que representa una cifra cercana a 2,5 millones, declara tener algún grado de discapacidad. La tasa de discapacidad aumenta con la edad, de un mínimo de 3,8% en el grupo de 15 a 24 años a 38,6% en el de 65 y más años. Las clases de discapacidad declaradas con mayor frecuencia son las relativas a movilidad (como el subir escaleras). Un 65% de las personas discapacitadas declaran tener problemas de movilidad y un 54%, dificultades para mover el cuerpo, como alcanzar alguna cosa (agilidad). Esa cifra va seguida de trastornos auditivos y visuales. El número de personas que dice tener trastornos auditivos y visuales sin corregir es de 634.000 y 331.000, respectivamente. Las afecciones discapacitantes que más predominaron entre los adultos fueron las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo, la artritis y el reumatismo, y los trastornos auditivos.

Trastornos mentales. Los trastornos mentales tratados en los servicios de hospitalización de los hospitales psiquiátricos y generales en 1982-1983 representaron aproximadamente 11 millones de días-paciente: 61% en los hospitales psiquiátricos y 39% en los generales. En el último decenio, el número de días-paciente por trastornos mentales ha aumentado en los hospitales generales y disminuido en los psiquiátricos. Los primeros se emplean para tratamiento corto intensivo de los trastornos mentales y los últimos para tratamiento tanto corto como prolongado.

El número de egresos (de pacientes vivos y muertos) por trastornos mentales fue mayor en los hospitales generales que en los psiquiátricos, aunque el número de días-paciente fue menor en los primeros. En 1982-1983, los hospitales generales notificaron 155.261 casos diagnosticados de enfermedades mentales y los psiquiátricos, 34.256 casos. En lo que respecta al número de egresos, los tres diagnósticos más comunes emitidos en los hospitales generales fueron los trastornos neuróticos, las psicosis afectivas y el síndrome de dependencia del alcohol y en los psiquiátricos, la esquizofrenia, las psicosis afectivas y los trastornos de la personalidad.

Enfermedades del corazón. Estas enfermedades causaron una de cada cuatro defunciones en 1982. En el último decenio, las tasas de defunción se han reducido gradualmente. La Encuesta de Salud del Canadá mostró que unas 800.000 personas tenían problemas del corazón en 1979; más de la mitad formaba parte de la población activa. Se estima que los problemas del corazón obligaron a 300.000 personas a restringir sus actividades diarias y a más de 100.000 a pasar varios días de discapacidad. Más de 250.000 pacientes egresados de los hospitales en 1982-1983 fueron tratados por causa de enfermedades del corazón.

Cáncer. El cáncer representó más de una de cada cinco defunciones; 40% de las personas que murieron de cáncer eran muy jóvenes o formaban parte de la población activa. En el decenio anterior, la tasa de defunción se incrementó gradualmente debido sobre todo a un aumento de 50% del número de defunciones por cáncer de las vías respiratorias. En 1982-1983 egresaron de los hospitales más de 228.000 pacientes tratados por casos activos o supuestos de cáncer.

En 1982, los registros provinciales mostraron un total de 82.454 nuevas localizaciones primarias de cáncer, lo que representa un aumento de 1,9% en comparación con los 80.949 casos notificados en 1981. (El cáncer de la piel distinto de melanoma se excluye de los totales de incidencia, por causa de diferencias de notificación entre las provincias.) Las mayores tasas de incidencia se observaron en Manitoba, Ontario y la Isla Prince Edward. El cáncer de pulmón fue la localización notificada con mayor

frecuencia en relación con esos nuevos casos (12.428), seguido del cáncer de mama en las mujeres (10.300). En 1982, todas las formas de cáncer representaron 41.964 defunciones en el Canadá. Manitoba tuvo la mayor tasa de defunción por cáncer, que alcanzó 195 por 100.000 habitantes; Columbia Británica tuvo la mayor tasa de hospitalización por cáncer en 1981-1982, que se situó en 884 por 100.000 habitantes. Entre las principales localizaciones de cáncer, el de pulmón causó el mayor número de defunciones en 1982, con 10.121, seguido del cáncer de mama en las mujeres, que causó 3.646 defunciones. Estas dos localizaciones de cáncer también dieron cuenta del mayor número de egresos de los hospitales. El cáncer de la próstata en los hombres ocupó el tercer lugar entre las principales causas de hospitalización por cáncer, con una tasa de 104 por 100.000 hombres.

Enfermedades respiratorias. Las enfermedades respiratorias han tenido un patrón general relativamente estable con un pequeño aumento proporcional al crecimiento de la población. Esas enfermedades ocurren en todas las edades, aunque 78% de las mortales se presentan después de los 65 años. La estancia en el hospital dura de siete a ocho días, en promedio. Muere casi el doble de hombres que de mujeres por enfermedades respiratorias, debido sobre todo a que la tasa de defunción de los hombres por bronquitis, enfisema y asma es mucho mayor.

Enfermedad cerebrovascular mortal (apoplejía). Se trata sobre todo de una afección de los ancianos y solo 15% de las defunciones que causa ocurre antes de los 65 años. Las defunciones de los hombres se producen a edad más temprana, pero las de mujeres mayores de 75 años representan una gran proporción del total causado por esta enfermedad. Se hospitaliza a más hombres que mujeres; no obstante, el número de días de atención dada en el hospital a las mujeres que padecen de apoplejía es superior en más de 30% al correspondiente a los hombres.

Accidentes y violencias. En 1982, las lesiones accidentales, el envenenamiento, el suicidio y el asalto ocasionaron 6.286 defunciones y dieron cuenta de 288.360 egresos de pacientes de los hospitales generales. La proporción de hombres muertos fue de 53% y la de mujeres, de 47%; la de hombres egresados de los hospitales fue de 58% y la de mujeres, de 42%. Sin embargo, la estancia en el hospital fue mayor en el caso de las mujeres (15 días) que en el de los hombres (10 días), lo que dio como resultado 1.854.895 días-paciente en el caso de las mujeres y 1.777.418 en el de los hombres.

Problemas relacionados con el alcohol. Se estima que en 1981, 397.000 hombres y 189.000 mujeres sufrieron el síndrome de dependencia del alcohol (antes llamado

alcoholismo). Desde 1960, el total de personas afligidas por este trastorno ha aumentado 157% y, en lo que respecta a tasas, el incremento fue de 85%. En 1982, el número de defunciones clasificadas como directamente atribuibles al alcohol fue de 3.063, de las cuales aproximadamente 78% se debieron a enfermedad crónica del hígado y a cirrosis. La mayoría de las defunciones relacionadas con el alcohol se registra entre los hombres y las personas de ambos sexos de 60 y más años. Los grandes bebedores tienen una tasa de mortalidad general de más del doble de la tasa correspondiente a grupos comparables de la población general con la misma composición por edad y sexo. Tienen una tasa de mortalidad particularmente alta por suicidio, cáncer de las vías digestivas y respiratorias superiores, úlceras gástricas y duodenales, neumonía y accidentes.

En 1982 se examinó la concentración de alcohol en sangre en 75% de las personas que murieron en 1.564 accidentes de tránsito en el Canadá. El 60% demostró tener alcohol en la sangre y 35% tenía el doble del límite permitido por la ley. La situación se ha mantenido casi igual desde entonces.

En 1982-1983, el número de casos egresados de los hospitales psiquiátricos y generales con diagnóstico primario del síndrome de dependencia del alcohol y psicosis alcohólica fue de 28.156 y representó 592.959 días-paciente. De esos egresos, 80% eran hombres y 20% mujeres, con una edad media de 47 y 45 años, respectivamente. La estancia media fue de 29 días en los hospitales psiquiátricos y de 6 en los generales.

Enfermedades notificables. La tasa de casos notificados de tuberculosis siguió reduciéndose en los decenios de 1970 y 1980; la tasa de 8,5 por 100.000 habitantes registrada en 1985 fue equivalente a menos de la mitad de la de 1971.

En lo que respecta a las enfermedades de transmisión sexual, la tasa de casos notificados de infecciones gonocócicas se redujo de 231,4 casos por 100.000 habitantes en 1981 a 160,6 por 100.000 habitantes en 1985, pero la tasa de casos de sífilis sigue igual a la observada a comienzos de los años ochenta. Desde entonces las autoridades de salud pública han demostrado una preocupación cada vez mayor por la incidencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En el Canadá, las personas con SIDA han estado expuestas, en su mayoría, al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por medio de contacto sexual con individuos infectados; otras se infectaron por medio de transfusiones sanguíneas o hemoderivados de donantes infectados con el virus. Desde que se diagnosticó el primer caso de SIDA en el Canadá en 1979, el número anual de casos aumentó rápidamente y en 1987 fue de 756. La tasa de letalidad a finales de 1987 era de 55,3%.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

En virtud de la constitución canadiense, la responsabilidad de prestar servicios personales de atención de salud compete a las jurisdicciones provinciales y territoriales, excepto cuando se trata de grupos especiales cuya salud constituye una responsabilidad de una jurisdicción federal, como es el caso de los indígenas que viven en reservas y del personal de las fuerzas armadas. Los gobiernos provinciales y territoriales comparten el financiamiento del sistema de salud con el Gobierno Federal.

El plan de seguro médico nacional del Canadá garantiza a todos los residentes la atención médica y el tratamiento hospitalario que necesiten, dentro de un plan de pago anticipado. Las provincias y territorios se encargan de prestar servicios de atención de salud basados en las normas nacionales. Dichas normas incluyen cobertura uniforme a la población en igualdad de términos y condiciones, accesibilidad razonable a los servicios cubiertos por el seguro, posibilidad de traslado de los beneficios y administración pública de los servicios sin fines de lucro. Se pueden incluir otros beneficios en los planes a discreción de las autoridades de las provincias y los territorios, sin afectar los acuerdos entre el Gobierno Federal y los gobiernos provinciales y territoriales.

El personal federal reglamenta la inocuidad de los alimentos y la inocuidad y eficacia de los medicamentos y dispositivos médicos, y fija las normas para la calidad del aire y del agua. Los empleados provinciales, por medio de unidades regionales de salud, realizan programas de enfermería de salud pública, reglamentan los sistemas de abastecimiento de agua potable y recolección de basuras e inspeccionan los expendios de alimentos.

Puesto que los gobiernos federal, provincial y territorial comparten la responsabilidad por la salud, se ha establecido una estructura que permite consulta y colaboración entre unos y otros. La misma consta de la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud y los Comités Asesores Federales-Provinciales en servicios institucionales y médicos, salud de la comunidad, recursos humanos de salud, salud mental, asuntos internacionales de salud, salud ambiental y ocupacional, alcohol y drogas, y el SIDA. Se establecen subcomités y grupos de trabajo especiales para encargarse de asuntos que exijan estudio más detallado, según sea necesario.

En el último decenio se ha creado mayor conciencia respecto a la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La preocupación por la

salud y el bienestar subraya ahora la importancia de la conducta responsable en materia de salud, un medio ambiente más sano y el conocimiento de los asuntos de salud por parte de los pacientes y su participación en los mismos, sobre todo en las posibilidades de elección de servicios de atención de salud. El enfoque en esos factores y la amplia revisión de los actuales programas y políticas relativos a la meta general del logro de la salud para todos han abierto el camino para reorientar las iniciativas de salud y han preparado el terreno para el establecimiento de nuevos programas de promoción y prevención.

En noviembre de 1986, en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional dio a conocer el documento de estrategias de su país titulado "Logro de la meta de salud para todos: marco para la promoción de la salud". En este trabajo se presentan tres grandes metas en materia de salud: reducir la desigualdad en lo que respecta a atención de salud, ampliar la prevención y mejorar la capacidad para hacer frente a la enfermedad crónica y a la discapacidad. Los tres mecanismos para alcanzar esas metas, que son la propia atención, la ayuda mutua y un ambiente sano, van seguidos de tres estrategias de ejecución específicas, a saber, promover la participación del público, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar una política de salud pública.

Desde la conferencia, la colaboración de los gobiernos federal, provinciales, territoriales, regionales y municipales y los esfuerzos de los sectores privado, profesional y voluntario de la sociedad canadiense han llevado a introducir las siguientes políticas e iniciativas públicas: el programa nacional de reducción del tabaquismo, el programa nacional sobre conducción con impedimentos, la estrategia nacional sobre el SIDA, la iniciativa de los ancianos, el proyecto ciudades sanas y el programa nacional de fortalecimiento de la salud comunitaria.

La colaboración intersectorial para lograr las metas de salud ha sido sólida en los últimos años. Como ejemplos cabe citar el anuncio de los Departamentos de Salud y Trabajo del Gobierno Federal y de la Junta del Tesoro respecto de una política relativa al tabaco para fortalecer el programa existente e incluir la eliminación del hábito de fumar; consultas con la comunidad seguidas del anuncio del programa de acción sobre el abuso de drogas coordinado por 10 departamentos federales; la Ley Canadiense sobre Protección Ambiental, emanada de una amplia consulta con grupos que trabajan en pro del medio ambiente, la industria, el sector laboral y los gobiernos provinciales, que conferirá mayor protección al público y al medio ambiente contra las sustancias químicas industriales, y el proyecto ciudades sanas que entrañó la creación de una red que incluye la Federación de Municipios Canadienses, el Instituto Canadiense de Plani-

ficadores y la Asociación Canadiense de Salud Pública, además del establecimiento de una oficina nacional de coordinación apoyada por el Departamento de Salud y Bienestar Nacional.

Las autoridades de salud provinciales, regionales y municipales administran los servicios de atención primaria como el suministro de agua potable y el tratamiento de aguas negras; manejan varios programas de salud pública como los de vigilancia y control de enfermedades transmisibles y educación en salud; inspeccionan los expendios de alimentos; ofrecen servicios de atención en el hogar y en el hospital a las madres y a los niños recién nacidos y servicios de salud escolar como sesiones de inmunización y de atención dental preventiva. Por ejemplo, en la provincia de Quebec, los centros comunitarios de salud locales participan en actividades como envío de pacientes a los hospitales y a los servicios sociales, y ayuda en la formación de grupos de apoyo. En muchos casos, las autoridades de salud y los organismos voluntarios prestan también servicios de rehabilitación y de atención en el hogar.

Los departamentos de salud de todos los niveles dependen mucho de los organismos voluntarios. El aporte anual del trabajo voluntario al sector de servicios sociales y de salud vale aproximadamente \$Can1.000 millones. En 1986-1987, el Departamento de Salud y Bienestar Nacional concedió subvenciones continuas por un monto de \$Can2,9 millones a más de 51 organizaciones voluntarias para ayudar a sus operaciones y de \$Can4,7 millones provenientes del Programa de Contribución a la Promoción de la Salud para apoyar unos 115 proyectos comunitarios. En la primavera de 1988, el Departamento de Salud y Bienestar Nacional anunció una contribución en efectivo a la Asociación Canadiense de Salud Pública para apoyar el nuevo programa nacional de fortalecimiento de la salud comunitaria.

Producción de servicios

Las provincias y los territorios han formulado varias estrategias para prestar servicios a todos los habitantes, incluso a la población que vive en zonas remotas. Esas estrategias incluyen ambulancias aéreas y servicios de equipos de salud, programas de adiestramiento de auxiliares de salud comunitarios y programas de prevención de accidentes y educación en salud. Los servicios de extensión, organizados con coordinación provincial, están integrados a redes de servicios médicos y hospitalarios básicos y especializados. Los hospitales más pequeños proporcionan típicamente servicios básicos. Los hospitales de referencia secundarios y terciarios proporcionan una gama más amplia de servicios especializados y de cuidados intensivos y, de ordinario, están localizados en

los centros más poblados. Los profesionales de salud, en forma similar, prestan servicios de atención primaria en las comunidades canadienses y los de otras especialidades de salud se facilitan por medio de planes regionales de referencia coordinados por las provincias y los territorios.

Los planes de seguro médico en las 10 provincias pagaron los honorarios por los servicios prestados durante 149 millones de consultas (atendidas en consultorios, hospitales y el hogar) en 1984-1985, en proporción de un poco menos de seis servicios por persona asegurada. Además pagaron el costo de 1,8 millones y 2,5 millones de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, respectivamente. De otros 103 millones de servicios, cerca de 70 millones correspondieron a servicios de radiología y laboratorio y los 33 millones restantes, a asistencia obstétrica, anestésica y quirúrgica y a varios otros servicios de diagnóstico y terapéutica. El total citado de aproximadamente 256 millones de servicios no incluye pagos fuera de las provincias hechos por sus planes de seguro médico, servicios prestados a residentes de los dos territorios del norte y millones de los prestados por médicos con otros arreglos, por ejemplo, por personas remuneradas o que trabajan en programas en que no se cobran honorarios, servicios que constituyen una responsabilidad de las Juntas de Compensación de Trabajadores, servicios no cubiertos por seguro y servicios prestados a personas sin seguro.

Alrededor de 41% del total de honorarios por servicios pagados por los planes de seguro médico provinciales correspondió a atención prestada a hombres. Los pagos de honorarios por persona asegurada de 65 y más años fueron equivalentes al doble de los hechos por cada persona menor de 65 años.

Servicios dentales. En 1985, la población gastó aproximadamente \$Can2.200 millones en atención dental, un poco menos de 6% del gasto total en salud. El aumento del número de personas cubiertas por seguro dental ha sido un importante adelanto en materia de atención de salud desde 1970. En 1982, aproximadamente 13,6 millones de personas, o sea 55,8% de la población, estaban amparadas por planes de seguro pagaderos por terceros.

Servicios hospitalarios. Los pacientes pasaron más de 52 millones de días en los hospitales públicos en el ejercicio 1985-1986, incluso más de 8 millones de días en instituciones mentales. El número de días de hospitalización en hospitales generales y especializados afines aumentó cada año a partir de 1978, pero el correspondiente a hospitales mentales se redujo en el mismo período. Eso ocurrió a consecuencia de cambios trascendentales en los lugares de tratamiento de muchos pacientes mentales y no de una menor prevalencia de trastornos mentales.

La tasa de días de hospitalización-paciente varió según el sexo y la edad. En los años reproductivos (grupos de 15 a 24 años y de 25 a 44 años), la tasa correspondiente a las mujeres fue el doble de la observada entre los hombres. En el grupo de 45 a 64 años, los hombres tuvieron mayores tasas, muy probablemente porque padecen de más afecciones del corazón que las mujeres. Después de los 64 años, se registró un elevado número de días de atención hospitalaria tanto entre los hombres como entre las mujeres. La estancia en el hospital también varió con la edad. Hasta los 44 años de edad, las personas estuvieron internadas una semana, en promedio. En 1982-1983, la estancia común de las personas de 45 a 64 años aumentó a 12 días, y la de las personas de 65 años o mayores fue de 25 días.

Capacidad instalada

El 1 de abril de 1988 había 1.244 hospitales con 176.393 camas, cifra que incluye hospitales públicos generales y especializados, particulares y federales. La división por clases se indica en el Cuadro 2.

CUADRO 2		
Número de hospitales en funcionamiento y número autorizado de camas, por tipo de hospital, Canadá, 1 de abril de 1988.		
Tipo de hospital	Número	Camas
Total de hospitales	1.244	176.393
Total de hospitales públicos	1.096	170.366
Hospitales generales públicos	841	128.288
Total de hospitales no docentes	787	92.613
Hospitales no docentes sin unidades de atención prolongada		
Total	438	29.815
1-24 camas	168	2.508
25-49 camas	122	3.980
50-99 camas	66	4.556
100-199 camas	41	5.635
200-299 camas	22	5.177
300 +	19	7.959
Hospitales no docentes con unidades de atención prolongada		
Total	349	62.798
1-49 camas	76	2.508
50-99 camas	94	6.899
100-299 camas	63	8.810
200-299 camas	39	9.697
300 +	77	34.884

CUADRO 2 (Cont.)		
Número de hospitales en funcionamiento y número autorizado de camas, por tipo de hospital, Canadá, 1 de abril de 1988.		
Tipo de hospital	Número	Camas
Hospitales docentes (excluidos los pediátricos)	54	35.675
Hospitales públicos especializados	35	5.658
Pediátricos	8	2.663
Psiquiátricos (incluidos los de tratamiento de dependencia de alcohol y drogas)	15	1.657
Otros*	12	1.338
Rehabilitación (incluidos los convencionales)	21	2.721
De larga estancia (incluidos los de tratamiento de afecciones crónicas)	116	20.093
Psiquiátricos de atención prolongada	22	13.403
Puestos de enfermeras, postas	61	203
Privados		
Total de hospitales privados	55	3.418
Generales	3	234
Rehabilitación de larga estancia	45	2.722
Psiquiátricos	3	342
Otros	4	120
Federales		
Total de hospitales federales	93	2.609
Generales*	3	234
Psiquiátricos	3	344
Puestos de enfermeras, postas y otros	75	454
Otros	12	1.577

*Incluye especialidades, por ejemplo, oncología, enfermedades cardíacas, neurológicas, ortopédicas y respiratorias.

*Incluye un hospital de larga estancia en Quebec.

Gastos en salud

En el Cuadro 3 se presenta un desglose de los gastos en salud por categoría, como porcentaje del total. En 1987, dichos gastos representaron 8,7% del producto nacional bruto.

Investigaciones y tecnología

El financiamiento de las investigaciones biomédicas básicas y aplicadas, realizadas principalmente en universidades y hospitales docentes, y de las investigaciones aplicadas sobre salud, incluso sobre el establecimiento del

CUADRO 3				
Distribución porcentual de los gastos en salud por categoría en el Canadá, 1980 y 1986-1988.				
Clase de gasto	1980	1986	1987	1988
Servicios institucionales y relacionados	54,1	50,9	51,6	50,9
Hospitales	41,0	38,6	39,4	38,8
Otras instituciones	11,9	10,6	10,5	10,3
Otros	1,2	1,7	1,7	1,8
Servicios profesionales	22,0	23,3	23,3	23,6
Médicos	15,1	16,3	16,4	16,6
Dentistas	5,7	5,7	5,6	5,6
Otros	1,2	1,4	1,4	1,4
Medicamentos y dispositivos	10,8	12,7	13,0	13,5
Medicamentos	9,0	11,5	11,8	12,5
Otros	1,8	1,2	1,2	1,0
Otros gastos en salud	13,1	13,1	12,1	11,9
Gastos de capital	5,4	4,9	4,5	4,4
Otros	7,6	8,1	7,5	7,5
Gasto total en salud*	22.719	43.900	46.000	50.400

*En millones de dólares canadienses.

Fuente: Sección de Política, Comunicaciones e Información, Estadísticas del Canadá.

sistema de atención de salud del Canadá, proviene de los gobiernos federal y provincial, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Las investigaciones efectuadas en las universidades consisten sobre todo en estudios sobre las bases bioquímicas y fisiológicas de la salud y la enfermedad y las científicas hechas en los hospitales se concentran en el estudio de la enfermedad y las discapacidades y la introducción de nuevos tratamientos y pruebas. El sector privado se encarga de fabricar nuevos productos farmacéuticos y dispositivos médicos y de introducir tecnologías. Las estrategias para la utilización de tecnología apropiada provienen de la profesión médica, los hospitales y los colegios provinciales de médicos y cirujanos y son formuladas por el Departamento de Salud y Bienestar Nacional.

Recursos humanos

El número de médicos civiles en ejercicio, incluso internos y residentes, aumentó a una tasa mayor que la de crecimiento de la población. El número de médicos aumentó casi 33% y la población creció 11,4% de 1975 a 1985. En el Cuadro 4 se presenta el número de médicos en ejercicio en 1975 y en 1988 y la proporción de médicos por número de habitantes. Un problema que afronta el país hoy en día es la distribución geográfica y

funcional de médicos. En colaboración con el Gobierno Federal y las asociaciones profesionales, muchas provincias han establecido programas de incentivos para animar a los médicos a permanecer en regiones que no sean urbanas: apoyan a los aspirantes al primer grado académico y a los posgraduados para que reciban un ingreso garantizado y ofrecen subvenciones por lugar de destino y adiestramiento en el empleo en las zonas rurales.

El número de dentistas activos ha aumentado en proporción aún mayor que la de médicos por número de habitantes. En 1975, el Canadá tenía 8.738 dentistas (uno por cada 2.619 personas); en 1985, el total era de 13.027

CUADRO 4		
Número de médicos en ejercicio y de personas por médico, Canadá, 1975 y 1988.		
Tipo de médico	1975	1988
Total de médicos	39.104	57.405
Médicos generales y de familia	16.379	26.079
Especialistas	16.182	23.627
Internos y residentes	6.543	7.699
Personas por médico	580	451

(1 por cada 1.958 personas). Las enfermeras representan alrededor de dos tercios del personal de salud. En 1987 había 241.759 enfermeras registradas en el Canadá y 210.773 de ellas estaban empleadas y otras 10.000 a 12.000 buscaban empleo. Se determinó que el número de farmacéuticos autorizados para el ejercicio en 1985

era de 18.813, lo que representa un farmacéutico por cada 1.356 personas.

El comité asesor federal y provincial en asuntos de personal de salud ofrece una corriente continua de información sobre el número y la clase de especialistas de salud en el país.

COLOMBIA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El Estado colombiano está constituido por los poderes legislativo, ejecutivo y judicial. El Poder Legislativo está a cargo del Senado y la Cámara de Representantes, y cumple con las funciones de elaboración de las leyes, control sobre el ejecutivo y representación política. El Poder Ejecutivo es ejercido por el Presidente, los Ministros del Despacho y los Jefes de los Departamentos Administrativos y las Superintendencias en el nivel central nacional. La elección del Presidente y de los Congresistas se hace por voto directo de los ciudadanos. El Poder Judicial es ejercido por la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, los Tribunales Superiores, los Tribunales Administrativos y los Juzgados.

La división político-administrativa del país consiste en 23 departamentos, cuatro intendencias, cinco comisarías y dos Distritos Especiales: el de Bogotá y el Turístico y Cultural de Cartagena. Bogotá es la capital de la República y sede del Gobierno Nacional.

La administración seccional es ejercida independientemente por los departamentos, intendencias, comisarías y Distrito Especial de Bogotá, con las restricciones que establece la Constitución. Los departamentos disponen para su administración de una corporación, la asamblea, y de un funcionario ejecutivo, el Gobernador, cuyas funciones se asemejan a las del Congreso y del Presidente, a nivel nacional, respectivamente. A nivel municipal, los concejos, llamados también cabildos, ayuntamientos o municipalidades, como las asambleas, son corporaciones administrativas destinadas a impulsar la descentralización presidida por el alcalde. Desde 1988, los concejales y alcaldes son elegidos por voto popular.

El producto interno bruto (PIB) ascendió en 1986 a \$Col6.701.425 millones de pesos corrientes para una población de 28,2 millones. En las últimas cinco décadas, el PIB total se multiplicó por nueve, y registró una tasa promedio de crecimiento anual de 5%. En 1986, más del 50% del PIB lo generaba el sector terciario, impulsado por el crecimiento de un conjunto de actividades relacionadas con el transporte, las comunicaciones, los servicios públicos modernos, el gobierno y el sector financiero. El sector secundario, la industria más la construcción, par-

ticipa en el PIB con cerca de 30%; el sector primario fundamentalmente es la agricultura, con un poco más del 20%. Los gastos correspondientes al PIB fueron del 75% para consumo final, 17% para formación interna bruta de capital, y 8% de balance de comercio exterior (19% para exportaciones totales y 11% para importaciones totales).

En 1986 el ingreso per cápita fue de \$US1.905 y la tasa de inflación, relativamente baja respecto a años anteriores, fue de 21% (aumentó a 28% en 1988). El gasto público, con un monto de \$Col940.233 millones y una participación de 14% respecto al PIB, tuvo un crecimiento de 37,8% en 1986.

Este proceso de cambio económico se ha producido junto con la movilización de la población del campo a la ciudad, lo cual también modifica la estructura del empleo, principalmente hacia el sector de los servicios, haciendo visible el problema del desempleo abierto y la dificultad de proveer vivienda y servicios públicos y de satisfacer la demanda de alimentos a esa gran masa de habitantes de las ciudades.

Además de los cambios internos, la dependencia del exterior también se ha constituido en barrera para el desarrollo económico y social, determinado fundamentalmente por la evolución del precio del café, que en forma continua ha moldeado la suerte del país y el manejo de la economía. La búsqueda de la estabilidad y la intervención en el sector externo para suavizar los ciclos del café y los choques de la economía internacional, han determinado la intervención del Estado para orientar el proceso económico a corto y largo plazo. Sin embargo, no ha sido posible aminorar el impacto de los ciclos externos, reducir la dependencia y evitar que la restricción que viene de afuera domine las presiones internas.

Características demográficas

Según el censo de 1985 la población del país ese año era de 27,9 millones de habitantes, de los cuales 12,2% (3,4 millones) eran menores de 5 años, 24,0% (6,7 millones) de 5 a 14 años, 52,0% (14,5 millones) de 15 a 49 años, 5,7% (1,6 millones) de 50 a 59 años, y 6,1% (1,7 millones) de 60 y más años. El aumento de la población de mayor edad y la disminución de la población joven es una tendencia general que se viene presentando desde la década de 1970. Este proceso es consecuencia

de la reducción de la natalidad (de 33 por 1.000 habitantes en 1973 a 25 en 1985), disminución de la mortalidad general (de 6,3 por 1.000 habitantes en 1981 a 5,6 en 1984) y el consecuente aumento de la expectativa de vida al nacer. Se encuentran diferencias interregionales importantes, ya que en Cali la esperanza de vida al nacer es de 69,6 años, en contraste con Cauca y Nariño donde es de 54,0 años.

La tasa anual de crecimiento de la población se ha reducido a 1,75%, pero se espera una mayor reducción en un mediano plazo, dada la mayor velocidad de descenso de la natalidad, que para 1990 se calcula será de 20 por 1.000, y la prevista estabilización y posterior descenso de la mortalidad general.

Un fenómeno demográfico de gran importancia en la segunda mitad del presente siglo ha sido el proceso de urbanización, ya que el porcentaje de residentes urbanos aumentó de 30% en 1938 a 67% en 1985. La migración ha sido mayor hacia las ciudades intermedias y grandes, localizándose gran parte de esta población en zonas de difícil acceso a los servicios básicos.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características de la mortalidad y de la morbilidad

Existe un importante subregistro del número de defunciones, por causas tales como la falta de motivación de la población, que no le ve la utilidad al registro; fallas en el proceso de recolección de datos (pérdida de la información u omisiones); sepultura fuera de los cementerios, especialmente de niños y en las zonas rurales. Según evaluaciones de las omisiones en el registro de defunciones (1986), se estima que solo se registra alrededor del 85% de las defunciones.

Entre 1981 y 1986 la mortalidad general descendió de 6,3 a 5,6 por 1.000 habitantes. En ese último año la mortalidad infantil fue de 41,1 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad materna de 1,0 por 1.000 nacidos vivos y la de los de 60 y más años, de 39,5 por 1.000 habitantes. Hay marcadas diferencias entre las tasas de mortalidad infantil en las distintas regiones; por ejemplo, en la región del Pacífico es el doble que en Bogotá.

En términos generales, la estructura de la mortalidad por causas se mantuvo en el período 1981-1986, salvo algunas excepciones. El cambio más significativo fue el aumento de las defunciones por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas, que en 1981 ocupaba el segundo lugar de importancia relativa en la mortalidad general, con un 6,4% de las defunciones

por causas definidas, y en 1986 pasó a ocupar el primero, con un 10,2% (Cuadro 1).

En 1986, 49,3% de las defunciones de menores de 1 año (excluidas las asignadas a síntomas y estados morbosos mal definidos) se debieron a tres grupos de causas: 20,2% por afecciones anóxicas e hipóxicas del feto o del recién nacido u originadas en el período perinatal (768-770), 15,6% por "otras" causas de mortalidad perinatal (760, 761, 764-766, 771, 772, 774-779), y 13,5% por enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009). Se registraron en total 25.244 defunciones de menores de 1 año; 903 (3,6%) de estas se asignaron a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Otras causas de importancia fueron el grupo de las neumonías (481-483, 485, 486), con 11,3% de las defunciones; la desnutrición proteínocalórica y la no especificada (262, 263) con 3,9% y las anomalías congénitas del corazón (745, 746) con 3,8%.

En 1986, las enteritis y otras enfermedades diarreicas y las neumonías ocuparon el primero y el segundo lugar de importancia relativa en el grupo de población de 1 a 4 años, con 16,6% y 12,1% de las defunciones por causas definidas en ese grupo de edad. Los accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños (E910-E915) ocuparon el tercer lugar, con 6,9% de las defunciones por causas definidas, y la desnutrición proteínocalórica y la no especificada (262, 263) ocuparon el cuarto, con 6,5%. Se registraron 8.980 defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad y 7,7% de estas correspondieron a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.

En el grupo de población de 5 a 14 años, en 1986 los accidentes de vehículos de motor (E810-E819), accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños (E910-E915), y "otros" accidentes (E916-E921, E924-E928), fueron las primeras causas de muerte y causaron, respectivamente, 12,4%, 7,9% y 5,8% de las defunciones por causas definidas. Les siguieron en orden de importancia la leucemia (204-208), con 5,3%, las neumonías, con 4,7%, y los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas, con 4,2%. Se registraron 3.795 defunciones en este grupo de edad, 6,3% de ellas por causas mal definidas.

Las causas de muerte asociadas directamente con la violencia, es decir, los homicidios, los accidentes de vehículos de motor, "otros" accidentes, y las lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionales ocuparon en 1986 los primeros cuatro lugares en la estructura de mortalidad del grupo de población de 15-44 años, generando el 53,0% de las 31.666 defunciones por causas definidas. Se registraron, además, 895 defunciones por causas mal definidas.

En el grupo de población de 45 a 59 años las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio, tales como el infarto agudo del miocardio y la enfermedad

CUADRO 1			
Causas principales de defunción, Colombia, 1986.			
Grupos de causas (CIE-9)	No. de orden	Defunciones	% ^b
Todas las causas ^a	—	158.731	100,0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780–796, 798, 799)	—	6.667	4,2
Todas las causas definidas ^b		152.064	100,0
Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas (E960–E969)	1	15.556	10,2
Infarto agudo del miocardio (410)	2	12.857	8,5
Enfermedades de la circulación pulmonar y "otras" formas de enfermedad del corazón (415–429)	3	11.746	7,7
Enfermedad cerebrovascular (430–438)	4	11.270	7,4
Neumonías (481–483, 485, 486)	5	5.397	3,5
Accidentes de vehículos de motor (E810–E819)	6	4.444	2,9
Enfermedad hipertensiva (401–405)	7	4.127	2,7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	8	3.968	2,6
Tumor maligno del estómago (151)	9	3.810	2,5
Diabetes mellitus (250)	10	2.857	1,9

^aIncluye las defunciones de edad desconocida.

^bLos porcentajes según causa se basan en el total de defunciones por causas definidas.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Registro de defunciones.

cerebrovascular, ocuparon los dos primeros lugares en 1986, con 12,6% y 9,2% de las defunciones por causas definidas, respectivamente. Los homicidios ocuparon el tercero, con 8,1%. Se registraron 18.958 defunciones por causas definidas en este grupo de edad y 738 por causas mal definidas (3,7% del total).

En el grupo de población de 60 y más años las primeras causas de muerte en 1986 fueron las asociadas con el aparato circulatorio, que correspondieron a 45,8% de las defunciones por causas definidas: 13,6% por infarto agudo del miocardio, 12,7% por enfermedades de la circulación pulmonar y "otras" enfermedades del corazón, 12,0% por enfermedad cerebrovascular, 4,7% por enfermedad hipertensiva y 2,8% por enfermedad isquémica del corazón. Se registraron 63.059 defunciones por causas definidas y otras 3.085 se asignaron a síntomas y estados morbosos mal definidos.

La mortalidad por enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica disminuyó; su peso sobre la mortalidad general bajó en el período 1985–1988 de 9,2% a 4,0% (de 57,9 a 20,2 por 100.000 habitantes). El sarampión descendió del tercer lugar al séptimo entre las causas de muerte; la poliomielitis aguda descendió del séptimo al noveno lugar; el tétanos neonatal ascendió del cuarto al tercero; las diarreas y enteritis continuaron ocupando

el primer lugar; la hipertensión arterial continuó en segundo, y las infecciones respiratorias ascendieron del sexto al quinto lugar.

La morbilidad atendida en hospitales para el total de la población mantuvo básicamente la misma estructura entre 1981 y 1986 (Cuadro 2). Si se excluyen los egresos por parto normal, el aborto fue la primera causa de egreso en 1981 y 1986, seguido (en 1986) por las complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo de parto y del parto y por las complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo. Se observó una tendencia a disminuir de la enteritis y otras enfermedades diarreicas; este grupo de causas ocupó el tercer lugar en 1981 y el sexto en 1986.

En el grupo de menores de 1 año de edad la primera causa de hospitalización fue la enteritis y otras enfermedades diarreicas, con una marcada tendencia a disminuir (en 1981, fue la causa en 33,6% de los egresos por causas definidas, mientras que en 1986 lo fue en 21,2%). El porcentaje de egresos de niños por afecciones anóxicas e hipóxicas del feto y del recién nacido u originadas en el período perinatal aumentó de 5,0% de los egresos por causas definidas en 1981 a 8,7% en 1986.

Las neumonías constituyeron la causa principal de morbilidad en hospitales entre los niños de 1 a 4 años, con

CUADRO 2						
Causas principales de egreso hospitalario (todos los subsectores), Colombia, 1981 y 1986.						
Grupos de causas (CIE-9)	1981			1986		
	No. de orden	Egresos	%*	No. de orden	Egresos	%*
Todas las causas	—	1.554.026	100,0	—	1.709.272	100,0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780–796, 798, 799)		34.189	2,2	—	37.603	2,2
Todas las causas definidas ^a		1.519.837	100,0	—	1.671.669	100,0
Parto normal (650)	1	360.534	23,7	1	396.551	23,7
Embarazo terminado en aborto (630–639)	2	73.039	4,8	2	71.789	4,3
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	3	69.931	4,6	6	47.860	2,9
Complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo de parto y del parto (660–669)	4	62.161	4,1	3	68.371	4,1
Neumonías (481–483, 485, 486)	5	45.067	3,0	8	47.860	2,9
Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo (640–646)	6	43.513	2,9	4	58.115	3,5
Otras enfermedades de los órganos genitales (601–608, 614.3–614.9, 615–617, 619–629)	7	40.405	2,7	7	47.860	2,9
Hernia de la cavidad abdominal (550–553)	8	34.189	2,2	9	35.895	2,1
Fractura de los miembros (810–829)	—	—	—	10	32.476	1,9
Otras indicaciones en la asistencia del embarazo, trabajo de parto y el parto (652–659)	9	27.972	1,8	5	54.697	3,3
Bronquitis, enfisema y asma (490–493)	10	27.972	1,8	—	—	—
Resto	—	735.054	48,4	—	810.195	48,5

^aLos porcentajes según causa se basan en el total de egresos por causas definidas.
Fuente: Subsistema de Información en Salud (SIS-110), Ministerio de Salud

16,8% de los egresos por causas definidas; la enteritis y otras enfermedades diarreicas ocuparon el segundo lugar, con 15,7%, y bronquitis, enfisema y asma el tercero, con 10,2%.

En el grupo de 5–14 años, la fractura de los miembros fue la primera causa de hospitalización en 1986, seguida en importancia por la apendicitis (6,1%) y bronquitis, enfisema y asma (5,5%).

Las causas relacionadas con el embarazo y el parto, tales como el aborto, las complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo de parto y del parto y las complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo, son las de mayor número de egresos en el grupo de 15–44 años. Aproximadamente la mitad de los partos son atendidos institucionalmente en todos los niveles de complejidad del sistema, sin discriminación del tipo de riesgo. La primera causa de egreso hospitalario, inclu-

yendo instituciones de alta tecnología, es el parto normal (23,7%), a pesar de la existencia de un modelo de atención materna con base en el riesgo.

En el grupo de población de 60 y más años, las “otras” formas de enfermedad del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hernia de la cavidad abdominal fueron las tres causas principales de egreso hospitalario en 1986 y provocaron 9,8%, 5,5% y 4,5% de los egresos por causas bien definidas en ese grupo de edad.

La morbilidad registrada en la consulta externa presenta una estructura similar en 1981 y 1986 para las 10 primeras causas. El cambio más importante en el período fue la reducción de la enteritis y otras enfermedades diarreicas y el incremento de las “otras” enfermedades de los órganos genitales, las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo (Cuadro 3).

CUADRO 3						
Causas principales de consulta externa (subsector oficial y mixto), Colombia, 1981 y 1986.						
Grupos de causas (CIE-9)	1981			1986		
	No. de orden	Consultas	% ^a	No. de orden	Consultas	% ^a
Todas las causas	—	11.408.169	100,0	—	15.117.550	100,0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780–796, 798, 799)	—	479.144	4,2	—	559.351	3,7
Todas las causas definidas ^a	—	10.929.025	100,0	—	14.558.199	100,0
Otras helmintiasis (120–124, 127–129)	1	581.816	5,3	6	423.291	2,9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008–009)	2	570.408	5,2	4	498.879	3,4
Otras enfermedades de los órganos genitales (601–608, 614.3–614.9, 615–617, 619–629)	3	559.000	5,1	3	665.172	4,6
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo(680–686, 690–698, 700–709)	4	547.592	5,0	1	710.525	4,9
Infecciones respiratorias agudas (460–466)	5	524.776	4,8	2	710.524	4,9
Influenza (487)	6	501.959	4,6	10	336.973	2,3
Otras enfermedades del aparato urinario (591, 593, 595–599)	7	365.061	3,3	7	393.056	2,7
Laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos (870–887, 890–897, 900–904)	8	365.061	3,3	5	423.291	2,9
Bronquitis, enfisema y asma (490–493)	9	342.245	3,1	—	—	—
Enfermedad hipertensiva (401–405)	10	319.429	2,9	8	347.704	2,4
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias (086, 088, 100–104, 118, 125, 130, 131.8, 131.9, 132–136)	—	—	—	8	347.704	2,4
Resto	—	6.251.677	57,2	—	9.701.080	66,6

^aLos porcentajes según causa se basan en el total de consultas por causas definidas.

Fuente: Subsistema de Información en Salud (SIS-103), Ministerio de Salud.

Problemas que afectaron a la población general

Las enfermedades de transmisión sexual presentaron una tendencia al aumento, especialmente la sífilis, que aumentó de 58 a 66 casos por 100.000 habitantes en 1980–1987. Las infecciones gonocócicas aumentaron de 145 a 167 por 100.000 habitantes en el mismo período. Se registraron 247 casos de SIDA en el período 1985–1988.

Una de cada 10 muertes ocurridas en el país es ocasionada por accidente, en todos los grupos de la población, especialmente en los menores de 5 años. Para la atención de las urgencias generadas por los accidentes, existe una infraestructura para la fase hospitalaria, muy poca para la de rehabilitación e incipiente para la pre-hospitalaria. El panorama se agrava en relación con la

organización, normatización, logística y atención de grandes emergencias como los desastres, situación que se ha reflejado en las dificultades que tuvo el país para afrontar este tipo de urgencias en épocas recientes.

La fiebre amarilla selvática provocó un promedio anual de seis defunciones en el período 1985–1988. Hay bajas coberturas logradas en la aplicación de la vacuna, debido a la falta de recursos y a las dificultades para su aplicación.

La malaria afecta específicamente a las poblaciones del área rural del trópico colombiano. Unos 19,2 millones de habitantes están expuestos a ella, ya que el vector (anofeles) se encuentra en el 85% del territorio nacional. En 1988 se registraron 86.849 casos (33% por *Plasmodium falciparum*). Inciden en la endemia factores multicausales, como la resistencia del parásito a los medicamentos para tratamiento específico; presencia de *P. vivax* en gran parte del territorio (en una relación de 3 a 1 con respecto a *P.*

falci-parum); resistencia focalizada del vector al DDT en las regiones de Urabá y Catatumbo; bajas coberturas de rociamiento, y malas condiciones de las viviendas.

En los últimos cinco años, el dengue, con participación de los cuatro serotipos del virus, ha afectado a las poblaciones de la costa Atlántica y Pacífica y las cuencas del Medio y Bajo Cauca y Magdalena, donde residen 15 millones de personas. La situación es preocupante, dado que existen bajas coberturas de rociamiento y una alta infestación de *Aedes aegypti* en los principales núcleos urbanos de estas regiones.

El Estudio Nacional de Salud (1977-1980) encontró que 96,7% de la población presenta historia de caries dental, de la cual el 13% tuvo percepción de enfermedad por problemas dentales. La oferta de servicios para tratamiento odontológico es muy baja; está dirigida a los grupos de escolares y gestantes y se presta según demanda, pero solo alcanza a cubrir el 8% de la población en edad escolar. Los malos hábitos alimentarios e higiénicos y la carencia de flúor son quizá los factores de mayor importancia en la patología dental. La fluoruración del agua ha sido irregular y solo se hace en 22 acueductos, razón por la cual se está implantando la fluoruración de la sal de consumo humano.

El mencionado Estudio Nacional de Salud reveló que el 1,5% de la población había sufrido algún accidente; 40% se relacionaron con la actividad laboral y produjeron una incapacidad de 1,5 días por persona por año.

Una proporción importante de la población adulta está afectada por el sobrepeso y la obesidad (se estima en 2% en los hombres y 30% en las mujeres), sin diferencia entre el medio urbano y rural.

La tuberculosis mantiene tasas de incidencia cercanas a 50 por 100.000 habitantes; los grupos indígenas son los más afectados. La lepra tuvo una incidencia de 3,2 por 100.000 habitantes en 1978, 3,4 en 1981 y 2,9 en 1987.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de salud

La prestación de los servicios en el sector salud está dividida en tres subsectores: el oficial, el de seguridad social y el privado, los cuales se organizan funcionalmente dentro del Sistema Nacional de Salud. El Sistema ha sido definido como un conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tienen como finalidad específica la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la comunidad. La dirección del Sistema le

corresponde al Ministerio de Salud. Cuenta el Sistema con tres niveles de organización básica: nacional, seccional y local. El nivel nacional está conformado por el Ministerio de Salud, establecimientos públicos y superintendencias de seguros de salud. El nivel seccional está compuesto por el Servicio Seccional de Salud y sus entidades adscritas o vinculadas. Se divide en Unidades Regionales de Salud delimitadas por un área geográfica, donde un hospital de complejidad de segundo nivel de atención hace las veces de ente de dirección del Sistema y cumple las funciones de centro de referencia para el área de influencia directa. El nivel local está constituido por las unidades ejecutoras de los programas de salud, entre las que se encuentran los hospitales locales, centros y puestos de salud.

El Sistema abarca los siguientes aspectos: la regionalización, los niveles de atención o de prestación de servicios, el desarrollo administrativo, el trabajo interdisciplinario, la relación intra e intersectorial y la participación de la comunidad. Sus componentes son: la estructura legal, la organización, la normatización y los subsistemas (planificación, investigación, personal, inversión, suministros e información). Se estableció el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicios de salud con el objetivo de integrar al Sistema entidades de diferente naturaleza. Las entidades de derecho público que prestan servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del Estado, son "adscritas"; las de origen privado, con o sin fines de lucro, reciban o no aportes del Estado, son "vinculadas".

El Sistema Nacional de Salud se puso en marcha en 1975, logrando la integración y coordinación de las entidades de salud financiadas total o parcialmente por el gobierno, y creando las bases para conseguir lo mismo en la seguridad social y el subsector privado.

Solamente cerca del 16% de la población del país está afiliada o es derechohabiente de algún sistema de seguridad social, entendiéndose por este al Instituto de Seguros Sociales, las Cajas de Previsión y las Cajas de Compensación Familiar. Los seguros médicos privados cubren el 1,5% de la población. En la actualidad se están haciendo esfuerzos por ampliar esta cobertura a través del seguro médico voluntario y del sistema de medicina familiar. La cobertura de los sistemas de seguridad social varía considerablemente según la edad, el nivel de urbanización, la región, el ingreso familiar y otras variables socioeconómicas. Los sistemas alcanzan solo a 9,7% de los niños de 1 a 4 años, a 6,1% de las localidades de menos de 2.500 habitantes, a 3,3% de la zona rural y a 0,8% de los perceptores de un ingreso económico familiar igual o inferior al salario mínimo.

Dadas las bajas coberturas de la seguridad social, del sistema privado y de otras entidades, alrededor del 70%

de la población queda bajo la responsabilidad directa del subsector oficial.

No se tiene información sobre la cobertura real de los servicios de salud a las personas; solo se conocen las coberturas por actividades ofrecidas por el subsector oficial directo, donde, exceptuando las inmunizaciones, que han logrado niveles cercanos al 80%, las demás actividades de promoción, prevención y recuperación no cubren a más de 35% de la población total (Cuadro 4).

A pesar del importante desarrollo de la infraestructura nacional de servicios de salud, donde 86% de la población rural tiene acceso en dos horas o menos al centro o puesto de salud más cercano y 71% invierte el mismo tiempo en acudir al hospital más próximo, la cobertura real y la accesibilidad económica y cultural a los servicios de salud es considerablemente inferior. Según se determinó en el Estudio Nacional de Salud, 36% de la población percibió necesidad de consultar pero solamente el 12% lo hizo.

La disparidad existente entre el horario de funcionamiento de las instituciones de salud y el horario social de

la población, hace que las personas no utilicen los servicios o recurran a las urgencias. No hay oferta permanente de atención ambulatoria a los usuarios.

Capacidad instalada y producción de servicios

En 1986 el sector salud contaba con 3.705 instituciones de atención ambulatoria (puestos y centros de salud) y con 910 instituciones hospitalarias, con 42.253 camas. El 71,5% de las camas pertenecían al subsector oficial directo, con un porcentaje de ocupación promedio de 57%, 35 egresos por cama al año y 5,4 días de estancia promedio. En el subsector de la seguridad social existían 63 instituciones hospitalarias con 4.366 camas y un porcentaje de ocupación del 60%, y en el subsector privado había 195 instituciones con 8.580 camas, una ocupación del 59% y 6,1 días de estancia promedio.

CUADRO 4				
Cobertura de actividades por grupos de población (%), subsector oficial directo, Colombia, 1980, 1985 y 1987.				
Actividad	Grupo de población	1980	1985	1987
Consulta médica	Menores de 1 año	95,2	100,0	
	De 1 a 4 años	50,1	52,2	69,5*
	De 5 a 14 años	16,8	20,2	21,3
	Obstétricas	67,7	76,5	76,0
	Otros de 15 a 44 años	28,7	31,5	30,0
	De 45 a 59 años	25,4	26,8	27,8
	De 60 y más años	32,9	35,3	36,6
	Total	28,0	31,2	33,3
Control de enfermería	Menores de 1 año	27,7	32,8	...
	De 1 a 4 años	...	...	17,3*
	De 5 a 14 años	1,7	1,1	0,8
	Obstétricas	22,7	25,4	37,6
	Total	4,6	3,6	3,7
Vacunación				
Antipoliomielítica	Menores de 1 año	16,1	60,9	60,9
DPT	Menores de 1 año	15,1	60,0	60,0
Antisarampionosa	Menores de 1 año	13,7	52,0	52,0
BCG	Menores de 1 año	47,0	73,2	73,2
Acción de prevención odontológica	De 5 a 14 años	8,5	19,3	17,4
Atención promotora	Población general	21,2	32,0	38,3

Nota: Los datos de vacunaciones corresponden a todo el sector de salud.

*Dato para menores de 5 años

Fuente: Subsistema de Información en Salud. Ministerio de Salud.

Los hospitales universitarios muestran porcentajes de ocupación cercanos al 75%, mientras que los hospitales locales llegan escasamente a un 40% de ocupación, situación que refleja el escaso desarrollo de la atención de salud por niveles de complejidad, lo que se traduce en una atención costosa para resolver problemas de complejidad mediana o baja.

Aunque en términos generales la capacidad física instalada parece ser suficiente para la atención secundaria y terciaria, existen deficiencias regionales particulares por concentración del recurso físico y de la dotación en ciertas áreas del país. El problema crítico surge al verificar el estado de las construcciones y de la dotación, ya que hay deterioro, deficiencias de dotación básica, obsolescencia, equipo no instalado, ubicación inadecuada y falta de mantenimiento. El mantenimiento de la infraestructura física y de la dotación de las entidades de salud se ve obstaculizado por el escaso desarrollo del recurso humano en este campo y la ausencia de mecanismos que garanticen el mantenimiento de los equipos.

No existe un plan para impedir la concentración de recursos físicos, ni lineamientos claros para la preparación de programas médico-arquitectónicos y de estudios de factibilidad financiera, lo cual contribuye a que la red de establecimientos no responda a los principios de equidad y a que aumente el desequilibrio entre áreas funcionales y servicios finales e intermedios. La red de servicios se ha conformado sin tener en cuenta una regionalización funcional que permita la atención escalonada, con la consiguiente mejora de la calidad y la disminución de costos.

Tecnología de los servicios de salud

Los laboratorios de salud pública se han catalogado en cuatro niveles de complejidad: nivel I, para atención básica o primaria en hospitales locales; nivel II, para atención general en hospitales regionales; nivel III, laboratorio de alta tecnología en hospitales universitarios, y nivel IV, laboratorio central de referencia en el Instituto Nacional de Salud. Desde 1985, la Red Nacional de Laboratorios, dependencia del Instituto Nacional de Salud, es la encargada de organizar y mantener la infraestructura operativa que permita atender la demanda de servicios de laboratorio de salud. Los laboratorios también disponen de recursos para el control de drogas, medicamentos y cosméticos.

Actualmente hay 132 bancos de sangre en el país, de los cuales el 69% son del sector oficial.

Existe un bajo nivel de producción nacional de vacunas, reactivos y elementos de laboratorio, necesarios para los programas de inmunizaciones y de ayudas diagnósticas, lo que afecta la oferta de servicios y obliga a su importación a costos muy altos.

Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento del sector salud ha venido deteriorándose en los últimos años, generando un déficit crónico. Las fuentes de financiamiento, tanto de origen nacional como departamental y municipal, sufren una situación crítica de disminución en sus aportes debido principalmente a fallas en la legislación, unas veces por vacíos, otras por efectos de interpretación, incumplimiento o falta de control en la aplicación de las normas que las regulan y la desviación de los recursos hacia objetivos diferentes a aquellos para los cuales fueron establecidos.

La participación del sector salud en la distribución de los recursos del presupuesto nacional ha venido disminuyendo del 10% y 11% que tuvo en años anteriores a 1978, hasta 4,4% en 1987, no obstante los incrementos significativos en aportes directos del Estado. La disminución se observa en las rentas cedidas por el Estado a las reparticiones político-administrativas del país (departamentos, intendencias, comisarías y el Distrito Especial de Bogotá) con destino a salud, las que han disminuido o han permanecido iguales. A partir de 1987 comenzó a incrementarse levemente, al corregirse la legislación para el impuesto al consumo de licores.

El principal aporte del Estado es el Situado Fiscal (la suma de dinero asignada al sector salud en el presupuesto general de la nación), cuyo monto no ha sido el que corresponde a la ley. Desde que se inició en 1973 hasta 1986 se han asignado 32% menos fondos de los que correspondían.

En las secciones político-administrativas del país y clasificando las fuentes de financiación en aportes del Gobierno (nacional, departamental y municipal) y productos por venta de servicios, se observa la pérdida de importancia de los aportes del Gobierno, pues de una participación de 76% que tuvieron en 1978 pasaron a 72% en 1985. Los gobiernos territoriales, a través de sus respectivos presupuestos, han participado muy poco en la financiación de los servicios de salud (en 1985 solo participaron con el 2,5%).

En cuanto a la utilización de los recursos, cabe resaltar la tendencia creciente del gasto en mayor proporción a los ingresos como consecuencia de la disminución de la financiación. En 1979, el gasto superó a los ingresos en 3,6% y en 1985 en 11%.

El componente de personal es el que mayor peso tiene en el gasto del sector, con tendencia a aumentar, ya que del 63% que representó en 1979 pasó a 65% en 1985, a pesar de las medidas restrictivas del gasto público aplicadas por los últimos gobiernos. Los gastos generales del sector —rubro en el cual se concentran, entre otros, los suministros para la atención hospitalaria, además del mantenimiento de equipos y edificios— presentan una ten-

dencia a la disminución a partir de 1982, que llegó a un 4,0% entre 1984 y 1985. La inversión en acueductos, alcantarillados y saneamiento ambiental, a pesar de haber mantenido una participación promedio del 20% del presupuesto en salud en 1979-1982, presentó una disminución en valores absolutos y a precios constantes.

Recursos humanos

El sector salud contaba en 1988 con 29.353 médicos, 13.815 odontólogos y 7.690 enfermeras (Cuadro 5). En 1987 un 67% del total de recursos humanos en salud estaba vinculado al subsector oficial directo, 7,0% al subsector privado institucional y 26,0% a la seguridad social (16,0% al Instituto de Seguros Sociales, 2,8% a las Cajas de Compensación Familiar y 7,2% a las Cajas de Previsión Social).

No se cuenta con un plan de desarrollo del recurso humano vinculado al sector, lo que se agrava por la falta de correspondencia entre perfiles ocupacionales, necesidades del servicio y los diseños curriculares de formación, complementación o educación continua, factores que han determinado la subutilización, la inestabilidad y la baja productividad de los recursos humanos afines. Se observa una considerable disparidad salarial para empleos con funciones similares y falta de incentivos para trabajar en zonas rurales, urbanas marginadas o fronterizas.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El 79% de la población del área urbana y 17% de la del área rural cuentan con servicio de suministro de agua, situación que continúa siendo crítica, ya que aproximadamente 39% de la población no recibe este servicio, especialmente la que vive en las zonas marginales urbanas y rurales dispersas, en donde 84% y 90% respectivamente de las viviendas no están conectadas al acueducto. Las coberturas de acueducto por niveles de urbanización son: grandes ciudades (más de 800.000 habitantes) 96,0%; ciudades intermedias (de 100.000 a 800.000 habitantes) 71,9%; poblaciones menores (30.000 a 100.000) 62,7%; poblaciones pequeñas (12.000 a 30.000) 52,1% y poblaciones rurales (menos de 12.000) 26,8%. Solo 49% de la población recibe agua confiable. Se estima que la mitad del agua de los sistemas de abastecimiento se pierde por fugas o se desperdicia.

El 65% de la población urbana y 10% de la rural cuentan con alcantarillado, lo que significa que 53% de las viviendas del país no cuenta con disposición sanitaria de excretas. Un 72% de la población de las áreas urbanas marginadas no cuenta con servicios de disposición de excreta, un 90% de los del área rural concentrada y 84%

CUADRO 5	
Recursos humanos en salud, Colombia, 1988.	
Nivel/disciplina	Número
<i>Nivel universitario</i>	79.225
Médicos	29.353
Odontólogos	13.815
Enfermeras	7.690
Ingenieros sanitarios ^a	793
Químicos farmacéuticos	3.090
Médicos veterinarios	7.103
Bacteriólogos y laboratorios clínicos	9.650
Nutricionistas dietistas	2.548
Terapeutas físicos	2.309
Terapeutas ocupacionales	581
Fonoaudiólogos	1.237
Optómetras	1.056
<i>Nivel técnico</i>	8.930
Enfermeras	4.250
Técnico en Rx	414
Técnico en estadísticas de salud ^b	373
Tecnólogo en estadísticas de salud	19
Promotores de saneamiento	3.800
Expertos en salud ocupacional	74
<i>Nivel auxiliar</i>	54.948
Enfermería	31.125
Odontología	2.631
Promotores de salud	17.431
Trabajo social	289
Contabilidad hospitalaria	597
Registros médicos	1.608
Suministros	377
Farmacia	890
Total	143.103

^aIncluye ingenieros civiles especializados en ingeniería sanitaria.

^bTécnicos en estadísticas de salud, reemplazados por los tecnólogos.

Fuente: División de Proyección y Programación de Recursos Humanos, Ministerio de Salud.

de los del área rural dispersa tienen el mismo problema. Las coberturas de alcantarillado por niveles de urbanización son: grandes ciudades (más de 800.000 habitantes) 76,3%; ciudades intermedias (100.000 a 800.000 habitantes) 53,9%; poblaciones menores (30.000 a

100.000) 48,0%; poblaciones pequeñas (12.000 a 30.000) 35,6%, y poblaciones rurales (menos de 12.000) 13,4%.

Aunque 70% de la población del área urbana tiene servicio de recolección de basuras, la disposición final de estos desechos es inadecuada, ya que 20% va a fuentes superficiales de agua, 50% a cielo abierto y solo 30% a rellenos sanitarios. El Estudio Nacional de Salud encontró que 83,4% de los hogares almacenan las basuras en forma inadecuada, situación que es más visible en las regiones del país con bajos niveles de salud, en localidades pequeñas y en áreas rurales, donde 80% de los residentes las arrojan fuera de la vivienda.

La contaminación atmosférica es cada vez mayor; en 1986 se produjeron 5,6 millones de toneladas de contaminantes; los de mayor importancia son el monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos y óxidos de nitrógeno. Esta contaminación es generada por el parque automotor y por la industria, con el agravante de que la derivada del parque automotor está aumentando, ya que en 1980 originó 67,7% de la contaminación atmosférica y en 1986 produjo 70,0%. La concentración de partículas y dióxido de azufre en los centros industrializados del país (Bogotá, Cali, Medellín, Cartagena, Bucaramanga, Manizales, Nobsa, Cerromatoso, Puracá y otros) se está acercando peligrosamente a los límites máximos establecidos por el Ministerio de Salud.

La cuenca del río Magdalena, la principal del país y que alberga 80% de la población, presenta un elevado grado de contaminación producida por el desarrollo urbano (basuras y desechos líquidos), industrial, agrícola y minero. La situación de otras cuencas hidrográficas es

igualmente crítica; la de la bahía de Cartagena reviste importancia especial.

Las deficientes condiciones de saneamiento básico, la falta de un sistema de transporte adecuado, la poca disponibilidad de energía eléctrica y de equipos, el desarrollo limitado de la tecnología de alimentos y factores culturales hacen que el riesgo de contaminación y deterioro de los alimentos sea grande.

En el país 50% de la leche que se consume es cruda, lo cual contrasta con el funcionamiento de las pasteurizadoras que solo lo hacen en un 50% de su capacidad física instalada. Además, durante la distribución, la leche es sometida muchas veces al aguado, descremado y a la contaminación por la falta de higiene en el ordeño, en el transporte y en la conservación. Existen 1.300 locales para sacrificio de animales de abasto público, de los cuales solo 11 cuentan con inspección sanitaria y cumplen con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud.

Un 40% de las fábricas de alimentos no tiene licencia sanitaria. Se distribuyen en el país unos 15.000 productos alimentarios elaborados, de los cuales 42% cumple con las normas sanitarias y de calidad y se controlan periódicamente. A lo anterior se une la gran cantidad de alimentos que ingresa al país de contrabando y sin ningún control sanitario.

El 52% de la vivienda rural dispersa y 40% de la rural agrupada y marginal urbana son chozas o ranchos de construcción precaria, de las cuales 84% carece de agua y 72% no cuenta con servicio de disposición de excreta, 24% tiene una sola habitación y 30% está construida con material de bajareque, latas, tablas o desechos, y tiene pisos de tierra.

COSTA RICA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El sistema sociopolítico de Costa Rica se caracteriza por un siglo de ejercicio democrático, 40 años sin ejército, obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza primaria y secundaria, plenos derechos políticos para la mujer y prohibición de reelegir a los gobernantes. El régimen político, de tipo presidencialista, es ejercido por tres poderes independientes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración pública está organizada en sectores económicos y sociales constituidos por instituciones y programas; cada sector es presidido por un Ministro Rector.

La economía costarricense depende de la exportación de unos pocos productos agropecuarios, en especial café, cacao, banano, ganado bovino, productos lácteos y frutas en conserva. Entre 1962 y 1979 aumentó la producción y exportación industrial en el marco del Mercado Común Centroamericano y se produjo un crecimiento anual notorio del PIB.

Al finalizar la década de 1970, el debilitamiento del Mercado Común Centroamericano y un endeudamiento externo acelerado, favorecido por la amplia disponibilidad de recursos en los mercados financieros internacionales, representaron los signos iniciales de una profunda crisis que afectó a todos los sectores económicos y sociales de la economía costarricense, con una caída del PIB de 2,3% en 1981 y 7,3% en 1982. Entre mediados de 1980 y finales de 1981, el colón se devaluó 320%, y la inflación llegó a 65% en 1981 y a 81% en 1982. Entre 1982 y 1983, la tasa de desempleo llegó a 9,4% y la proporción de familias pobres aumentó 53%. El endeudamiento externo sobrepasó la capacidad de pago del país, y el servicio de esa deuda demandó más del 50% de las exportaciones de bienes y servicios. En 1982, la deuda pública representó 114,5% del PIB. En 1983, el consumo privado fue 79% del de 1978; la inversión, 35% de la de 1977, y el salario real apenas llegó a 74% del nivel alcanzado en 1979.

Para restaurar la estabilidad económica, en 1983 se aumentó la carga tributaria, se limitó la expansión del gasto público y se dio prioridad a la promoción de las exportaciones, lo cual requirió un aumento de los precios

y tarifas de los bienes y servicios bajo control del Estado. Para evitar un mayor deterioro de las condiciones de vida de los grupos más pobres de población y reducir los costos sociales del proceso de ajuste, en 1982 se estableció el Programa de Compensación Social. Como resultado, mejoraron las finanzas del Gobierno Central y disminuyeron los índices de inflación, con una tasa de crecimiento anual del índice de precios al consumidor de 15,4% en 1986 y 16,4% en 1987. En 1988 este crecimiento alcanzó 25,3%. Los salarios han aumentado, pero aún no alcanzan los niveles anteriores al inicio de la crisis. El PIB creció 5,5% en 1986, 5,4% en 1987 y 3,8% en 1988. Desde 1987 la tasa de desempleo se redujo a 5,5%.

La tasa de escolaridad es de 99,8% para los dos primeros ciclos y disminuye a partir del tercero. Según el censo de 1984, el analfabetismo es de 6,9%. En 1987, el gasto para el sector educación representó 20% del presupuesto nacional.

El déficit habitacional ha crecido y amplios sectores de la población no tienen vivienda adecuada. El Gobierno considera esta área como prioritaria.

Características demográficas

En 1987 había en Costa Rica 2.790.600 habitantes, y en 1988, 2.865.800. La densidad de población promedio aumentó de 50 habitantes por km² en 1984 a 56 en 1988; 45% de la población vive en zonas urbanas y 55%, en zonas rurales. En los movimientos migratorios internos predominan dos corrientes: desde las ciudades pequeñas y las zonas rurales hacia los principales centros urbanos del país, y desde zonas rurales económicamente deprimidas, o con reducción de la demanda de mano de obra y concentración de la tierra, hacia otras zonas rurales en desarrollo en las que se han producido procesos intensos de ocupación de tierras estatales y de invasión de terrenos privados subutilizados.

A pesar de que en los últimos 25 años se ha reducido el ritmo de crecimiento de la población, la tasa actual de crecimiento natural es de 2,5%. La tasa de fecundidad ha declinado de 119 por 1.000 en 1984 a 109 en 1988. La proporción de menores de 15 años disminuyó de 45,7% en 1970 a 36,5% en 1988, en tanto que la población de 50 y más años aumentó en ese mismo período de 10 a 12%. En cuanto a la distribución por edades, 13,5%

tienen de 0 a 4 años; 23%, de 5 a 14; 59,4%, de 15 a 64, y 4,1%, 65 y más años.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Los registros de nacimientos y defunciones del país presentan una inscripción tardía de nacimientos estimada en 1%, 5% de omisiones e inscripciones tardías de defunciones y 71% de defunciones con certificación médica. En los últimos 15 años se observa una disminución del número de defunciones por causas mal definidas. Con base en información de tal calidad y cobertura puede asegurarse que la mejoría obtenida en la situación de salud de Costa Rica en los últimos 18 años es superior a la esperada de acuerdo con las condiciones económicas nacionales, y es un ejemplo de lo que puede lograrse con la voluntad política de proteger a los grupos humanos más vulnerables y la decisión técnica de concentrar esfuerzos con los recursos disponibles.

La tasa de mortalidad general bajó de 6,6 por 1.000 habitantes en 1970 a 3,8 en 1988 y la de mortalidad infantil, de 61,5 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 17,4 en 1987 y 14,7 en 1988. La esperanza de vida al nacer para el período 1985–1990 se estima en 74,3 años.

La mortalidad y morbilidad por enfermedades características de la edad adulta y de la vejez están en constante aumento. En el lapso 1970–1986, la enteritis y otras enfermedades diarreicas se han desplazado del segundo al decimotercer lugar como causa de mortalidad general, con una reducción de la tasa a menos de una décima parte, mientras que los tumores y los accidentes han aumentado en importancia. Las enfermedades del corazón se han mantenido en el primer lugar como causa de defunción desde 1970; de ellas, 73% corresponde a cardiopatía isquémica. La tasa de mortalidad por infarto del miocardio, responsable del 10% de las defunciones en la población mayor de 15 años, aumentó de 23,9 por 100.000 habitantes en 1970 a 48,2 en 1986, pero descendió a 28,2 en 1987. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar, con una tasa de 79 por 100.000 en 1987. En 1986, 25% de las defunciones por tumores malignos y 6% del total de defunciones en personas de 15 y más años fue causado por cáncer de estómago, la localización más frecuente. El tercer lugar como causa de defunción lo ocupan las causas externas. La inmadurez y ciertas enfermedades de la primera infancia y anomalías congénitas están en el cuarto y quinto lugar, respectivamente.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

La enorme reducción que experimentó la mortalidad de menores de 1 año entre 1970 y 1980 (de 61,5 a 19,1 por 1.000 nacidos vivos) se desaceleró drásticamente entre 1980 y 1985 (17,6 por 1.000 en 1985) afectando más al componente neonatal, que durante este período mantuvo su tasa en 11,2 por 1.000, para descender a 10,1 en 1987 y 9,3 en 1988. La mortalidad perinatal alcanzó una tasa de 16,9 por 1.000 nacimientos en 1987.

En el trienio 1972–1974, 85% de los 81 cantones en que se divide el país presentaron tasas de mortalidad infantil que fluctúan entre 20 y 70 por 1.000 nacidos vivos, con un promedio nacional de 44 por 1.000; 5% de los cantones mostraron tasas inferiores a 20, y 10% tuvieron tasas superiores a 70, inclusive uno con una tasa mayor de 80. En el trienio 1975–1977, con un indicador nacional de 32,8 por 1.000 nacidos vivos, 83% de las tasas se distribuyeron entre 20 y 50 por 1.000. En los trienios 1980–1982 y 1986–1988, con indicadores nacionales de 19,5 y 17,3 por 1.000, respectivamente, cerca de 96% de las tasas se concentraron entre 10 y 24 por 1.000.

Las principales causas de mortalidad infantil han cambiado en las dos últimas décadas: entre 1970 y 1986, las enteritis y otras enfermedades diarreicas han pasado del primero al cuarto lugar, con una reducción de la tasa de 14,5 a 1,1 por 1.000 nacidos vivos; asimismo, ha aumentado la importancia de la inmadurez y ciertas enfermedades de la primera infancia, y de las anomalías congénitas, que han pasado a ocupar los dos primeros lugares como responsables de las defunciones en este grupo de edad.

La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años se redujo de 4,6 a 1,0 por 1.000 entre 1970 y 1980, y a 0,8 en 1987 y 1988. Las principales causas de mortalidad en este grupo han evolucionado desde 1970 en forma similar a las de la mortalidad infantil: la enteritis y otras enfermedades diarreicas pasaron del primero al cuarto lugar, con una reducción a la vigésima parte de su tasa; aumentó la importancia de los accidentes y las anomalías congénitas, que pasaron a ocupar el primero y segundo lugar, respectivamente. La mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo progresivamente desde 1970.

El porcentaje de defunciones de menores de 5 años en relación con el total pasó de 41% en 1970 a 17% en 1980 y a 13,3% en 1988. La desnutrición grave y moderada llegó a ser de 2,9% para la población menor de 5 años atendida por el Ministerio de Salud.

La mortalidad de la población de 5 a 14 años se ha reducido de 0,9 por 1.000 en 1970 a 0,5 en 1988 y a

0,4 en 1986, lo que representa una reducción del 44 y del 20%, respectivamente; en 1988 esta tasa fue de 0,27 por 1.000. Entre las causas de mortalidad en este grupo se destaca la ausencia de defunciones por sarampión y la pérdida de importancia de la mortalidad por enfermedades diarreicas, que se desplazó del tercero al noveno lugar. Los tumores malignos pasaron del quinto al segundo lugar y las anomalías congénitas, del decimoséptimo al cuarto lugar.

Salud de los adolescentes y adultos

La tasa de mortalidad en la población de 15 a 64 años descendió de 3,3 a 2,3 por 1.000 habitantes entre 1970 y 1980, y a partir de este último año su reducción ha sido menor, llegando a 1,9 en 1988. Desde 1970 presentan un claro predominio entre las causas de mortalidad en este grupo las enfermedades crónicas y degenerativas; no obstante, los accidentes ocupan el primer lugar. Especial importancia tienen la enfermedad isquémica del corazón, el suicidio y las lesiones autoinfligidas, los tumores malignos del estómago y la enfermedad cerebrovascular.

En el grupo de 15 a 19 años, uno de los principales problemas es el embarazo y sus consecuencias tales como el aborto, el bajo peso al nacer entre los hijos de madres adolescentes y la deserción escolar femenina. Entre 1980 y 1985, aproximadamente 19% de los partos y abortos atendidos en la Caja Costarricense de Seguro Social correspondieron a menores de 19 años. Se estima que 30% de los embarazos de alto riesgo ocurre en adolescentes, que 53% de las adolescentes embarazadas no reciben atención prenatal y que 39% de los niños con bajo peso al nacer son hijos de adolescentes. Otro grave problema, en especial en hombres, son las enfermedades de transmisión sexual, ya que en este grupo de edad se registran las más altas tasas de blenorragia, chancroide y uretritis. En los últimos cuatro años disminuyó la incidencia de sífilis y blenorragia, posiblemente por temor al SIDA y por las campañas educativas sobre las medidas para prevenir esta enfermedad. Las principales causas de egreso hospitalario en este grupo de edad están relacionadas con el embarazo, parto y aborto, traumatismos, apendicitis, trastornos del aparato genital y malformaciones congénitas. Estudios realizados indican que el inicio del alcoholismo se produce especialmente en este grupo de edad, así como el del uso de drogas y el tabaquismo.

La mortalidad materna, que al igual que la infantil se había reducido notoriamente entre 1970 y 1980 (de 1,0 a 0,2 por 1.000 nacimientos), se ha mantenido desde entonces más o menos estable. Desde 1970, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son una de las principales causas de defunción en este grupo de población, y de ellas, especialmente el aborto. Existe exceso de

riesgo en los grupos de adolescentes y madres mayores de 35 años, a lo que se suma el riesgo producido por los embarazos no deseados (mayor en las mujeres con 4 y más hijos). En 1987, la principal causa de mortalidad materna fue la embolia pulmonar obstétrica; esa desplazó a la hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio, que lo había sido en 1985 y 1986. Los problemas fetales o placentarios, la hemorragia posparto y la sepsis puerperal importante ocuparon el segundo lugar como grupo de causas de mortalidad materna. En 1986, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aún ocupaban el cuarto lugar como causa de defunción entre las mujeres de 15 a 49 años.

En 1987, en la población masculina de 15 a 49 años, las causas externas fueron la principal causa de defunción, seguida por los tumores malignos y las enfermedades del corazón. En la población femenina de 15 a 34 años, la primera causa de defunción fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, seguida por los tumores y las causas externas; en el grupo de 35 a 49 años los tumores ocuparon el primer lugar, seguidos por las otras causas citadas. En el grupo de 50 a 64 años, en ambos sexos, los dos primeros lugares los ocuparon los tumores y las enfermedades del corazón. En 1970, la mortalidad en personas de 50 y más años representó 41,4% de la totalidad de defunciones; ascendió a 61,4% en 1980 y 68,9% en 1987; desde 1970, las principales causas de mortalidad en este grupo son las enfermedades crónicas y degenerativas.

Salud de las personas de edad avanzada

La tasa de mortalidad en el grupo de 65 y más años, que fue de 62,2 por 1.000 en 1970, llegó a 48,9 por 1.000 en 1987, y se estima una cifra de 48,5 para 1988. Las tres principales causas de defunción en este grupo son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares. En este grupo de edad se presentan las cifras más altas de consulta por habitante, y las causas más frecuentes son la enfermedad hipertensiva, las artropatías y la diabetes mellitus. Las cinco causas más frecuentes de hospitalización son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la isquémica del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los trastornos oculares, que producen 35% de los egresos. Los tumores malignos, que en 1980 constituían la primera causa de hospitalización, se han desplazado al tercer lugar.

Problemas que afectaron a la población general

En los últimos años se ha producido un ingreso masivo de migrantes. En su mayoría son centroamericanos que

huyen de la guerra y que se caracterizan por su extracción campesina y sus malas condiciones de salud y nutrición, bajo nivel de educación y experiencia ocupacional en labores poco calificadas. Según información de comienzos de 1988, esta población suma 160.260 personas, de las cuales 15.820 son refugiados dispersos, 7.440 refugiados en campamentos, 37.000 solicitantes de refugio y 100.000 indocumentados. Las autoridades de migración estiman que la cifra de indocumentados es mucho mayor, porque gran cantidad entra al país por sitios donde es difícil su control. Los migrantes que adquieren la condición de refugiados se asientan en campamentos ubicados en las zonas rurales.

Para la atención de los grupos de refugiados, desde 1986 se ha coordinado la labor del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, la Cruz Roja y la Dirección General para Refugiados, con el apoyo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la participación de Socorro Internacional. Después de dos años y medio se produjeron cambios significativos en las condiciones de vida, salud y nutrición de esa población. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 57,0 por 1.000 nacidos vivos en 1986 a 23,7 en 1987 y 15,4 en 1988. Entre enero de 1987 y diciembre de 1988, la desnutrición grave se redujo 83,9%, la moderada 68,8% y la leve 8,6%, de manera que solo el 14,3% de la población menor de 6 años mostraba desnutrición a fines de 1988.

Los logros más importantes en el control de las enfermedades transmisibles se han registrado en el área de las prevenibles por vacunación, cuya incidencia se redujo notoriamente en las dos últimas décadas, sin que se hayan registrado casos de poliomielitis ni de difteria desde 1973 y 1975, respectivamente. Aunque en 1986 y 1987 se presentó una epidemia de sarampión con 4.534 casos en el primero de esos años, en 1988 el número de casos bajó a 358. Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las más frecuentes son la virosis aguda de las vías respiratorias, la influenza y la diarrea infecciosa, que en 1988 representaron 58% de las notificaciones.

En 1987, la tasa promedio de mortalidad por enfermedades diarreicas fue de 1,28 defunciones por 10.000 nacidos vivos, en comparación con 13,6 en 1970; en algunos cantones se observaron tasas de 5,01 por 10.000. Aunque se ha producido un descenso de varias enfermedades transmitidas por el agua, se observa el aumento de otras, como la hepatitis vírica, con una tasa de 149 casos por 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmitidas por vectores, cuya incidencia fue baja hasta 1982, experimentan un incremento desde 1983. El mayor problema lo constituye el riesgo de aumento y dispersión de los casos de malaria, que en 1987 ascendieron a 883 y en 1988 a 1.116, con una tasa de 36 por 10.000 habitantes. La incidencia parasitaria

anual de malaria se elevó de 0,1 en 1983 a 0,32 en 1987, con una elevada proporción de casos importados. Aunque se evitó el restablecimiento de la transmisión en un gran número de áreas, la capacidad de detección oportuna de casos ha estado a punto de ser sobrepasada. También se ha requerido un esfuerzo adicional para mantener el territorio libre de *Aedes aegypti*.

Se registraron 52 casos de SIDA en 1988, entre ellos el primero de transmisión de madre a hijo y el primero en toxicómanos que se inyectan drogas por vía intravenosa. Ante este problema se han coordinado los esfuerzos de numerosas instituciones, se ha revisado la política establecida y se han concentrado esfuerzos en las acciones de tipo educativo y de dotación de la capacidad de diagnóstico de laboratorio. En contraste, se ha observado una declinación de las tasas de incidencia de las principales enfermedades de transmisión sexual.

En septiembre y octubre de 1988, como consecuencia del huracán Gilbert, que pasó cerca del país, y del Joan, que lo azotó directamente, se produjeron en la zona sur severas inundaciones, con gran contaminación ambiental que motivó el primer brote epidémico de leptospirosis en Costa Rica.

En Costa Rica no se producen casos de rabia canina desde 1980, y en el hombre, desde 1970, si bien la rabia en murciélagos es endémica y se ha detectado su transmisión en bovinos. Aunque la brucelosis es de declaración obligatoria, llama la atención que se notifiquen muy pocos casos en el hombre. Sin embargo, en 1986, los laboratorios del Ministerio de Agricultura y Ganadería analizaron 9.884 muestras de suero de diferentes especies de animales y 290 resultaron positivos, por lo que es probable que haya casos en el hombre que no se detectan, o que exista un subregistro de casos. La difícil situación de salud en los países vecinos ha generado la movilización de recursos con el propósito de prevenir la introducción de enfermedades no existentes o la reactivación de otras hasta ahora controladas.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

La Ley Nacional de Salud de 1973 establece que la salud es un bien de interés público cuya tutela corresponde al Estado y es ejercida por el Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud. Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la preservación de su salud.

La Ley de Planificación Nacional de 1983 establece un Sistema Nacional de Planificación con tres grandes subsistemas: de Reforma Administrativa, de Dirección y Planificación Regional y de Dirección y Planificación Sectorial. Uno de los sectores sociales es el de salud, que agrupa a las instituciones responsables de actuar en este campo bajo la orientación de un Ministro Rector a quien corresponde definir la política para su sector y velar porque las instituciones respondan a los objetivos y a las directrices en materia de política y reforma administrativa. Cuenta con el apoyo del Consejo Nacional Sectorial, la Secretaría Ejecutiva de Planificación y el Comité Técnico Sectorial.

Las instituciones del sector salud se han organizado y funcionan con base en criterios de regionalización y sectorización, para concentrar los servicios de alta especialización y desconcentrar los básicos. El Ministerio de Salud es responsable de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, y de la atención del medio; la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), de la recuperación de la salud y de la rehabilitación, y coadyuva en las acciones de prevención y promoción que realiza el Ministerio de Salud. El Instituto Nacional de Seguros (INS) es responsable de la atención, rehabilitación e indemnización de las personas cubiertas por pólizas de riesgos profesionales y del seguro obligatorio de vehículos automotores; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, del suministro de agua potable y servicios de alcantarillado. Las universidades y colegios técnicos responsables de la formación de recursos humanos también participan en la integración de uno de los organismos de dirección del sector.

La política de salud de la década de 1970 se orientó hacia el logro de una cobertura universal, por medio de dos estrategias básicas: la universalización de la seguridad social y la extensión de la cobertura de servicios, en especial a la población rural dispersa y urbana marginal, con el enfoque de atención primaria. Se ha definido como necesidad política y técnica el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, integrado por las instituciones del sector. Estas, sin perder su identidad jurídica ni su autonomía administrativa, deberán aceptar la uniformidad de los procedimientos técnicos y administrativos en los aspectos que así lo requieran. Este concepto implica la necesidad de planificación coordinada de los servicios; coordinación administrativa y consolidación presupuestaria en el nivel regional, y prestación de servicios integrales en el nivel local. En los últimos años se ha iniciado una labor de fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las unidades del nivel local y de articulación entre ellas para conformar sistemas locales de salud (SILOS), concebido cada uno de ellos como un conjunto de recursos interrelacionados, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en un área geográfica

definida por sus características epidemiológicas, demográficas, socioculturales, económicas y político-administrativas. Se ha hecho hincapié en los ubicados en zonas rurales dispersas y urbanas periféricas de mayor marginalidad. Las acciones han estado dirigidas principalmente a definir mecanismos e instrumentos para la programación de los SILOS; desarrollar capacidad gerencial para hacer posible la desconcentración hasta el nivel local de los recursos humanos, tecnológicos, financiero contables y de suministros; formular sistemas de información gerencial capaces de apoyar la gestión de los sistemas locales de salud y establecer mecanismos que incorporen la participación de la comunidad al proceso en el nivel local y regional.

Producción de servicios

En 1970 se produjeron 192.750 egresos hospitalarios (111 egresos por 1.000 habitantes): 18,5% en hospitales de la CCSS, 75,2 en los del Ministerio de Salud y 6,3% en los privados. En 1987 hubo 313.870 egresos. De ellos, los hospitales del sector público, a cargo de la CCSS, atendieron 96,3% de las estancias, y todos los demás, 3,7%, con una tasa de 112 egresos por 1.000 habitantes y una estancia promedio de 6 días, con variaciones desde 10 días en medicina a 2,2 días en obstetricia.

En 1970, 64,5% de las consultas médicas correspondieron a los establecimientos de la CCSS, 32,8% a los del Ministerio de Salud y 2,7% a las entidades privadas. La concentración fue de dos consultas por habitante por año. En 1987, 72% de las consultas fueron atendidas por la CCSS, 10% por servicios privados, 8% por el Ministerio, 6% por la medicina de empresa, 3% por el INS y 1% por la medicina mixta.

Capacidad instalada

En 1970, el país contaba con 51 establecimientos con camas y 348 sin camas. De los hospitales, 80% pertenecían al Ministerio de Salud, 8% a la CCSS y 12% a entidades privadas. De los establecimientos sin camas, 80,5% eran del Ministerio y 19,5% de la CCSS.

Esta estructura y dependencia administrativa varió sustancialmente a raíz de la ley de traspaso de hospitales de 1973, y de la construcción de nuevos establecimientos por parte del Ministerio y de la Caja. En 1989 el país contaba con 1.956 establecimientos, de los cuales el Ministerio disponía de 1.669: 578 (35%) destinados a nutrición; 140 (8%) a actividades relacionadas con la odontología y 951 (57%) a atención integral de la salud. De estos últimos, 494 (52%) corresponden a puestos de salud, 325 (34%) a áreas de salud comunitaria, 93 (10%)

a centros de salud y 39 (4%) a unidades móviles de atención médica. Por su parte, la CCSS tenía 29 hospitales: 9 (31%) de nivel nacional, 6 (21%) de nivel regional y 14 (48%) de nivel periférico, así como con 237 dispensarios de consulta externa. Los establecimientos y equipos del Ministerio son de menor complejidad que los de la CCSS, ya que están destinados a atención ambulatoria y domiciliaria. El INS disponía de 16 dispensarios médicos, un consultorio central y un centro de rehabilitación.

En 1970 el país dispuso de 7.008 camas (4 por 1.000 habitantes), de las cuales 2,2 por 1.000 estaban destinadas a la población de 0 a 12 años. Del total, 70% eran de corta estancia; 81% correspondía a establecimientos del Ministerio de Salud, 15% a los de la CCSS y 4% a entidades privadas. En 1987 había 7.173 camas, equivalente a 2,6 por 1.000 habitantes, de las cuales 1,3 por 1.000 estaban asignadas a niños de 0 a 12 años; 74% eran de corta estancia y 26% de larga estancia. El 3% correspondía a establecimientos del Ministerio de Salud, 95% a los de la CCSS y 2% a entidades privadas. Con base en metodologías de evaluación técnica de planta física y de equipos, se ha determinado que 70% de la obra civil e instalaciones de los hospitales se encuentra en estado normal, 15% presenta deterioro leve y 15% marcado deterioro.

Tecnología de los servicios de salud

En 1988, el país disponía de 127 farmacias en el sector público y 304 en el privado, 119 laboratorios clínicos, 16 laboratorios especializados, 27 bancos de sangre y 38 servicios de radiología, distribuidos en seis instituciones del sector: Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud e Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Se contaba con 227 equipos de radiología, de los cuales 139 (61%) se encontraban en condiciones normales de operación, 61 (27%) en condiciones irregulares y 27 (12%) inactivos. En los laboratorios clínicos, de 1.604 equipos 966 (60%) se encontraban en condiciones normales, 433 (27%) en condiciones irregulares y 205 (13%) inactivos.

La CCSS contaba con 93% de las farmacias, 57% de los laboratorios clínicos, 100% de los bancos de sangre y 94% de los servicios de radiología del país; 94% de los laboratorios especializados pertenecían al Ministerio de Salud.

En 1987, la CCSS despachó un total de 21.528.200 medicamentos: 70% en la consulta externa, 9% en pacientes hospitalizados y 10% en atención de urgencias. El número de exámenes de laboratorio clínico realizados en esa institución en ese año ascendió a 11.622.300: 49%

en la consulta externa, 35% en los servicios de hospitalización y 7% en la atención de urgencias. En ese mismo año, la institución efectuó 692.130 estudios radiológicos: 38% en la consulta externa, 21% en los servicios de hospitalización y 29% en la atención de urgencias, y los bancos de sangre suministraron material para transfundir a 27.330 pacientes: 2% de ellos en la consulta externa, 93% en los servicios de hospitalización y 5% en los de urgencias.

En el área de medicamentos, el Ministerio de Salud ha registrado unos 4.500 productos farmacéuticos para uso humano; además, vigila el cumplimiento de las normas de calidad de producción de dichos productos. Desde 1982 el país cuenta con un formulario nacional de medicamentos obligatorio para el sector público; dispone de unos 360 medicamentos en 520 presentaciones.

En 1987, el sector público gastó en medicamentos casi \$US30 millones, de los cuales más de 90% corresponde a la CCSS. En 1986, el gasto estimado en medicamentos a nivel de las farmacias privadas ascendió a \$US30 millones.

Aunque el país cuenta con 15 laboratorios de producción, inclusive tres transnacionales, el sector público sigue importando más de 60% de los medicamentos.

Financiamiento de los servicios de salud

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud son el presupuesto nacional, las cotizaciones del Estado, de los patronos y los obreros a la seguridad social, recaudaciones por servicios, contribuciones, ingresos de la lotería nacional y fuentes varias.

A principios de la década de 1980, las reducciones del gasto en salud generadas por la crisis fluctuaron entre 26,5 y 47,2%. La participación del gasto en salud en el PIB, que había ascendido de 5,1% en 1970 a 7,9% en 1980, descendió a 5,6% en 1982, para luego recuperarse de manera progresiva hasta llegar a 6,8% en 1988. En este último año, en relación con el gasto total del sector, el de la CCSS correspondió a 69,6%; el del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados a 14,3%; el del Ministerio de Salud a 14,3%, y el del Instituto Nacional de Seguros al 1,8% (en su componente de prestaciones de salud).

En la CCSS, el crecimiento del gasto en la consulta externa ha sido mayor que el hospitalario, como consecuencia de una desviación intencionada hacia los servicios ambulatorios y a los nuevos modelos de atención.

Desarrollo científico y tecnología en salud

La investigación en salud no ha figurado entre las prioridades de desarrollo nacional. Las instituciones que han

generado cierta infraestructura y capacidad técnica en este campo no tienen directrices comunes de trabajo y de articulación. Una buena parte de la investigación ha estado concentrada en áreas que no figuran dentro de las necesidades prioritarias del sector. Hay 11 centros de investigación identificados en la Universidad de Costa Rica, el Ministerio de Salud y la CCSS.

Existe un alto grado de dependencia de tecnología sofisticada para la producción de los servicios de salud. Con el fin de evaluar la demanda tecnológica se ha tratado de fortalecer los vínculos existentes con el Ministerio de Ciencias y Tecnología, organismo rector en este campo. Los mayores obstáculos para el desarrollo de la ciencia y la tecnología son la carencia de directrices políticas y de un proceso de planificación integral de la investigación y la tecnología necesaria; los escasos recursos financieros asignados a la investigación y a la transferencia de tecnología; la poca prioridad que se da en los sistemas educativos a la formación de hábitos y actitudes favorables; la tendencia de los equipos profesionales hacia la práctica clínica y la docencia, que determina menor disponibilidad y esfuerzo en el campo de la investigación y la tecnología, y el acceso limitado a las fuentes bibliográficas y la comunicación restringida entre la comunidad científica.

Recursos humanos

La formación y capacitación de recursos humanos en el sector salud no se ha basado en una planificación coordinada que conduzca a un balance entre la producción por parte de las instituciones que los forman y las necesidades de las que emplean personal. Esto ha favorecido la existencia de desigualdades en la disponibilidad y distribución de los recursos humanos, los que se concentran en las zonas más desarrolladas del país. La ausencia de una política explícita y de lineamientos que regulen los distintos aspectos del desarrollo del personal de salud contribuye sustancialmente a la incongruencia que existe entre la formación y capacitación de este personal, las modalidades de utilización del mismo, las necesidades de salud de la población y los planes y programas de salud del país. La orientación docente en las ciencias de la salud es eminentemente clínica con un enfoque predominantemente curativo. No existe un proceso de educación continua para el personal de salud, planificado y ejecutado en los diferentes niveles, que responda a las demandas de los programas derivados de la política nacional de salud y que promueva el aprendizaje en ambientes académicos cercanos a la realidad en que se prestan los servicios.

En 1987, el sector salud disponía de 28.130 funcionarios en tres de sus instituciones principales: la CCSS (71%), el Ministerio de Salud (23,6%) y el Instituto Nacional de Seguros (1,3%). El 37,9% de los recursos

CUADRO 1		
Recursos humanos en salud por 10.000 habitantes, según tipo, Costa Rica, 1970 y 1987.		
Tipo de recurso	1970	1987
Médicos	5,2	8,1
Odontólogos	1,4	1,0
Farmacéuticos	0,2	0,6
Enfermeras	4,0	5,1
Auxiliares de enfermería	13,3	13,3
Microbiólogos	0,5	1,1
Inspectores de saneamiento	0,6	0,7
Asistentes de salud rural	*	1,7
Asistentes de salud comunitaria	°	1,2

*Primera capacitación en 1971.

°Primera capacitación en 1977.

humanos de la CCSS y del Ministerio de Salud se ubicaban en el nivel central, con una proporción mayor en la seguridad social (42,2%) que en el Ministerio (22,6%). El total de los recursos, según tipo y razón por 10.000 habitantes, aumentó en 1987, en relación con 1970, con excepción de los odontólogos y las auxiliares de enfermería (Cuadro 1).

En 1987, 52% del personal desempeñaba funciones administrativas o relacionadas con servicios generales, y 48% funciones de atención directa a pacientes.

De los profesionales en ciencias médicas y el personal paramédico, 84,3 y 77,5%, respectivamente, trabajaban para la CCSS, lo que indica que la capacidad empleadora está concentrada prácticamente en una sola institución pública. Un estudio realizado a mediados de 1985 identificó la necesidad de capacitar en salud pública a 537 funcionarios del sector con funciones de planificación, programación y normalización de servicios, y de conducción, asesoría y supervisión en desarrollo de programas; de ellos 5% son técnicos y 95% profesionales. Para superar las deficiencias de formación en salud pública, la Universidad de Costa Rica, el Ministerio de Salud y la CCSS suscribieron un convenio; en 1989 se inició el primer curso de posgrado en este campo.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Costa Rica ha dado un gran impulso al cumplimiento de las metas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental dirigiendo sus actividades

de manera prioritaria a la población atendida en forma insuficiente y a los grupos menos privilegiados, en especial a la población rural dispersa y a la urbana marginada. Entre el primero y el segundo quinquenio de los años ochenta se extendió el servicio de agua potable de 84 a 93%; en las zonas urbanas, el porcentaje de cobertura se mantuvo en 100%, mientras que en las rurales aumentó de 69 a 82%. Para la evacuación de excreta, 100% de la población urbana y 88% de la rural contaron con alcantarillado, fosos sépticos o letrinas sanitarias, lo que representa un aumento de la cobertura global en relación con la de 1980, de 87 a 95%.

El problema de los desechos sólidos se agrava con el crecimiento de los centros poblados y el desarrollo industrial y comercial. Se estima que se producen más de 1,5 millones de kilos de desechos diariamente, de los cuales 60% corresponde a localidades urbanas y 40% a comunidades rurales. El 16% se recolecta regularmente, pero con disposición final inadecuada, y 54% no se recolecta y se acumula indiscriminadamente.

Se estima que la contaminación biológica y química, la descomposición y el almacenamiento inadecuado de los alimentos causan pérdidas de aproximadamente 35% de la producción del país. A estos impactos económicos

directos cabe agregar el costo de atención médica y recuperación de las personas afectadas por enfermedades alimentarias. En los últimos años se ha hecho un esfuerzo especial por atacar este problema, y en 1987 las defunciones relacionadas con alimentos contaminados experimentaron una reducción del 30%.

También la contaminación ambiental es un problema que se ha agudizado con el crecimiento industrial y de la población, y su concentración en las zonas urbanas, causando un detrimento progresivo de las condiciones del ambiente. La expansión agroindustrial ha redundado en la contaminación de cuerpos receptores, principalmente por el uso indiscriminado de pesticidas, plaguicidas, metales pesados y otros elementos tóxicos.

En el país existen numerosas instituciones responsables de la administración, protección y mejoramiento del ambiente. En 1986 se inició una estrategia de conservación y desarrollo sostenido a nivel nacional, con la participación de distintos sectores económicos y sociales.

Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales muestran índices progresivamente ascendentes y representan una fuerte carga económica en compensaciones y gastos médicos, además de las consecuencias para la familia y el individuo.

CUBA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La República de Cuba es un Estado socialista cuya organización político-administrativa fue establecida por la Constitución en vigor desde 1976, con 14 provincias y 169 municipios, uno de los cuales constituye un municipio especial.

El desarrollo integral del país se rige por un Sistema Nacional de Dirección y Planificación de la Economía que establece los principios, subsistemas, métodos y procedimientos a través de los cuales se realizan la planificación, la dirección y el control de las actividades económicas.

Para 1987, la mayoría de los sectores de la economía habían incrementado su participación en el producto social global con respecto a 1985. En el Cuadro 1 se presentan algunos de los principales indicadores económicos del país.

El salario medio mensual en la esfera productiva sufrió una reducción en los últimos años, pasando de \$189 en 1985 a \$182 en 1987; por su parte, en la esfera no productiva se incrementó de \$184 en 1985 a \$188 en 1987.

Los cambios radicales implantados en la pesca, la agricultura y el uso de la tierra en el período revolucionario han repercutido en la alimentación de la población. El consumo de calorías per cápita se ha ido incrementando y llegó a 2.948 en 1988. Entre 1975 y 1980 la producción de huevos aumentó de 1,9 a 2,5 millones y la de leche, de 591 a 940 millones de litros; de 1975 a 1987 la producción total de frutas de los sectores estatal y privado se incrementó notablemente, en especial la de cítricos, que se quintuplicó. Además, Cuba es uno de los mayores productores mundiales de azúcar. Existe un control de la distribución de algunos alimentos de primera necesidad y relativamente bajo costo, lo que garantiza su accesibilidad.

Un principio elemental de la política del país es que nadie quede desamparado o sin oportunidad de estudiar o trabajar. En relación con la población femenina, la tendencia se dirige a la incorporación de la mujer al trabajo; así, en 1980 trabajaba el 34,7% de las mujeres en edad laboral (17 a 55 años), en 1985 el 43,0% y en 1987 el

44,4%. La matrícula universitaria nacional del curso 1987-1988 fue de 262.225 alumnos, de los cuales 55,6% son mujeres de 17 años o más; la mayoría de ellas se dedica exclusivamente al estudio.

El analfabetismo, que antes de 1960 era del 30% de la población, fue erradicado. La enseñanza primaria presenta una asistencia del 97,3% de la población de 6 a 12 años. La diferencia entre las provincias de mayor y menor escolarización es de 2 a 3%. A la enseñanza media asiste el 92% de los jóvenes en el grupo de edad correspondiente. Los graduados universitarios (de la educación superior en general) fueron 26.022 en el curso de 1984-1985 y 27.513 en el de 1986-1987. En esta última graduación más de la mitad fueron mujeres, lo que refleja una situación común en diversos niveles de la enseñanza. En el curso de 1987-1988 se otorgaron 29.282 becas en enseñanza primaria, 49.493 en enseñanza media, 122.190 en enseñanza técnica y profesional, y 61.655 en enseñanza universitaria. Los círculos infantiles son parte de la rama de la educación y atienden niños desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los 6 años de edad. Dichos círculos—junto con los becarios y otras 451.008 plazas de seminternado que ofrecen alimentación y en parte vestuario a los alumnos—superan ampliamente el millón de plazas en años recientes, lo que favorece la incorporación y permanencia de la mujer en el trabajo.

La disponibilidad de viviendas ha sido en general deficitaria, lo que ha requerido un gran esfuerzo constructivo en el actual decenio. De 1981 a 1987 se han construido 465.190 viviendas de mampostería dotadas de agua, luz eléctrica, servicios sanitarios y otros beneficios comunales. Esta cifra incluye las viviendas construidas por empresas dedicadas a este fin y otras empresas no constructoras, así como por la propia población, pero no incluye construcciones rústicas.

La migración interna del medio rural al urbano y el menor ritmo de construcciones en el decenio del setenta determinaron que, a pesar de que en los primeros años de los sesenta quedaron eliminados todos los barrios insalubres de la capital y otras ciudades importantes, otros han aparecido y en 1989 existían algunos en La Habana, donde vive el 3% de la población (unos 60.000 habitantes). También se observa este fenómeno en menor escala en la Ciudad de Santiago de Cuba. Esto ha sido cuantificado y se planifica su erradicación en pocos años. En las ciudades no existen cinturones de pobreza propia-

CUADRO 1			
Indicadores económicos seleccionados, Cuba, 1980, 1985 y 1987.*			
Indicadores	1980	1985	1987
Producto social global ^b			
En precios corrientes	17.605,6	26.904,1	25.556,4
En precios de 1981	19.110,8	27.069,7	26.350,3
Producto social global per cápita ^c			
En precios corrientes	1.810	2.664	2.481
En precios de 1981	1.965	2.683	2.558
Ingresos monetarios de la población ^b			
Ingresos monetarios de la población total	6.766,3	10.314,8	10.654,6
Ingresos monetarios de la población per cápita ^c	696	1.021	1.034

*La contabilidad nacional de Cuba se rige oficialmente por el Sistema de Balance de la Economía Nacional, recomendado por el Consejo de Ayuda Mutua Económica de los países socialistas, o Sistema del Producto Material, como lo denomina la Oficina de Estadística de Naciones Unidas.

^bMillones de pesos.

^cPesos.

Fuente: Anuario Estadístico de Cuba. Comité Estatal de Estadística.

mente dichos, sino caseríos aislados insalubres por asentamientos apresurados de trabajadores.

Entre 1981 y 1987 se incrementaron las vías de comunicación por carretera; de 10.662 km pavimentados en 1981-1985 se pasó a 24.440 km en 1987. La proporción de la población que vive a más de 5 km de una autopista, carretera, vía férrea, comunicación marítima u otras vías es menor del 5%, aun incluyendo las áreas montañosas, aunque en estas se sigue encontrando la población menos comunicada.

Características demográficas

La población de Cuba era de 10 millones de habitantes en 1988. La densidad de población por km² ascendió de 89,2 en 1983 a 94,0 en 1988, y aunque existen áreas con diferentes densidades de población, no se aprecia gran desproporción de territorios poblados y despoblados. La proporción de población urbana aumentó del 69,0% en 1981 al 72,3% en 1988.

En los últimos 20 años se han producido grandes cambios en la estructura de la población. Estas variaciones obedecen a un importante descenso de la natalidad y a la emigración de 403.015 personas en el período 1964 a 1973 y de 244.799 entre 1974 y 1983. El movimiento migratorio entre provincias fue de 16,9 habitantes por

1.000 en 1983 y de 17,6 en 1987. Debido a la demanda de personal para el desarrollo de planes agrícolas e industriales, el desplazamiento ocurre principalmente de las provincias más orientales hacia las occidentales y desde las áreas rurales a las urbanas.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado entre 1980-1985 y 1985-1990, pasando de 71,4 a 72,2 años para el sexo masculino y de 75,2 a 75,8 años para el sexo femenino. En las 14 provincias del país la esperanza de vida varía entre 73,4 años en Ciudad de La Habana y 75,7 años en Villa Clara.

La estructura por edad de la población ha variado de 1983 a 1988: el grupo de menores de 15 años pasó de 28,1 a 23,7%, el de 15 a 64 años, de 63,9 a 67,9% y el de 65 años y más pasó de 8,0 a 8,4%. En el mismo período el índice de masculinidad ha evolucionado de 102 a 101 hombres por 100 mujeres.

Los tipos de núcleos familiares más frecuentes en el país en 1987 eran los de cuatro personas, con 567.907 núcleos; seguidos de los de tres personas, con 551.017, y los de dos personas, con 449.143 núcleos.

La tasa de natalidad se ha incrementado de 14,1 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 1980 a 18,1 en 1988. Las cifras brutas de nacidos vivos para estos años fueron 136.900 y 187.911, respectivamente, con un 98,5% nacidos en instituciones de salud en 1980 y 99,8% en 1988. La tasa de fecundidad general o fecundidad por 1.000 mujeres de 15 a 49 años fue de 56,3 y de 64,1.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Estimaciones basadas en los censos nacionales de 1970 y 1981 confirman la integridad prácticamente total de la inscripción de los recién nacidos, debido al registro que de ellos se hace en las instituciones de salud antes de ser dados de alta, sistema iniciado en 1964 y que en 1965 pasó a ser ley de la República. Conjuntamente con el registro se entrega el documento de identidad del menor antes del egreso.

En cuanto a las defunciones, en 1968 se habilitó a los directores de instituciones de salud, así como a los jefes de archivos y estadísticas de las respectivas dependencias, para legalizar la veracidad de la firma del médico certificador. Con esta medida las oficinas competentes pasaron de algo más de 100 a más de 600, eliminándose el inconveniente de la inaccesibilidad que contribuía al subregistro. La gratuidad total de los funerales en el país y de la inhumación en los cementerios también contribuyeron a mejorar la cobertura e integridad de la información; estas medidas requirieron el control de las funerarias y los cementerios por las administraciones municipales. El subregistro de un 10% de las defunciones en 1960 se redujo a un 0,5% en 1980.

El cotejo de la doble certificación de la defunción entre los Ministerios de Justicia y Salud Pública en cada una de las 14 provincias del país, la codificación inicial en provincias de la certificación médica y su revisión total a nivel nacional, así como la implantación de una certifi-

cación para la muerte perinatal desde enero de 1973 han favorecido la cobertura e integridad de la información de nacimientos y defunciones.

Las 10 principales causas de muerte no han variado en el decenio de 1980, aunque, como se aprecia en el Cuadro 2, algunas han cambiado en posición relativa. Las cinco primeras causas ocasionaron cerca del 70% del total de las defunciones y a las 10 primeras causas correspondió el 80% aproximadamente del total de muertes tanto en 1980 como en 1988. En 1980 el 76,8% de las muertes se produjeron en mayores de 50 años y el 60,1% en mayores de 65 años; en 1988 estas proporciones fueron de 79,9% y 63,9%, respectivamente.

Si las tasas se ajustan según edad tomando promedios trienales para comparar períodos en vez de años, y se agrupan las muertes violentas en un solo grupo, se observan ligeros cambios de las tasas de algunas de las primeras causas de muerte en el último trienio y se aprecia que las violencias cobran vidas en grupos de edad jóvenes (Cuadro 3).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Las tasas de mortalidad infantil han disminuido de 16,5 a 11,9 por 1.000 nacidos vivos entre 1985 y 1988, y, con una sola excepción, en 1988 todas las provincias presentaron tasas inferiores a 15. Por grupos de edad, la tasa de mortalidad en menores de 7 días pasó de 8,1 a 6,1 por 1.000 nacidos vivos; la tasa en el grupo de 7 a

CUADRO 2				
Defunciones según grupos de causas por 100.000 habitantes, Cuba, 1980 y 1986-1988.				
Grupos de causas	1980	1986	1987	1988*
Enfermedades del corazón	166,7	183,6	185,5	191,4
Tumores malignos	106,6	118,2	119,7	123,9
Enfermedades cerebrovasculares	55,3	63,1	64,7	62,1
Accidentes	38,0	42,8	43,6	48,5
Influenza y neumonía	38,6	38,5	39,3	34,3
Suicidio y lesiones autoinfligidas	21,4	22,6	22,4	21,3
Diabetes mellitus	11,1	16,2	17,0	20,5
Bronquitis, enfisema y asma	7,0	7,3	7,7	10,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13,2	9,6	10,8	9,5
Anomalías congénitas	8,1	8,1	8,3	8,7

*Datos provisionales

CUADRO 3				
Tasas de mortalidad ajustadas según edad y años de vida potencial perdidos (AVPP) para las principales causas de defunción, Cuba, 1982-1984 y 1985-1987.				
Grupos de causas	1982-1984		1985-1987	
	Tasa ^a	AVPP ^b	Tasa ^a	AVPP ^b
Enfermedades del corazón	179,2	5,6	178,0	6,5
Tumores malignos	113,4	6,5	114,3	7,1
Muertes violentas	67,7	19,0	70,6	20,8
Enfermedades cerebrovasculares	57,6	2,2	60,6	2,4
Influenza y neumonía	37,8	1,2	38,1	1,1
Diabetes mellitus	13,1	0,7	15,7	0,7
Afecciones originadas en el período perinatal	12,2	...	10,0	...
Anomalías congénitas	8,4	1,3	7,9	1,3
Bronquitis, enfisema y asma	7,5	0,6	6,1	0,5

^aTasas por 100.000 habitantes, ajustadas por el método directo tomando como población tipo la de 1983.

^bAVPP de 1 a 64 años por 1.000 habitantes.

24 días pasó de 2,1 a 2,0 y la del grupo de 28 días a 11 meses, de 6,3 a 3,8 por 1.000 nacidos vivos.

Entre los factores que influyeron en el descenso de la mortalidad perinatal e infantil están: la disminución del bajo peso al nacer, de 8,2% en 1985 a 7,5% en 1988; el programa para la reducción de la mortalidad infantil, que facilita la atención médica, de enfermería y otras especialidades tanto a la madre como al menor de 1 año, no importa el lugar donde viva; la instauración en 1985 del programa del médico y la enfermera de familia, que ha permitido mejorar la atención primaria; el nacimiento de más del 99,5% de los niños en hospitales en los últimos años; la aplicación del programa de detección precoz de malformaciones congénitas, y, finalmente, la estructuración de un nuevo programa de perinatología que comprende la creación de salas de perinatología en los hospitales maternos, así como la introducción de un bloque materno para mejorar la atención a la mujer embarazada (con esto se ha logrado una mejor interrelación de las maternidades con los hospitales generales y se ha mejorado el equipamiento y las salas de neonatología).

Las cinco primeras causas de muerte de los menores de un 1 año (Cuadro 4) ocasionan alrededor del 80% del total de defunciones en ese grupo de edad.

La tasa correspondiente a las afecciones originadas en el período perinatal disminuyó de 6,2 en 1987 a 5,2 en 1988, debido fundamentalmente a reducciones en la anoxia-hipoxia, la membrana hialina y otras afecciones perinatales.

Las enfermedades diarreicas fueron la primera causa de mortalidad infantil durante más de 50 años en este siglo y todavía en 1970 presentaban una tasa de 5,5 defuncio-

nes por 1.000 nacidos vivos. Para 1988 solo fueron responsables de 321 muertes en la población general, con una tasa de 3,0 por 100.000 habitantes y el 0,5% de la mortalidad del país; el 26,2% de las muertes por diarreas agudas ocurrieron en menores de 1 año. El número de consultas realizadas por enfermedades diarreicas agudas no siguió la misma curva de tendencia que la de la mortalidad.

Las primeras causas de muerte en los grupos de 1 a 4 años y 5 a 14 años permanecen constantes desde hace años. En 1988 los accidentes ocuparon el primer lugar en el grupo de 1 a 4 años, con una tasa de 2,3 por 1.000, seguidos de las anomalías congénitas con 1,1, los tumores malignos con 0,7 e influenza y neumonía con 0,5. En el grupo de 5 a 14 años el primer lugar lo ocuparon los accidentes, con una tasa de 20,4 por 1.000, seguidos de los tumores malignos con 5,0, las anomalías congénitas con 3,5, las infecciones meningocócicas con 1,6 y las enfermedades del corazón con 1,0.

En 1984 se introdujo en el Sistema Nacional de Vigilancia Nutricional la determinación de las medidas antropométricas según percentil de ubicación del peso para la talla. Los resultados pueden apreciarse en el Cuadro 5.

El programa de vigilancia nutricional en menores de 5 años tiene alcance nacional, y es facilitado por el elevado número de consultas de puericultura en todo el país. Los niños por encima del percentil 90 o por debajo del 10 son considerados en riesgo y son seguidos expresamente. Los casos evidentes de desnutrición son escasos y en general son secundarios o asociados con problemas sociofamiliares específicos.

Los nacidos con bajo peso se mantienen en los servicios

CUADRO 4				
Mortalidad infantil según grupos de causas (por 1.000 nacidos vivos), Cuba, 1985-1988.				
Grupos de causas	1985	1986	1987	1988
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,9	5,9	6,2	5,2
Anomalías congénitas	3,4	3,3	3,0	3,0
Influenza y neumonía	1,7	1,1	1,1	0,9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1,1	0,6	0,7	0,5
Accidentes	*	0,4	0,4	0,3

*No formaron parte de las cinco primeras causas en 1985

CUADRO 5				
Porcentaje de niños por debajo de los percentiles 3 y 10 y por encima de los percentiles 90 y 97 de las normas de peso para la talla, Cuba, 1984 y 1988.				
Percentiles	1984		1988	
	Menores de 1 año	De 1 a 4 años	Menores de 1 año	De 1 a 4 años
Menos del 3	2,1	0,5	1,1	0,3
Menos del 10	5,3	0,8	4,1	0,6
Más del 90	6,0	1,6	4,9	0,9
Más del 97	2,6	1,0	1,6	0,5

de neonatología hasta alcanzar el peso necesario para la vida en el hogar sin riesgos.

Salud de los adolescentes y adultos

La mortalidad materna ha evolucionado de 5,3 defunciones por 10.000 nacidos vivos en 1980 a 2,6 en 1988. En la disminución de 1987 tienen un peso importante la reducción de muertes asociadas a hemorragias e infecciones relacionadas con la operación cesárea y las más estrechas relaciones de trabajo entre las maternidades y las unidades de cuidados intensivos de los hospitales clínico-quirúrgicos que se han establecido.

La mortalidad en el grupo de 15 a 64 años representó cerca del 30% de las muertes en el período de 1985 a 1988. Algo menos de la mitad de estas muertes ocurre en el subgrupo de 15-49 años.

En 1988 los accidentes, que a partir del primer año de vida son la primera causa de muerte, siguieron siéndolo hasta los 50 años. La segunda causa en el grupo de 15 a 49 son los tumores malignos, a los que siguen el suicidio, las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Entre los 50 y los 64 años la primera causa son las enfermedades del corazón, seguidas de los tumores

malignos, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y la diabetes mellitus, esta última con predominio femenino.

Es notorio el movimiento de las enfermedades crónicas hacia los primeros lugares en los grupos de 15-49 y 50-65 años. Las enfermedades del corazón y los tumores malignos ocupan el segundo y el cuarto lugar en el grupo de 15 a 49 años, con tasas de 21,1 y 25,4 por 100.000 habitantes, respectivamente, y el primer y segundo lugar en el grupo de 50 a 64 años, con tasas de 268,1 y 252,6 por 100.000. Los accidentes ocupan el primer lugar en el grupo de 15 a 49 años, con una tasa de 42,7 por 100.000 habitantes, y el cuarto lugar en el grupo de 50 a 64 años, con una tasa de 48,3 por 100.000 habitantes.

Salud de las personas de edad avanzada

El porcentaje de defunciones del grupo de 65 y más años pasó de 61,8% del total en 1985 a 63,9% en 1988. Al analizar las causas de muerte de 65 y más años se visualiza de qué mueren las tres quintas partes de los habitantes del país. Se toma como ejemplo el año 1988, ya que durante el decenio el orden no ha variado (Cuadro 6).

CUADRO 6

Número de defunciones por las principales causas y tasa por 100.000 habitantes de 65 y más años de edad, Cuba, 1988.

Grupos de causas	Defunciones	Tasa
Enfermedades del corazón	15.443	1.753,5
Tumores malignos	8.274	939,5
Enfermedades cerebrovasculares	4.756	540,0
Influenza y neumonía	2.946	334,5
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	2.700	306,6

Los cinco grandes grupos de causas de muerte que se mencionan en el Cuadro 6 ocasionan el 78,6% de la mortalidad del grupo de edad. Cerca del 80% de las muertes por enfermedades del corazón se deben a enfermedades isquémicas, siempre con sobremortalidad masculina.

Los tumores malignos más frecuentes son los de tráquea, bronquios y pulmón, con 30,0 defunciones por 100.000 habitantes y franco predominio masculino; siguen en importancia los tumores del aparato digestivo como subgrupo, (cavidad bucal, faringe, esófago, estómago, colon sigmoide y recto), y también tienen importancia los de la próstata, la mama y el útero.

La arteriosclerosis es la causa básica en el 94% de las defunciones por enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares; el 77% ocurre en mayores de 75 años. Si se estudian las causas múltiples, los componentes de estos grupos se combinan con gran frecuencia con la hipertensión y la diabetes mellitus.

Un estudio del Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna arrojó que en nueve provincias ha descendido el hábito de fumar mientras en cinco ha aumentado. La cifra más baja de fumadores en la población mayor de 13 años en 1988 la presenta la provincia Ciudad de La Habana con 34,1% y la más alta corresponde a la provincia Sancti Spiritus con el 49,9%.

Problemas que afectaron a la población general

Ha habido una disminución progresiva de la morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en todas las edades, y en particular en la infancia, así como un

aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas según se ha incrementado la esperanza de vida.

En el Cuadro 7 se presenta la evolución de algunas enfermedades infecciosas.

En los años estudiados no se notificaron casos de difteria, tétanos neonatal, rabia humana, malaria autóctona ni poliomiéltis.

La disminución de las enfermedades prevenibles por vacunación se explica por la alta cobertura de vacunación, que a nivel nacional alcanza a más del 88% en los distintos grupos de edad y grados escolares estudiados.

La meningitis meningocócica tipo B se ha mantenido como un problema que ha comenzado a descender recientemente; la incidencia en 1986 llegó a 6,9 por 100.000 habitantes. Actualmente se vacuna en forma sistemática con una nueva vacuna producida en el país cuya eficacia se calcula en un 70%.

Las enfermedades de transmisión sexual se han incrementado y están siendo objeto de atención especial. Hasta junio de 1989 se habían detectado 308 seropositivos al agente del SIDA en 4.748.731 personas examinadas. Los exámenes comenzaron con los grupos más expuestos según edad, personal cubano con períodos de servicios en diversos continentes, marinos, etc. y se han ido extendiendo a la población en general en la que es sumamente baja la positividad: 0,007%.

En 1988 se estimó la prevalencia de algunas enfermedades usando como referencia la población atendida en los policlínicos de áreas de salud y se encontraron las siguientes tasas por 1.000 habitantes para áreas sin y con médico de familia, respectivamente: hipertensión arterial 32,7 y 60,9; asma bronquial 16,1 y 36,7, y diabetes mellitus 13,2 y 16,9 por 1.000 habitantes.

CUADRO 7

Tasa de incidencia de algunas enfermedades de notificación obligatoria (por 100.000 habitantes), Cuba, 1980, 1987 y 1988.

Enfermedad	1980	1987	1988
Fiebre tifoidea	1,0	0,7	0,9
Tuberculosis	11,6	6,1	5,9
Meningitis tuberculosa	—	0,0	—
Leprosia	3,1	3,4	2,8
Tos ferina	1,3	1,0	0,3
Tétanos	0,3	0,1	0,0
Sarampión	38,9	8,3	1,2
Meningitis meningocócica	4,4	5,5	5,1
Blenorragia	168,4	353,2	371,7
Sífilis	44,7	84,3	82,4

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

En Cuba hay un sistema único, integral y descentralizado para la atención de salud de la población. El órgano rector es el Ministerio de Salud Pública cuyas funciones son normativas y de coordinación y control. Existen ocho viceministerios correspondientes al Viceministro Primero y a los de Asistencia Médica, Higiene y Epidemiología, Docencia Médica, Ciencia y Técnica, Servicios, Economía e Industria Farmacéutica, cada uno de los cuales cuenta con diversas direcciones específicas. El Ministerio de Salud Pública atiende directamente los institutos de investigación, los institutos y facultades de medicina y algunos hospitales nacionales, así como la producción nacional de medicamentos y su distribución.

Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales del poder popular (gobiernos locales), de quienes reciben el presupuesto, los abastecimientos (no médicos), la fuerza laboral y el mantenimiento. Técnicamente están subordinadas al Ministerio de Salud Pública. De esta forma se garantiza la descentralización ejecutiva y presupuestaria y se crean las condiciones para una efectiva coordinación intersectorial para hacer frente a los problemas de salud de la población. Cada provincia y el municipio especial Isla de la Juventud conforman sistemas locales de salud (SILOS). La única excepción en este sentido es Ciudad de La Habana, que tiene una alta densidad de población en un área geográfica reducida. Esta condición, acompañada de una extensa red de servicios de salud de todos los niveles, incluidos varios institutos de investigación con servicios de atención altamente especializados, y hospitales de referencia nacional, permiten la conformación de varios SILOS en Ciudad de La Habana tomando como marco organizativo el nivel municipal.

El sistema único de salud mantiene además los siguientes principios relevantes: la planificación del desarrollo del sistema y el mejoramiento de la salud de la población, la orientación preventiva como línea fundamental del desarrollo, el carácter gratuito de la atención médica y la accesibilidad total de la población a los servicios, la atención a los avances científicos y su introducción en la práctica, la participación del pueblo en las tareas de salud y la ayuda que sea posible dar a otros pueblos que la necesiten.

La transformación fundamental del sistema nacional de salud a partir de 1984 ha sido la implantación de un nuevo modelo de atención primaria de salud a través del Pro-

grama del Médico de Familia, mediante el cual se asigna un médico y una enfermera a cada 120–160 familias (600–700 personas). El trabajo de este equipo médico-enfermera, al que se une el psicólogo y la brigadista sanitaria de la Federación de Mujeres Cubanas se caracteriza por la atención integral a la población tomando como punto de partida a la familia como su núcleo de trabajo, siendo básicas la educación para la salud y la promoción de salud y la prevención.

En 1988 se contaba con 6.211 médicos de familia que cubrían el 37% de la población nacional. De la graduación de 1989 a mediados de año estaban dispuestos 2.540 médicos para esta función, con la cual se alcanzará la cobertura del 45%. Al comenzar el curso 1989–1990 estarán entre el primero y sexto año de la carrera los futuros médicos que cubrirán cerca del 100% de la población nacional para 1995–1996. Este médico constituye la piedra angular de la atención primaria y el políclínico va transformando su organización hacia la coordinación de los servicios, la docencia y la investigación, la interconsulta entre los especialistas y el médico de familia, y a la vez aporta los medios y servicios auxiliares de diagnóstico convirtiéndose así en la “facultad” del médico de familia.

El médico de familia trabaja en estrecha interrelación con el hospital y otras instituciones de salud secundarias y terciarias que brindan servicios a la población con pleno conocimiento de este médico. De esta forma la población obtiene la dispensarización total, el seguimiento más directo de sus enfermos crónicos, la educación directa para la salud, la inmunización total, la prevención de factores de riesgo y el control ambiental de su comunidad. Este programa se extiende a los centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles, marina mercante y cooperativas agropecuarias con el objetivo de llegar al hombre en su propio medio laboral y educacional.

Dentro de las diversas formas de participación de la comunidad en las tareas de salud, resultan las más importantes la de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y los Comités de Defensa de la Revolución (CDR). La primera agrupa a más de 3 millones de mujeres y los segundos a 6.400.000 miembros, en ambos casos mayores de 14 años. La más efectiva participación de la FMC es a través de las brigadistas sanitarias voluntarias cuyo número ha aumentado de 56.535 en 1980 a 58.237 en 1988. En este último año han realizado 2.421.331 visitas de terreno de las cuales el 42,8% han sido en relación con el programa maternoinfantil en la atención a la embarazada y el recién nacido, el 18% con el programa de prevención de cáncer del cuello uterino, el 10,5% con el programa de inmunización y el resto con la atención de otros problemas de salud como los de enfermos diabéticos, hipertensos, etc. Los CDR desde 1962 han administrado la vacuna oral contra la poliomielitis y la do-

nación voluntaria de sangre, en la que comenzaron hace más de 25 años con 20.000 a 30.000 donaciones al año, y alcanzaron 605.057 en 1988. Estos activistas de salud son coordinadores de las acciones entre la población y los centros de salud y dan orientación a la población sobre educación y problemas de salud, pero no curan, ni diagnostican, ni administran medicamentos.

Capacidad instalada y producción de servicios

En 1988 Cuba contaba con 7,0 camas por 1.000 habitantes, de las cuales 5,3 eran de asistencia médica y 1,7 de asistencia social. Además, había un sillón de estomatología por cada 2.240 habitantes y 1,3 estomatólogos por sillón.

En los últimos años se ejecutó un programa de ampliación y modernización de los hospitales pediátricos con la construcción de 31 salas de terapia intensiva, construcción y ampliación de los policlínicos de especialidades pediátricas adjuntos a estos hospitales y creación de nuevos servicios y modernización de su equipamiento.

Se revitalizó el Servicio Médico Social Rural, remozándose la red de hospitales rurales y mejorando su equipamiento. Se creó el destacamento de estudiantes de medicina "Piti Fajardo", cuyos integrantes realizan internado en zona rural.

Se introdujeron nuevas técnicas de diagnóstico, como el ultrasonido, extendido a toda la red hospitalaria, la tomografía axial computadorizada en centros de alta especialización y más recientemente la resonancia magnética nuclear y la cámara hiperbárica. También se han adquirido y puesto en funcionamiento tecnologías novedosas, como la litotricia extracorpórea para el tratamiento de la litiasis renal.

Se crearon seis cardiocentros distribuidos en el país, y en 1988 se realizaron 1.717 intervenciones quirúrgicas. El programa de oftalmología ha continuado desarrollándose y se han introducido las técnicas de vitrectomía, microcirugía, facoemulsificación, ultrasonido ocular, lentes ultraoculares, tonometría computadorizada, uso del láser, microscopia especular en el transplante de córnea y cirugía de la miopía. Se creó un centro de microcirugía ocular en serie.

Se ha extendido a todo el país el programa de detección prenatal precoz de malformaciones congénitas, como el síndrome de Down y trisomías, los defectos del tubo neural, algunas malformaciones detectadas por ultrasonido o los problemas de ambos padres portadores de hemoglobinopatía falciforme, y en las consultas de consejo genético se da orientación a los padres para que decidan libremente si desean o no interrumpir el embarazo. También existen los programas de detección de hi-

potiroidismo congénito en el recién nacido así como la detección precoz de la fenilcetonuria y la aplicación de los tratamientos respectivos.

Las consultas médicas por habitante aumentaron de 5,9 en 1985 a 6,5 en 1988; las consultas estomatológicas se mantuvieron alrededor de 1,5 en ese período. Las consultas de menores de 1 año subieron de 17 a casi 20 por niño; casi 60% de las mismas correspondieron a puericultura. Además, en 1985 y 1988 se atendieron unas 5 consultas por año de niños de 1 a 4 años y unas 2 consultas por año del grupo de 5 a 14 años. En promedio se dieron 12,8 consultas prenatales por parto en 1985 y 14,6 en 1988. Los ingresos en hospitales en 1985 fueron 1.608.551, para 16 ingresos por 100 habitantes y en 1988, 1.610.592, para 15,5 ingresos por 100 habitantes en 1988. Se interpreta que el descenso relativo de ingresos guarda relación con la atención domiciliaria del médico de familia a pacientes que de otra manera serían ingresados en el hospital.

Financiamiento de los servicios de salud

La única fuente de financiamiento del sistema de salud es el presupuesto estatal. El Cuadro 8 muestra los gastos corrientes e inversiones de 1985 a 1988, y el Cuadro 9, la evolución de los gastos de seguridad social.

CUADRO 8		
Gastos corrientes e inversiones, en millones de pesos, Cuba, 1985-1988.		
Año	Gastos corrientes	Inversiones
1985	794,3	105,5
1986	875,2	177,7
1987	922,5	229,2
1988	978,9	291,8

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La disponibilidad de agua es un problema nacional desde hace muchos años. En 1959 existían en el país 13 presas con una capacidad de almacenamiento de 47,8 millones de metros cúbicos (MMm³) y a finales de 1987 existían 105 presas de capacidad superior a los 5 MMm³ y capacidad total de 7.026,7 MMm³. Estas presas, unidas a otros centenares de capacidad menor de 5 millones, distribuidas en zonas agrícolas, ganaderas e industriales del país vienen resolviendo el problema.

CUADRO 9			
Gastos de seguridad social, en millones de pesos, Cuba 1980, 1985 y 1987.			
Prestaciones	1980	1985	1987
Total	709,3	965,2	1.136,6
Pensiones por edad, invalidez total y muerte	541,5	764,1	930,6
Subsidios por enfermedad, accidente y maternidad	97,6	149,2	147,0
Pensiones por invalidez parcial	0,5	3,7	15,2
Complementarios	4,9	4,1	4,2
Prestaciones de asistencia social	22,2	34,0	38,8
Otras ^a	42,6	10,1	0,8

^aSegún disposiciones jurídicas, las rentas vitalicias de 1985 y 1987 han sido asimiladas paulatinamente por las pensiones por edad, invalidez total y muerte.

Fuente: Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social.

A finales de 1988 era servida por acueductos una población de 6.728.200 habitantes (65% de la población del país) y de ella el 82% en el medio urbano. El 92,5% del agua servida por acueductos es tratada con cloro. A partir de 1980 se incrementó la producción nacional de cloro y sus derivados y se mejoró la calidad bacteriológica del agua. Cada mes se examina bacteriológicamente el agua de consumo humano como función habitual de la red de servicios higiénicos y epidemiológicos del país. El Programa Cuba/UNICEF para la construcción de acueductos rurales y la fluoruración del agua también han recibido impulso en los últimos años, y en la evaluación de algunas comunidades se ha encontrado cierto porcentaje de reducción de caries dentales en la población servida.

El Programa de Normas de Higiene Comunal establece los requisitos higiénicos del agua potable y las fuentes de abasto, de los sistemas de abastecimiento y de las instalaciones hidráulicas y sanitarias para viviendas y edificios públicos.

En 1988 el 37% de la población urbana (2,8 millones de habitantes) disponía de alcantarillado. Este porcentaje no refleja la realidad sanitaria de las poblaciones pues todas las viviendas en zonas sin alcantarillado cuentan con sistemas individuales de recolección de residuos líquidos. Existen plantas de tratamiento de albañales en todos los asentamientos humanos nuevos y se encuentran en construcción plantas en varias ciudades importantes.

En 1983 se realizó una encuesta nacional sobre la contaminación ambiental producida por la disposición de residuos industriales, agropecuarios y de colectividades humanas, tomándose los criterios de salud pública para la solución de los problemas existentes. Se realizan estudios sanitarios sistemáticos de la contaminación de las

aguas como parte del trabajo de control sanitario del Programa de Salud Ambiental. Más de 100 grandes industrias y centrales azucareras han resuelto o están trabajando en la solución de la contaminación de las aguas con sus desechos.

Históricamente el servicio de recolección se ha efectuado fundamentalmente en los grandes centros urbanos y con excepción de la Ciudad de La Habana, en camiones abiertos, y la totalidad de los lugares de disposición final eran vertederos a cielo abierto. La población con servicios de recolección de desechos sólidos ha alcanzado en el último quinquenio el 95% de la población urbana y se incrementan también en la población rural. El control del servicio de recogida, transporte y disposición final de desechos se ha extendido a todo el país. Se trabaja en la eliminación y reubicación de los vertederos disminuyendo el número de los mismos en las cercanías de los núcleos de población, cercándolos y fabricando casetas para el personal controlador. Se aplica el Programa de Normas de Higiene Comunal sobre los requisitos higiénicos del almacenamiento, transporte y disposición final de los desechos sólidos. Existen en el país 23 sistemas de relleno sanitario radicados en cada capital de provincia y otras ciudades importantes.

Hay un sistema de vigilancia de la contaminación atmosférica que se desarrolla en todas las provincias y comprende actividades de encuestas de fuentes contaminantes de la atmósfera, vigilancia y control a través de la REDAIRECUBA, que cuenta con 32 estaciones distribuidas en las principales ciudades y regiones. Desde 1980 se han creado más de 250 puntos de vigilancia de polvo sedimentable y otros contaminantes químicos. Los niveles de contaminantes en el aire no se consideran críticos y solo en algunas zonas de la Ciudad de La Habana se han

excedido las concentraciones máximas admisibles en ciertas épocas del año.

La tala indiscriminada de bosques dejó al país con poco menos del 90% del territorio sometido a la erosión, a las alteraciones del ciclo de las aguas y al resto de los problemas ecológicos que la despoblación forestal trae apa-

rejada. La repoblación forestal comenzó en 1960 y hasta 1969 se plantaron 506,9 millones de posturas de coníferas y decenas de especies de latifolias como cedro, caoba, ocuje, eucaliptus, etc. De 1970 a 1979 se plantaron 499,4 millones y de 1980 a 1987, 884,9 millones en un plan que deberá tener continuidad por mucho tiempo.

CHILE

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Hacia fines de la década de 1980, Chile se preparaba para convertirse en el último país de América del Sur que volvía a un sistema de gobierno democrático: se recuperaba la antigua tradición de más de 150 años de república después de 16 años de gobierno militar. Durante esos años, el país experimentó un proceso de profundos cambios estructurales, en virtud de los cuales se modificó la administración del sector público y se redefinió el papel del Estado. Este redefinió su papel como "subsidiario", es decir que limitó su participación a aquellas áreas en donde el sector privado no tuviera los incentivos económicos apropiados para involucrarse.

Un componente importante de este proceso fue la transformación de la provisión de servicios en el área social. Este cambio tuvo dos modalidades alternativas: la provisión de algunos servicios fue contratada directamente al sector privado y se descentralizaron los servicios a los niveles municipales.

Otro elemento —de alta consecuencia política— fue la redefinición de las características de la población beneficiaria del gasto público en las áreas sociales. Aun antes de que empezara el deterioro económico que sufrió la Región, Chile ya había empezado este proceso de reformas estructurales. El gasto social se concentró en algunas actividades muy específicas destinadas, por una parte, a proveer servicios a los grupos de alto riesgo y, por otra, a financiar el gasto que demandaba el traspaso de los servicios al sector privado. (Este gasto se refiere a las indemnizaciones al personal que dejaría de trabajar en el sector público en la producción de estos servicios y a los gastos de capital en que fue necesario incurrir para entregar los establecimientos funcionando en condiciones apropiadas.)

Hacia 1986, todos estos cambios se encontraban en plena marcha, y dieron lugar a una brecha importante en la prestación de servicios a la población. Este efecto, sumado al impacto social de las medidas "puramente económicas" que se aplicaron durante la década, originaron una contención importante de las demandas sociales, situación que se vuelve más crítica cuando se tienen en cuenta que se trata de uno de los países de la Región con la trayectoria más amplia de participación del Estado en

la provisión de servicios sociales, así como de una alta participación de la población en la actividad política del país.

Durante el último cuatrienio se produjo una etapa de "apertura política" del gobierno militar, que culminó con la elección del representante de una coalición de centro-izquierda como Presidente de la República a mediados de diciembre de 1989 y que asumió el mando en marzo de 1990. En virtud de la Constitución Política de 1980, se reemplazó a la vigente desde 1925. En octubre de 1988 se realizó un plebiscito en que la ciudadanía debía pronunciarse por una de las siguientes opciones: aprobar el nombramiento como Presidente de la República de un candidato propuesto por el gobierno militar, en cuyo caso el período presidencial duraría ocho años, y rechazar a este candidato y efectuar elecciones presidenciales libres dentro de los siguientes meses. En esta última opción, el período presidencial sería de cuatro años. Con una participación de la ciudadanía superior a 95%, el resultado del plebiscito fue el triunfo de la oposición con la segunda opción, que no aprobaba el nombramiento del candidato propuesto por el gobierno. En los meses siguientes se vivió una intensa campaña electoral libre e informada, en que las tres candidaturas que se presentaron tuvieron amplio acceso a los medios de comunicación. También hubo algún acercamiento entre el gobierno y los sectores de la oposición tendiente a facilitar el proceso de transición a la democracia. Se aprobaron algunas reformas a la Constitución y el nombramiento de un Directorio del Banco Central compuesto en su mayoría por economistas de posición técnica más afín al nuevo gobierno. Este se considera un paso crucial, ya que parte de las reformas del gobierno saliente consistió en decretar una autonomía total del Banco Central que, dependiendo de la composición de su Directorio, pudo haberse convertido en un elemento de freno a los planes del equipo económico entrante.

La economía continuó creciendo y recuperándose por sexto año consecutivo. Sin embargo, durante la primera mitad de 1989, se produjo un fuerte pero insostenible crecimiento económico que, si bien reforzó la tendencia a la reducción de los niveles de desempleo, dio origen a un aumento del nivel de inflación, que pasó de una tasa anual de 11% en noviembre de 1988 a 18% en agosto de 1989. Durante la segunda mitad del año, las autoridades económicas tomaron medidas tendientes a frenar esta expansión de la economía, y se estima que el producto

interno bruto (PIB) creció a una tasa de 8,5%, en tanto que en términos per cápita la mejora fue de 6,7%. Durante la década de 1980 el PIB aumentó en 27,5%, en tanto que en términos per cápita aumentó en 9,6%, recuperándose así de las fuertes caídas experimentadas en la primera mitad de la década. En 1987 el PIB per cápita fue de \$US2.213 (de 1986) y para 1988 se estimó un aumento de 5,3%. Este crecimiento se debió especialmente a una marcada recuperación de los precios de intercambio y a un aumento de las exportaciones, conjuntamente con el aumento de precio del cobre, todo lo cual permitió una acumulación considerable de reservas.

El índice de inflación, que se había mantenido alrededor de 20% anual en el período 1983-1988, fue de 12,7% en 1988. El salario real ha mejorado y se estima que está en el orden del 100,9% en relación con el año base 1980, debido a una fuerte recuperación de 6,7% en 1988. En los últimos años se ha observado una disminución progresiva del desempleo, tanto nacional como en el Gran Santiago. La fuerza de trabajo ocupada en el último cuatrimestre de 1987 era de 4 millones; el Cuadro 1 muestra su distribución por sectores de actividad económica y la contribución al PIB de cada sector.

El valor de las exportaciones creció 24% en 1984 y 32% en 1988, y las importaciones aumentaron en 21% en 1988 y en 30% en 1989 como consecuencia del fuerte crecimiento del PIB durante la primera mitad del año. Las inversiones, tanto de capital nacional como extranjero, aumentaron 26% en 1987. De 1986 a 1987 el consumo privado descendió 5% y el público, 2%. La deuda externa aumentó hasta 1986, cuando llegó a \$US20.716 millones; en 1987 comenzó a descender y al final de 1989 era de \$US16.610 millones.

El país está dividido en 13 regiones político-administrativas, subdivididas en provincias y municipios. Las regiones son ámbitos administrativos descentralizados; los municipios tienen algunas características de autonomía, con alcaldes designados por el Presidente de la República.

Según el censo de 1982, 91,2% de la población sabía

leer y escribir. Hacia 1990 este indicador había subido a 95%. En promedio, la población tiene nueve años de educación formal. En 1986 había 3.275.320 alumnos matriculados en los diversos niveles de enseñanza: 6,4% en instrucción prebásica, 0,9% en básica especial, 63,6% en básica regular, 18,4% en media, 4,3% en media técnica y 6,4% en educación superior. En 1986, el grupo de 6 a 13 años de edad se encontraba casi en su totalidad matriculado en alguno de los cursos de enseñanza básica, en tanto que en el de 14 a 17 años, 61% se encontraba recibiendo algún curso de los cuatro años de educación media.

El país cuenta con 21 universidades y 23 institutos de enseñanza superior, de los cuales en 1986 egresaron 26.981 profesionales. La enseñanza universitaria dejó de ser gratuita durante la década de 1980, como consecuencia de un intenso proceso de focalización del gasto social. En el caso del sector educación, el gasto se focalizó hacia la educación básica y hacia el financiamiento de las reformas estructurales de ese sector, representadas por el traspaso de la administración de los establecimientos educacionales desde el nivel central a las municipalidades. El hecho de que la educación universitaria empezara a ser cobrada, redujo las posibilidades de acceso de la población más pobre, aunque se han previsto algunos mecanismos de préstamos tendientes a resolver el problema.

El sistema previsional de Chile está constituido por tres ramas de seguro: el régimen de pensiones (vejez, invalidez y sobrevivencia); el régimen de prestaciones de salud, y el régimen de accidentes y enfermedades ocupacionales. Los dos primeros se financian con el aporte de los trabajadores, sin contribución patronal, con una cotización obligatoria para los trabajadores dependientes y voluntaria para los independientes. Su monto es de 12% del salario para el régimen de pensiones y de 7% para el de salud; este último puede ser aumentado por el trabajador en 2% adicional. Ambos son administrados por organismos oficiales o por asociaciones privadas con fines de lucro. El sector oficial cumple una función importante en el régimen de salud por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA), pero tiene escasa participación en el área de pensiones. El régimen de accidentes y enfermedades ocupacionales se financia con aporte patronal, al que se agrega un mínimo de 0,85% de la planilla de pagos y un porcentaje que aumenta en función del riesgo. Es administrado por el Estado o por asociaciones privadas sin fines de lucro.

Según el censo de 1982, el país cuenta con 2.522.369 viviendas, de las cuales 83% son urbanas. El aumento intercensal fue de 35,6% en un período de 12 años. En ese período el promedio de habitantes por vivienda se redujo de 5,06 a 4,78. Existe déficit, particularmente para la población de bajos ingresos, que se estima en 423.316 unidades. En 1982 la proporción de viviendas deficitarias por el tipo de construcción o provisión de servicios al-

CUADRO 1

Distribución de la población económicamente activa y de la contribución al PIB de los principales sectores de actividad económica, Chile, 1987.

Sector de actividad económica	% de la población ocupada	% del PIB generado por cada sector
Agricultura y pesca	20,8	10,2
Minería	2,0	8,4
Manufactura	15,1	22,1
Construcción	5,2	6,2
Otros	56,9	53,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio estadístico 1988. Santiago, 1988.

canzaba 15,7%. En 1982, 65,0% de las viviendas estaban ocupadas por sus propietarios.

Características demográficas

En 1990 la población de Chile supera levemente los 13 millones de habitantes, según proyecciones del último censo de 1982 (INE-CELADE). El crecimiento intercensal de la población en 1970–1982 fue de 1,55 anual.

La distribución espacial de la población muestra una clara concentración urbana en el área metropolitana de Santiago (en donde se encuentra el 39% de la población), en Valparaíso-Viña del Mar y en Concepción. Las regiones con poca población están en el extremo sur del país, y las densidades menores se encuentran en la región sur y en el extremo norte. La población rural continúa disminuyendo; en el censo de 1982 se registró una proporción de 17,8%, cifra que indica la fuerte urbanización del país. Las ciudades principales presentan cinturones de pobreza (callampas) y, según estudios sobre el nivel de ingreso familiar, la proporción de hogares en situación de pobreza sería de 45%. Este es un tema controvertido entre los analistas de la política social chilena, debido a que se han hecho diversos estudios que dan cifras entre 30 y 45%. Las estimaciones más bajas consideran que como la provisión de servicios sociales por parte del Estado ayuda a mejorar el nivel de vida, en consecuencia se reduce la proporción de hogares en situación de pobreza. Sin embargo, hay consenso en que el crecimiento económico experimentado en los últimos años ha ido acompañado de un deterioro de la distribución del ingreso.

La distribución por edad muestra una población joven: un tercio del total es menor de 15 años; aproximadamente 15% mayor de 50, y 5,8% mayor de 65 años. La razón de masculinidad es de 97,5 para el país, 92 en la zona urbana y 118 en la rural.

La natalidad, que en el período 1959–1962 era moderadamente alta (37 por 1.000 habitantes), descendió a 22 por 1.000 en el período 1983–1987; el subregistro estimado por CELADE es de 11%. La mortalidad general presenta un descenso progresivo y en 1987 llegó a 5,6 por 1.000. En 1983–1987 el crecimiento vegetativo anual fue de 1,6 por 100 habitantes. La tasa global de fecundidad se estimó en 2,8 para el período 1980–1985 y en 2,4 para 1987; la tasa por edades ha disminuido en los últimos años, en especial para la población mayor de 35 años. No se observan diferencias importantes en la natalidad entre las distintas regiones.

En cuanto a la composición étnica, la mayor parte de la población descende de españoles, y en segundo lugar de otros inmigrantes europeos (italianos, alemanes, yugoslavos, franceses, etc.) y del medio oriente (palestinos, sirios, etc.); existen minorías indígenas mapuches en el sur y atacameñas en el norte. La migración a otros países es poco significativa.

Si se mantienen las actuales tendencias demográficas, los problemas de salud de la población joven, adulta y de edad avanzada se harán más evidentes y requerirán un cambio en el enfoque tradicional de la atención.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

La calidad y cobertura de la certificación de nacimientos y defunciones es satisfactoria; lo mismo puede decirse para el registro de la morbilidad, aunque su cobertura es menor. En 1987, 91% de las defunciones contaron con certificación médica y 8% con diagnósticos mal definidos.

Para 1985–1990, la esperanza de vida al nacer se estima en 71,5 años para ambos sexos (68,3 para los hombres y 75,3 para las mujeres), lo que representa un aumento de seis años respecto a 1970–1975.

La mortalidad general en los últimos 10 años muestra una tendencia moderada y sostenida a la disminución, con una tasa de 5,6 por 1.000 habitantes en 1987. De 1979 a 1987 bajó la mortalidad por edades, y el descenso ha sido notablemente mayor en la niñez, por lo que su contribución proporcional también ha disminuido.

La distribución geográfica de la mortalidad muestra las tasas más altas en el área del Servicio Metropolitano Central, con 7,1 por 1.000 habitantes, seguido por los servicios de Valparaíso, Ñuble y Araucanía que presentan una tasa de 7,0 por 1.000. La mortalidad urbana es discretamente mayor que la rural; las mujeres de las zonas rurales exhiben las tasas más bajas del país.

En el período 1982–1986 se mantuvo la misma estructura de causas de defunción: las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar, con 28% del total, seguidas por los tumores malignos (17%) en segundo lugar, las causas externas (12%) en tercer lugar y las enfermedades del aparato respiratorio (11%) en cuarto lugar. El quinto lugar corresponde a las enfermedades del aparato digestivo con 7% (las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis hepática ocasionaron más de 50% de la mortalidad en este último grupo de causas).

La principal causa de años de vida potencial perdidos antes de los 65 años de edad corresponde a traumatismos y envenenamientos, seguida por las afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades del aparato respiratorio. En los últimos cinco años estudiados hubo una reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias (3,7% del total en 1987 y 6% en 1979).

La comparación de las principales causas de defunción entre las 13 regiones en que está dividido el país muestra que las enfermedades del aparato circulatorio tienen una proporción de 32,7% en el área Oriente de Santiago y

en la región de Magallanes, de 19,9% en la provincia de Osorno y de 18,3% en la zona de Llanquihue-Chiloé-Palena. Las causas de defunción mal definidas varían desde 1,1% en el área Oriente de Santiago a 26,9% en Llanquihue-Chiloé-Palena.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La mortalidad infantil muestra un descenso muy importante, de 47,5 por 1.000 nacidos vivos en 1977 a 18,5 por 1.000 en 1987 (Cuadro 2). Hace 20 años la mortalidad infantil representaba más de un tercio del total de la mortalidad; en 1975 constituía 20%, y en el quinquenio 1983-1987, solamente 7%. Esta notable reducción se explica por la caída de la fecundidad, por la atención profesional del embarazo y el parto y por la cobertura amplia de los programas de atención infantil, entre los que se destaca el de control del niño sano (control de crecimiento y desarrollo). El componente principal que contribuyó a la disminución de esta tasa es la mortalidad infantil tardía, especialmente las defunciones por diarrea, infecciones respiratorias agudas y desnutrición.

Corresponde señalar que la caída de la tasa de mortalidad infantil está fuertemente asociada al nivel educacional de la población chilena, en especial a la evolución del nivel de escolaridad de las mujeres: en 1960, 90,7% de las madres habían alcanzado no menos del nivel básico de instrucción y 9,3% no concurrían a la escuela; en 1980 estos porcentajes eran 97,3 y 2,7, respectivamente.

En 1987, las principales causas de mortalidad infantil, en orden de importancia, fueron las afecciones originadas

en el período perinatal, las anomalías congénitas, las infecciones respiratorias, los accidentes y las enfermedades infecciosas y parasitarias; 4% de las causas estuvieron mal definidas. Aún se consideran evitables 84,0% de las defunciones infantiles, en particular las debidas a anoxia del recién nacido.

No se han podido obtener tasas comparativas de mortalidad por grupos socioeconómicos o por residencia en cinturones de pobreza. En el Cuadro 3 se muestran las tasas de mortalidad general y la mortalidad de menores de 1 año en las regiones del país y las provincias comprendidas en estas. En la Región Metropolitana (Santiago) la comparación según el nivel socioeconómico de los municipios de residencia muestra que en el área Occidente, de mayor pobreza, la mortalidad infantil es de 17,8 por 1.000, y en el área Oriente, de mejor nivel económico, de 11,8 por 1.000 nacidos vivos.

En 1987, la tasa de mortalidad neonatal fue de 9,6 defunciones de menores de 28 días por 1.000 nacidos vivos, o sea alrededor de 50% del total de las defunciones de menores de 1 año. Una contribución importante a la disminución de la mortalidad neonatal es la menor proporción de nacidos vivos de bajo peso al nacer, que de acuerdo con los niveles socioeconómicos de las madres varía entre 7,1 y 4,6% (cifras del año 1984). Para el año 1985, el promedio nacional fue de 6,4%.

La mortalidad en los niños de 1 a 4 años mostró una tendencia similar a la infantil: en 1960 se registró una tasa de 9,1 defunciones por 1.000 niños de esa edad, en 1970 fue de 3,8 y en 1987 bajó a 0,8.

En 1987 el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) atendió 1.237.000 niños menores de 6 años. Se aprecia una disminución de la desnutrición (determinada según el indicador peso para la edad, de Sempé) en menores de 6 años cubiertos por el PNAC: en 1978 había 14,9% de niños con desnutrición (11,9 leve, 2,5 moderada y 0,5 grave), y en 1987, 8,8% (7,9% leve, 0,8% moderada y 0,1% grave).

En el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago, la primera causa de discapacidad infantil es la parálisis cerebral, que representa 51,8% del total de discapacidad infantil. Hay una tendencia a la presentación de formas más leves, atribuida a una mejor atención de la mujer embarazada y del recién nacido. Entre los escolares existen problemas de salud oral en 5%, trastornos oculares en 15,6 a 21,7%, y defectos posturales en 10 a 15%.

Salud de los adolescentes, adultos y personas de edad avanzada

Se estima que 55% de las defunciones en el grupo de edad de 10 a 24 años son el resultado de accidentes, suicidios y otras violencias. La conducta sexual precoz es otra fuente de riesgo, bien de enfermedades sexuales o

CUADRO 2

Defunciones de menores de 1 año y tasa por 1.000 nacidos vivos, Chile 1977-1987.

Año	Defunciones	Tasa
1977	11.429	47,5
1978	9.169	38,7
1979	8.825	36,6
1980	8.072	32,7
1981	7.082	27,2
1982	6.483	23,6
1983	5.705	21,9
1984	5.182	19,6
1985	5.105	19,5
1986	5.220	19,1
1987	5.182	18,5

CUADRO 3		
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes y tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por región, Chile, 1987.		
Región	Tasa de mortalidad general	Tasa de mortalidad infantil
Total del país	5,6	18,5
I. Tarapacá	4,1	12,4
II. Antofagasta	5,2	18,7
III. Atacama	5,0	21,9
IV. Coquimbo	5,5	28,8
V. Valparaíso	6,2	18,1
VI. Libertador General Bernardo O'Higgins	5,8	18,8
VII. Maule	6,2	21,7
VIII. Bio-Bío	5,8	22,5
IX. Araucanía	6,8	32,5
X. Los Lagos	6,4	26,1
XI. Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo	5,1	29,1
XII. Magallanes y Antártica Chilena	5,1	17,5
Región Metropolitana de Santiago	5,2	15,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Anuario de Demografía, 1987. Santiago, 1989.

de embarazos no deseados (15,2% de los nacidos vivos son hijos de mujeres menores de 20 años).

El descenso de la mortalidad materna ha sido sostenido y pronunciado. La tasa de mortalidad materna era de 29,9 por 10.000 nacidos vivos en 1960, 16,8 en 1970, 7,3 en 1980 y 4,8 en 1987. El descenso de este indicador se inició hace 50 años, como consecuencia de los programas maternoinfantiles en los que se enfatizó el control prenatal y, sobre todo, la atención profesional del parto; esta última alcanzó 98,1% en 1987.

Otro factor relevante que contribuyó a la caída de la fecundidad y a disminuir el aborto inducido fue el amplio acceso a los métodos de regulación de la fecundidad de las mujeres chilenas desde la década del sesenta y, por lo menos, hasta 1979. En la década del setenta el impacto de estas actividades fue apreciable en la disminución de la natalidad, en la multiparidad superior a tres y en el aumento del intervalo intergenésico. Ya en los años setenta los partos se concentraron en los grupos de edad de menor riesgo.

El aborto representó 35,4% de las defunciones maternas registradas en el período 1980-1986, lo cual la convierte en la primera causa de defunción materna. En 1987, la tasa de mortalidad materna por aborto fue de 1,7 por 10.000 nacidos vivos. Las otras causas importantes de mortalidad materna son la toxemia (1,0 por 10.000 nacidos vivos en 1985) y otras complicaciones del parto y el puerperio (2,1 por 10.000 nacidos vivos en 1985). Está en marcha el Plan de Salud de la Mujer 1988-1989,

que considera aspectos relativos a la morbimortalidad, apoyo social, derechos legales, fomento de la lactancia materna, prevención del cáncer, educación familiar y hábitos antitabáquicos.

Las enfermedades profesionales acusan un importante subregistro. Las denuncias más frecuentes por orden de importancia numérica son las enfermedades oculares, osteomusculares y reumáticas, y las dermatosis. Las bronconcumopatías ocupacionales declinaron del segundo lugar en 1975 al sexto en 1983.

En un estudio de las necesidades de la población adulta mayor en comunas urbanas, 71,9% de los entrevistados declararon que padecían de alguna enfermedad en el momento de la encuesta. De estos, 17,7% tenían enfermedades del aparato circulatorio y 14,9%, problemas del sistema osteomuscular. Están aumentando los períodos de estancia hospitalaria de los ancianos, con promedios de 20 y más días para la población con 60 y más años.

Chile dispone de información sobre morbilidad proporcionada por el sistema de notificación obligatoria, que recoge las declaraciones semanales y mensuales de casos notificables diagnosticados en los servicios públicos de salud. Por otra parte, desde 1960 las universidades y otros organismos no gubernamentales han realizado 21 encuestas de morbilidad. Seis de estas encuestas, parciales por su cobertura, se refieren a la morbilidad general. En la última, realizada en 1985 en 12 ciudades, se encontró una morbilidad total de 5,93%; 1,46% de los encuestados informaron episodios de enfermedad aguda, 0,17% ac-

cidentes y violencias, y 4,30% declararon padecer de alguna enfermedad crónica.

El país presenta una tendencia general a la disminución de la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles. En 1985, la tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 6,2, y la de morbilidad, de 70 por 100.000 habitantes. Para la fiebre tifoidea, en 1985 se registró una tasa de 63,6 casos por 100.000 habitantes, en 1987 se registraron 5.555 casos y en 1988, 5.086. El número de defunciones por difteria está por debajo de 20 y se presentan menos de 300 casos por año; en 1987 hubo 169 casos y en 1988, 120. En 1986 se denunciaron 38 casos y dos defunciones por tos ferina; en 1987 se notificaron 42 casos y en 1988, 194. Los ciclos epidémicos de sarampión suceden cada cuatro años; la última epidemia fue en 1988, con 43.771 casos notificados. Desde 1976 no se han registrado casos de poliomielitis. Algunas publicaciones llaman la atención sobre un posible aumento de algunas enfermedades de la piel como la pediculosis, la sarna y el impétigo.

La sífilis se encuentra en descenso sostenido: en 1988 se registraron 3.804 casos, 50% menos que en 1980, y la tasa oscila entre 6 y 7 por 100.000 habitantes. La gonorrea se ha mantenido estable, con una tasa aproximada de 100 casos por 100.000 (10.693 notificaciones en 1988). Hasta el 30 de septiembre de 1989 se han notificado 164 casos de SIDA, de los cuales murieron 68. Los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre 30 y 44 años, con 50% del total, aproximadamente. La distribución de 36 casos según factores de riesgo muestra que 32 de ellos eran homosexuales, dos habían recibido transfusiones de sangre, y dos se inyectaban drogas por vía intravenosa.

La tasa de mortalidad global por cáncer se mantiene estacionaria desde la década del sesenta. Los cánceres de estómago y esófago contribuyen con 25% del total de cánceres, con tendencia a una disminución relativa y al aumento de la proporción de defunciones por cáncer de pulmón e hígado y vías biliares. Las localizaciones principales de los tumores malignos que causaron defunciones en 1984 en la población mayor de 15 años fueron estómago (19,7%), pulmón (10,2%), vesícula biliar (8,1%), cuello uterino (5,8%), mama (5,6%) y colonrecto (5,2%). Las leucemias contribuyen con 65,2% en los menores de 15 años.

En 1985, la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 16,8 por 100.000, y la de cáncer del cuello uterino, de 17,9. La mayoría de estos cánceres se diagnostican en estado avanzado; en los casos estudiados, la mayor frecuencia se asocia al inicio precoz de la actividad reproductora, la iniciación temprana de relaciones sexuales, la promiscuidad y la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunción, con una tasa aproximada de 168 por

100.000 habitantes; la mayor mortalidad la causan las afecciones isquémicas del corazón, entre las que el infarto del miocardio se notifica en 24% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y 6,5% de la mortalidad total. Las tasas más elevadas se presentan en las regiones de Valparaíso y Santiago. Se están realizando campañas educativas para la modificación de los factores de riesgo.

En 1987 los accidentes y violencias (E800-E999) representaron 12% del total de defunciones. En el período 1979-1987, la contribución de esta categoría a la mortalidad osciló entre 12 y 13%. El 38% de las defunciones se deben a accidentes de todo tipo, y casi una cuarta parte de ellos involucran a vehículos automotores.

La prevalencia de la diabetes es de aproximadamente 12 por 1.000 (92 por 1.000 para la población mayor de 60 años). Corresponde señalar que la diabetes está aumentando significativamente como causa de egreso hospitalario.

Los principales problemas de salud mental en Chile se relacionan con la dependencia del alcohol, las situaciones neuróticas por desempleo, el abuso de drogas y la psicosis senil y presenil. La prevalencia de alcohólicos es de 5% para la población mayor de 15 años; aproximadamente 15% de los adultos son bebedores excesivos.

La prevalencia de tabaquismo muestra una disminución de 47 a 44% en los hombres y un aumento de 36 a 41% en las mujeres. En 12 ciudades chilenas estudiadas esta adicción se relacionó con el ingreso familiar (a mayor ingreso mayor prevalencia) y con los años de instrucción.

La prevalencia de caries en la población del país es de 91%. A los 40 años de edad, el promedio de piezas perdidas es de 12,8 por persona.

Las zoonosis de mayor importancia son la hidatidosis y la distomatosis, si bien las tasas de ambas han descendido en los últimos años. La triquinosis, cisticercosis y tuberculosis bovina no tienen una prevalencia significativa. No se registra rabia humana desde 1972. En la Región Metropolitana existen 478.000 perros; la tasa de personas mordidas es de 276,0 por 100.000 habitantes.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Desde la primera mitad de siglo los servicios de salud en Chile estaban bajo la tutela de varias instituciones públicas y privadas: en 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. El Colegio Médico de Chile se constituyó por ley en 1948 y tiene permanentemente una gran gravitación en la formulación de las políticas de salud. La Universidad de

Chile creó la Escuela de Salubridad en 1943. En 1952 se sancionó una ley que establece un seguro obligatorio contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, y se creó el Servicio Nacional de Salud que unificó a los diferentes organismos que prestaban servicios de salud. La doctrina fundamental del Servicio Nacional de Salud fue la centralización normativa, la unificación de los sistemas administrativos, de información, suministros y supervisión, conjuntamente con una descentralización operativa.

El marco de referencia y doctrinario de la política de salud está orientado por la política global del Gobierno. En términos generales, el sistema de atención de salud funciona con base en tres alternativas: la estatal, llamada Régimen General de Salud, constituida por los 27 servicios; la de libre elección, y la alternativa privada para la atención médica representada por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estos cubren aproximadamente 1.450.000 personas, con un tipo de seguro privado familiar y prestan servicios mediante la red privada de establecimientos. El Fondo Nacional de la Salud (FONASA) participa como regulador del financiamiento en las tres alternativas. Las Fuerzas Armadas tienen servicios de salud propios.

La desconcentración y descentralización es una estrategia que se encuentra en plena evolución. El proceso se inició en 1973, con la creación de la Comisión Nacional de la Reforma Administrativa; en 1974 los decretos-ley 573 y 575 establecieron "un sistema que permita un desarrollo descentralizado administrativa y regionalmente". Estos decretos definen los niveles de autoridad, estableciendo un nivel regional, otro provincial y, finalmente, uno municipal, que es el que en la actualidad está adquiriendo gran importancia en la administración de los servicios comunales, incluidos los de salud. En el sector salud estas directivas se concretaron en 1980 con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que comprende 13 regiones subdivididas en 27 servicios de salud. En 1981 se inició el traspaso de las unidades de salud (postas y consultorios) a las municipalidades, proceso que se completó en marzo de 1987. Los alcaldes son designados por el Presidente de la República, lo que impone una clara limitación a la función democratizadora de los municipios en la administración de los servicios comunales.

Las políticas de salud de Chile pueden sintetizarse así: a) proposiciones y programas dirigidos a la satisfacción de las necesidades prioritarias de los grupos de población con mayor vulnerabilidad: madres, niños y desnutridos; b) acciones permanentes para el control de las enfermedades transmisibles; c) adopción y desarrollo de la estrategia de atención primaria para la ejecución de las actividades comprendidas por los puntos anteriores; d) desconcentración y descentralización como estrategia para involucrar a la comunidad en el proceso de desarrollo

social, incluida la valorización y fortalecimiento de los sistemas locales de salud; e) formulación y afirmación del "principio de subsidiaridad del Estado"; f) creación de fondos especiales para el financiamiento de las acciones de salud (FONASA) y de desarrollo (Fondo de desarrollo regional), y g) promoción de la eficiencia administrativa.

Producción de servicios

Un estudio sobre atención de la enfermedad en 12 ciudades mostró que 63,9% fue atendido por el SNSS y 6,2% por otras instituciones del sector público, 18,2% fue financiado por el Fondo Nacional de la Salud, 3,3% por las Instituciones de Salud Previsional y 8,4% mediante pago particular.

En 1985 el SNSS y otros servicios atendieron 37.902.000 consultas, equivalentes a un índice de 3,1 consultas por habitante por año (un aumento de 41% en relación con 1980). Llama la atención el volumen de las consultas de urgencia que, según los años, contribuyen con 25 a 29%. En 1965-1984 las consultas médicas totales aumentaron 25,5% y las de urgencia 221,6%.

En los establecimientos del SNSS la población infantil recibe 1,73 consultas y la adulta, 0,94 por persona por año. En 1985 las consultas infantiles representaron 47% del total.

Entre 1972 y 1982, la atención por parte de enfermeras, matronas y nutricionistas experimentó un marcado aumento, pasando de casi 3 a más de 10 millones. En el mismo período la atención por parte de auxiliares se redujo 32%.

Los egresos hospitalarios pasan del millón por año, con una proporción de 10,5 egresos por 100 habitantes (1986). En la actualidad el promedio de estancia es de 8,5 días, y se producen 37,5 egresos por cama por año. En 1986, 90,4% del total de días de hospitalización y 52,9% de las intervenciones quirúrgicas correspondieron al SNSS.

Capacidad instalada

La red de atención médica está compuesta por 180 hospitales diferenciados en cuatro niveles de complejidad. El primer nivel es el de mayor sofisticación y comprende 20 instituciones, incluidas las de carácter clínico-docente. Al segundo nivel corresponden 30 hospitales, 25 al tercero y 105 al nivel de menor complejidad. La atención ambulatoria cuenta con tres tipos básicos de unidades: las de nivel primario, los policlínicos y los servicios de urgencia. Las de nivel primario corresponden a 210 consultorios generales urbanos, 107 consultorios generales rurales y 994 postas de salud rurales, además de 190 policlínicas. Se estima que, junto a los hospitales, esta red proporciona cobertura a toda la población.

El sector privado cuenta con 24 hospitales y 150 clínicas, además de 385 centros médicos y 389 laboratorios clínicos. En 1987 el país tenía 41.827 camas, o sea 3,4 camas por 1.000 habitantes; 78% pertenecían al SNSS.

Financiamiento de los servicios de salud

El gasto público en salud, analizado como proporción del gasto público total en una serie que se origina en 1974, muestra un mínimo de 8,0% en 1974 y un máximo de 9,8% en 1979 y 1982. En relación con el PIB, las variaciones oscilan de un mínimo de 2,4% en 1976 y 1980 a un máximo de 3,4% en 1982. En 1986, las proporciones son de 8,6% para el gasto público total y de 2,6% para el PIB. Estas cifras son motivo de alguna controversia, según los defactores usados por los diversos investigadores.

El gasto público en el sector salud aumentó de \$Ch71.807 millones en 1985 a \$Ch85.219 en 1987 (en pesos de 1985). El gasto per cápita ascendió de \$Ch5.899 a \$Ch6.798 en los mismos años.

El Estado contribuye con aproximadamente 60% del costo total del Sistema Nacional de Servicios de Salud y del Programa Nacional de Alimentación Complementaria; el resto se cubre con las contribuciones de los trabajadores. El FONASA financia el SNSS de dos formas: pagando el gasto de personal y solventando los bienes y servicios según un plan de reembolso parcial de facturación por atención prestada; esta forma se amplió posteriormente a las municipalidades.

Recursos humanos

La formación universitaria en ciencias de la salud se realiza en ocho universidades, que cuentan con carreras de medicina, odontología, bioquímica y farmacia, enfermería, obstetricia, enfermería y obstetricia, nutrición, tecnología médica, kinesiterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología. En las facultades de medicina hay unos 4.500 alumnos; la carrera dura siete años. En la década 1975-1984 egresaron 5.678 médicos y en la actualidad egresan unos 600 por año.

En 1988 existían 8,0 médicos, 2,6 dentistas, 2,0 enfermeras y 20,6 auxiliares por 10.000 habitantes. Se estima que en 1983 había 10.867 médicos, incluidos los que trabajan en el sector público (SNSS), en la actividad privada y los retirados. El 62,2% de los médicos trabaja en el SNSS, 16,3 en la Universidad y 5,6 en la consulta privada. Entre 1972 y 1984 el número de cargos médicos en el SNSS aumentó de 4.366 a 6.067, lo que representa un incremento de 39%; la relación médico por habitante aumentó 13,6%.

Anualmente egresan unos 250 dentistas. El total de alumnos matriculados es de unos 1.400, para una carrera de cinco años de duración. En 1983 se disponía de 5.100 odontólogos. Entre 1972 y 1984 el aumento de los cargos de dentista en el SNSS fue de 33%, y la relación por 10.000 habitantes aumentó 8,7%. Se considera que el país tiene una insuficiencia relativa de dentistas.

En el período 1975-1984 egresaron 4.318 enfermeras universitarias, después de cursar cinco años de estudios. La matrícula en la carrera ha declinado de 3.334 en 1975 a 1.261 en 1984, lo que ha generado preocupación en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. El país cuenta con aproximadamente 25.000 auxiliares de enfermería con buena capacitación.

La formación de tecnólogos sigue el proceso de desarrollo tecnológico de la atención médica, acorde con la mayor complejidad de la tecnología que se va incorporando.

En Chile, 81,5% de los investigadores se desempeñan en las universidades; de ellos, 15,7% se dedican a investigación en ciencias de la salud. El financiamiento de investigaciones representa 0,4% del PIB. El desarrollo científico y la investigación son apoyados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y el Fondo de Desarrollo Científico y Tecnológico. El Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos desempeña funciones primordiales de investigación y desarrollo de personal en el área de nutrición, y ocupa un lugar destacado en investigación, formación de personal y publicaciones en su campo. Este instituto lleva a cabo un curso de maestría en alimentación y nutrición de nivel internacional.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En diciembre de 1986, las empresas de agua abastecían a 82,3% de la población total y 97,0% de la población urbana. La población urbana con suministro de agua de mala calidad bacteriológica fluctúa de 5,4 a 7,5% según los años, y la mala calidad fisicoquímica oscila de 8,5 a 12,1%.

En 1986, 62,9% de la población total y 77,1% de la población urbana disponían de alcantarillado. Los servicios son suministrados por tres grandes empresas complementadas con otras de menor tamaño, tanto municipales como particulares. En 1970, 66,5% de la población urbana disponía de agua potable y 31,1%, de servicios de alcantarillado.

La contaminación atmosférica del área metropolitana de Santiago es motivo de gran preocupación, dada la tendencia al incremento de partículas en suspensión, monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, y de la acidez del aire.

DOMINICA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El Estado Libre Asociado de Dominica es una república que forma parte del Commonwealth. El jefe del Estado es el Presidente, quien tiene algunas funciones ejecutivas. El jefe de gobierno es el Primer Ministro, quien nombra a un Gabinete que, a su vez, se responsabiliza de su gestión ante el Parlamento. Las elecciones se celebran a intervalos que no exceden de cinco años.

La economía de Dominica todavía se está recuperando de la devastación causada por el huracán David en 1979. Entre 1983 y 1987 el producto interno bruto (PIB) se duplicó de \$US65,1 millones a \$US129,6 millones, y el PIB per cápita aumentó de \$US850 en 1983 a \$US1.630 en 1987.

La tercera parte de la economía se basa en la agricultura. El PIB atribuido a este sector se duplicó de 1983 a 1987, subiendo de \$US19,4 millones a \$US38,8 millones. La producción del banano es de suma importancia entre las explotaciones agrícolas. Durante el quinquenio 1983-1987 el saldo del comercio exterior fue negativo y la inflación se mantuvo baja; en 1987 la deuda externa era de \$US66 millones. El desempleo era alto, 18,4%, en 1989. Se notificó que en 1987 el 95% de los adultos eran alfabetos y casi todos los niños de 5 a 15 años estaban inscritos en escuelas.

El Gobierno ha puesto en práctica políticas de ajuste estructural que hacen cada vez más hincapié en el desarrollo del potencial exportador de la agricultura y la industria manufacturera. También se promueve el turismo, aunque no es tan importante para la economía de Dominica como para la de otras islas del Caribe.

Características demográficas

El último censo se efectuó en 1980: la población creció de 76.500 en 1983 a 79.700 en 1988. La estructura de la pirámide de edad es la de una población básicamente joven: 38,4% tenía menos de 15 años y solo 7,2% más de 65 en 1983.

En Dominica se mantuvo constante una tasa de natalidad de 21,4 por 1.000 habitantes entre 1984 y 1989 y

se registró una reducción de 5% en el número efectivo de nacimientos entre 1986 (1.721) y 1987 (1.644). Durante este período las tasas de fecundidad también descendieron a menos de 100 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años (93,4 por 1.000 en 1986), tras haberse sostenido por encima de 100 en los cinco años anteriores. Los alumbramientos en mujeres menores de 20 años representaron una cuarta parte (24 a 27%) del total de nacimientos.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

En 1984, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades cardíacas (Clasificación Internacional de Enfermedades, 390-429), con 119 defunciones (151,6 por 100.000 habitantes); los tumores malignos (140-208), con 72 defunciones (91,7); las enfermedades cerebrovasculares (430-438), con 35 defunciones; ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779), con 31 defunciones, y diversas enfermedades del aparato respiratorio (466, 480-519), con 23 defunciones. Otras causas importantes de mortalidad fueron la diabetes mellitus (250), con 19 defunciones, y los accidentes de tráfico (E800-E848), con nueve defunciones. De las 119 defunciones provocadas por cardiopatías, 53 se debieron a enfermedades hipertensivas.

La tasa de mortalidad infantil se niveló en 18 por 1.000 nacidos vivos y el componente neonatal constituyó el patrón dominante prevalente: 25 de 32 defunciones infantiles en 1985, 19 de 26 en 1986 y 21 de 30 en 1987. Sin embargo, se produjo un firme aumento de la tasa de mortalidad, que pasó de 7,6 en 1985 a 13,9 en 1987. No se conoce una explicación específica de este fenómeno.

La cobertura de inmunización en el grupo de niños menores de 1 año se ha mantenido por encima de 90% respecto a la DPT y la poliomielitis, y en 86% con relación al sarampión.

En niños de 1 a 4 años se produjeron nueve defunciones en 1985, 11 en 1986 y seis en 1987.

La salud del adolescente está recibiendo mayor atención y los servicios correspondientes se han extendido a muchos centros de salud; la educación para la vida en familia se ha constituido en parte de los planes de estudio de las escuelas.

Se ha fortalecido el programa de salud escolar, y las enfermeras especializadas en atención de la familia son las que fundamentalmente se encargan de los exámenes. Los niños en edad preescolar quedan bajo el cuidado de visitantes de salud.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad entre los adultos (15 a 64 años). La hipertensión, el factor más importante de los que contribuyen a las enfermedades cardíacas, es la enfermedad crónica no transmisible más común y, junto con la diabetes, el motivo de una alta proporción de consultas médicas. El 40% de los pacientes con diabetes también padece de hipertensión. El estómago es el sitio donde más a menudo se desarrolla cáncer en ambos sexos, pero también es frecuente el cáncer de próstata en los hombres y el de cuello uterino en las mujeres. El aumento de los accidentes de tráfico ha provocado su inclusión entre las 10 primeras causas de defunción. Se ha emprendido en toda la nación un programa de exámenes para detectar el cáncer de cuello uterino.

Durante el período 1985-1987 se produjeron cuatro defunciones maternas, lo que representa una tasa global de mortalidad materna de 7,8 por 10.000 nacidos vivos. La salud maternoinfantil ha resultado beneficiada con una atención médica posnatal más amplia y con un aumento del número de mujeres que aceptan los servicios de planificación familiar.

Un programa de salud mental instituido al promediar el decenio pone el acento en el enfoque comunitario; el sistema de atención primaria de salud, que se utiliza eficazmente en toda la isla, facilita el desarrollo de este programa.

Las proyecciones para el año 2000 indican que la población de edad avanzada alcanzará entonces al 10%. Las enfermedades cardíacas, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de mortalidad. La ceguera, una de las principales discapacidades de los ancianos, es cada vez más consecuencia del glaucoma crónico y de la retinopatía diabética.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El Departamento de Salud, que depende del Ministerio de Educación, Salud, Deportes y Asuntos de la Juventud, está a cargo de la provisión de los servicios de salud pública. El Ministro, con el asesoramiento de altos funcionarios técnicos y del Secretario Permanente, establece los planes que atañen a los servicios de salud. El Secretario

Permanente se encarga de la administración cotidiana del Departamento y el Ministro es responsable ante el Gabinete Ministerial de la provisión de los servicios oficiales de salud.

La responsabilidad técnica de los servicios de salud recae en el Médico Jefe. Tras la devastadora acción del huracán David, desatado el 29 de agosto de 1979, la necesidad de reconstruir y desarrollar los servicios hizo imprescindible contratar a un Coordinador de Servicios de Salud, que rinde cuenta de su gestión directamente al Secretario Permanente y, si procede, asesora al Ministro sobre aspectos técnicos del desarrollo de los servicios de salud.

Con el fin de proporcionar al Ministerio mayores posibilidades de administrar eficiente y eficazmente la prestación de los servicios de salud, entre 1985 y 1988 se pusieron en práctica cambios administrativos. El proceso de reorganización eliminó los mandos verticales que manejaban los programas y los reemplazó por un criterio de equipo en todos los niveles del Departamento de Salud. Con miras a poner en marcha este nuevo enfoque se han establecido tres campos de actuación: determinación de pautas rectoras, y formulación y ejecución de los programas. La organización y el manejo descentralizados de los servicios sustentados en la comunidad es la característica más sorprendente de estos cambios administrativos.

La prestación de atención de salud se ha visto facilitada por la división de la isla en siete distritos de salud. El distrito es el nivel fundamental del sistema de atención primaria de salud y sirve de base a la programación, administración, supervisión y control financiero locales. En este nivel se analizan y ajustan los programas propuestos por el nivel central para adaptarse a las necesidades específicas de la comunidad.

Los servicios de atención primaria se organizan funcionalmente por distritos, y un equipo de salud, que reúne a todos los trabajadores de salud del distrito, es el encargado de suministrar esa atención. El equipo, dirigido por un comité compuesto por el médico del distrito, un visitador de salud, un funcionario de salud ambiental y una enfermera especializada en atención de la familia, tiene a su cargo la prestación de atención de salud en servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación. En cada distrito, el médico residente cumple las funciones de director y jefe del equipo, con excepción del distrito de salud que corresponde a la ciudad capital, Roseau, donde el equipo es dirigido por un farmacéutico. Normas y pautas establecidas, complementadas por varios manuales sobre cuestiones de procedimiento, rigen la ejecución del programa y el funcionamiento del equipo.

La reorganización del sistema de salud y, en particular, de los servicios de atención primaria, ha influido en la necesidad y la demanda de que se presten servicios eficientes en el principal hospital de referencia. Durante

1986 y 1987, las actividades organizativas giraron en torno a la red del sistema de salud, los servicios de atención primaria y los servicios externos del hospital principal, Princess Margaret.

El Plan Nacional de Salud (1982-1987) define al sistema de prestación como red de unidades de atención primaria (dispensarios tipo I) que proporcionan servicios a un mínimo de 600 personas en un radio de 8 kilómetros. Este sistema de prestación de atención está formado por cuatro niveles, que en orden creciente de complejidad de la atención y servicios ofrecidos son: los dispensarios tipo I, las instalaciones tipo III, el policlínico proyectado y el hospital nacional de referencia.

El nivel de menor complejidad está formado por los dispensarios tipo I, que son las unidades más pequeñas a nivel periférico de la comunidad y representan el primer punto de contacto entre el individuo y el sistema de salud. Los servicios proporcionados en ellos están estrechamente integrados en la comunidad. Cada dispensario cuenta con una enfermera de atención primaria o enfermera de distrito y puede atender a un mínimo de 600 personas en un radio de 8 kilómetros. Por cada cuatro o cinco dispensarios tipo I del primer nivel, hay un centro de salud (instalación tipo III) que les brinda supervisión y apoyo.

El segundo nivel de complejidad, representado por los centros de salud tipo III que constituyen la sede administrativa del distrito, atiende a la población de su vecindad inmediata (más de 2.000 personas); con la ayuda de dispensarios tipo I, estos centros proporcionan cobertura a más de 7.000 personas. Esta cobertura abarca servicios limitados de maternidad para pacientes hospitalizadas, servicios de envío para pacientes ambulatorios, servicios odontológicos, apoyo y supervisión del nivel I y servicios de salud ambiental.

El Hospital Princess Margaret, situado en Roseau, cuenta con 140 camas y sigue siendo la única institución importante para el envío de pacientes. Aunque la estructura de sus salas no ha cambiado desde su construcción, en 1962, nuevas instalaciones casi terminadas de servicios generales darán albergue a las salas de dietas, lavandería, esterilización central, suministros y mantenimiento.

Un policlínico (Resource Centre de Roseau), que se empezó a construir en terreno del Hospital en 1986-1987, proporcionará oficinas administrativas y servicios de salud. Una vez terminado, este policlínico suministrará el tercer nivel de atención.

El Hospital Princess Margaret también brinda atención del cuarto nivel. Esta institución proporciona servicios de medicina general, cirugía general, pediatría, obstetricia, ginecología y psiquiatría para pacientes hospitalizados.

En 1987, los hospitales privados y los cuatro pertenecientes al Gobierno sumaban en total 322 camas. El

CUADRO 1

Camas de hospital y razón de camas por 10.000 habitantes según el tipo de institución, Dominica, 1987.

Tipo de institución	Camas	Razón
Hospitales generales		
Roseau	140	18
Marigot	16	18
Portsmouth	36	36
Hospital de Psiquiatría		
Princess Margaret	40	5
Instituto Geriátrico Central	90	12

Cuadro 1 muestra el número de camas por tipo de institución y la razón por 10.000 habitantes.

Aproximadamente 98% de la población carece de seguro de salud. Tanto los servicios de atención primaria como los hospitalarios son gratuitos para todos los afiliados al sistema de seguridad social, los niños y las personas recomendadas por la división de bienestar social.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Dominica se compone de una cadena de montañas rocosas orientada de norte a sur, con bosques y cursos de agua interiores y sin playas de arena blanca. Aunque el país tiene muchos recursos hídricos superficiales, la calidad de sus aguas sufre las consecuencias de la contaminación por productos químicos, la deforestación y la eliminación de desechos. Los servicios de purificación del agua existentes en Roseau son insuficientes y las instalaciones destinadas a la cloración no son confiables.

Roseau es la única comunidad que cuenta con alcantarillas sanitarias. Sin embargo, ocho o nueve cloacas emisarias descargan aguas servidas en playas y costas. Algunas áreas suburbanas disponen de alcantarillas de menor tamaño que el necesario y otras no las tienen de ningún tipo. Muchas otras zonas urbanizadas carecen de fosos sépticos o de retretes en buen funcionamiento, lo que provoca graves problemas de higiene.

Los desechos sólidos que se acumulan en las ciudades y su vaciamiento en el campo constituyen lugares comunes; son raros los rellenos construidos para su eliminación. En esencia, esto trae como resultado que el programa de tratamiento de los desechos sólidos resulte ineficaz y que atraiga una limitada participación del público.

Los problemas estructurales fundamentales son la poca capacidad institucional en materia de provisión de agua y alcantarillado, la escasez de recursos financieros, hu-

manos y de cualquier otro tipo, y la falta de planificación para la utilización de la tierra y de controles para el desarrollo.

Ahora se preparan todos los engranajes de un proyecto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional para reforzar la organización y los recursos de la oficina del agua; cuando este proyecto se haya completado, en 1990, asumirá la responsabilidad del desarrollo y funcionamiento del sector de alcantarillado, actualmente a cargo del Ministerio de Salud. El 31 de enero de 1990 se habrá terminado un plan de estudio de una red de alcantarillas para Roseau, que financian el PNUD y el Banco de Desarrollo del Caribe. Entonces se contará con los diseños y estimaciones preliminares para mejorar el sistema de alcantarillado de Roseau.

Se ha elaborado la legislación sobre salud ambiental que pronto se promulgará y entrará en vigor. Sus disposiciones comprenden una ley habilitante y la reglamentación pertinente.

Como consecuencia del creciente reconocimiento de la

función del público en la administración del medio ambiente, el Gobierno instituyó 1989 como Año del Medio Ambiente y de la Protección. Con esta proclamación se pretende aumentar el interés del público en los problemas ambientales.

El programa de control de vectores está plenamente integrado en el sistema de atención primaria de salud, aunque no se llevan a cabo actividades regulares de control de vectores. Los funcionarios encargados de cuidar la salud ambiental adoptan medidas de control cuando las circunstancias lo requieren. Se promueven activamente la reducción de las fuentes, la educación para la salud y el control biológico (particularmente de los anofelinos). En cuanto a control de *Aedes aegypti*, se está aplicando a escala experimental un método integrado y sustentado en la comunidad, con miras a dar apoyo al programa hasta 1990. Un estudio de verificación por muestreo llevado a cabo por la OPS en 1989 demostró la existencia de un índice de infestación domiciliar de 94% en una de las comunidades del proyecto propuesto.

ECUADOR

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El Ecuador es un Estado democrático y unitario. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo y representativo. La función legislativa corresponde al Congreso Nacional, con sede en Quito e integrado por 67 diputados nacionales y provinciales. La función ejecutiva es ejercida por el Presidente de la República, quien representa al Estado durante un período de cuatro años, y el Gabinete Ministerial (en la actualidad existen 12 Ministerios, incluido el de Salud Pública). El Régimen Seccional, dependiente de la función ejecutiva, está conformado por un gobernador en cada provincia (excepto la de Pichincha, donde esas funciones son ejercidas por el Ministerio de Gobierno), un jefe político en cada cantón y un teniente político en cada parroquia. A los gobernadores y jefes políticos los nombra directamente el Presidente y a los tenientes políticos el Ministerio de Gobierno. La función jurisdiccional o de administración de la justicia es ejercida por órganos independientes: la Corte Suprema de Justicia, con las Cortes Superiores y sus Juzgados y Tribunales; el Tribunal Fiscal; el Tribunal de lo Contencioso y Administrativo; y los demás tribunales y juzgados que las leyes establecen.

A nivel subnacional, y dentro del Régimen Seccional Autónomo, existen los Consejos Provinciales y los Consejos Municipales. Los primeros, que tienen su sede en las capitales provinciales y están presididos por el Prefecto Provincial, trabajan por el progreso de la provincia en vinculación con los organismos centrales; los segundos tienen responsabilidad sobre cada cantón. En las capitales de provincia y otras ciudades que reúnen los requisitos de población y presupuesto exigidos por la ley, el Municipio lo preside un Alcalde. Los consejos provinciales y los municipales gozan de autonomía funcional, económica y administrativa.

El Ecuador tiene grandes riquezas potenciales, especialmente en el campo agrícola, pero está atravesando una importante crisis económica. El PIB tuvo un crecimiento de apenas 0,6% anual acumulado en el período 1984–1987: de 153.400 millones (en sucres constantes de 1975) a 156.200 millones. Esto se debió principalmente

a la suspensión durante seis meses de la exportación petrolera por los daños que causó en el oleoducto el terremoto de marzo de 1987. La contribución más importante al PIB provino del comercio y las finanzas; le siguen la industria manufacturera, y la silvicultura, caza y pesca, llegando entre los tres al 64,1% del PIB.

El comercio exterior de bienes y servicios durante 1984–1987 fue muy desfavorable para el país; las exportaciones totales aumentaron inicialmente y luego se redujeron a una tasa anual acumulativa de 5,7%; las importaciones totales, en cambio, se expandieron en forma sostenida (5% anual acumulativo). El resultado fue un déficit global de \$US2.186 millones durante el período, con un crecimiento anual acumulativo del 68%.

El PIB per cápita descendió de 17.249 sucres (constantes de 1975) en 1984 a 16.174 sucres en 1987, lo cual refleja el deterioro de la capacidad adquisitiva de bienes y servicios básicos y del nivel de vida, especialmente de los sectores populares. En 1984–1987 la inflación tuvo un crecimiento anual acumulativo del 28%. En febrero de 1989, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la inflación anual era de 90,9%; la inflación sectorial más alta se produjo en el rubro de alimentos y bebidas, con el 107%.

El desempleo ha aumentado del 10,5% en 1984 al 10,8% en 1987, pero estimaciones oficiales recientes llevan la cifra al 13% de la población económicamente activa (PEA), es decir unas 400.000 personas. Más preocupante aún es el índice de subocupación, 50% de la PEA, aproximadamente un millón de personas. Con el salario mínimo de 1982 era posible adquirir el 64,5% de la canasta familiar, mientras que en 1985 representaba el 51,8%.

El analfabetismo era de 13,8 y 12,7% en 1984 y 1987, respectivamente. La educación escolar es obligatoria para el nivel primario y el ciclo básico del nivel medio. Si bien el ingreso al nivel primario es satisfactorio, la tasa de retención, es decir la relación entre los matriculados en sexto grado en 1987 con los de primer grado cinco años antes, era apenas del 57%, siendo menor aún este porcentaje en el área rural. El ingreso al nivel medio de educación, tanto del ciclo básico como del diversificado, ha venido aumentando. En 1987 las tasas de retención eran del 75% en el ciclo básico y del 69% en el diversificado. El ingreso a las universidades estatales es libre. Hay 18 universidades y tres escuelas politécnicas, fiscales y particulares.

Uno de los problemas más graves que enfrenta el país es el déficit tanto cuantitativo como cualitativo de vivienda. Sus causas son de naturaleza estructural y están íntimamente ligadas al crecimiento de la población. Según el censo de 1982, existían 1,8 millones de viviendas, lo cual significaba un déficit de 690.000 unidades habitacionales; en 1986 había unos 2,1 millones y el déficit se estimó en 885.000 unidades.

Características demográficas

La población del Ecuador ha aumentado de 4.476.000 habitantes en 1962, a 6.557.000 en 1974 y a 8.060.700 en 1982, según datos de los censos respectivos. Las estimaciones y proyecciones del INEC indican que la población ascendió a 9.922.500 en 1987 y a 10.203.700 en 1988, y que llegará a 12.314.200 en 1995. La tasa de crecimiento era del 3,2% anual en el período intercensal 1962-1974, se redujo al 2,8% anual en 1970-1982 y se calcula que bajará al 2,7% anual en 1985-1990. Como la migración al exterior no es muy importante, esta desaceleración del crecimiento de la población se atribuye fundamentalmente al descenso de la tasa de natalidad (41,2 por 1.000 habitantes en 1970-1975; 35,4 en 1985-1990) y a la reducción de la tasa de mortalidad (11,2 y 7,55 para los mismos períodos). Esta dinámica demográfica repercute en la estructura de la población por edades, con un incremento importante del grupo de 15 a 64 años. No obstante, actualmente la población es joven: los menores de 15 años constituyen el 40% y solo el 4% o menos son de 65 y más años. La esperanza de vida al nacer se estima en 65,4 años para el período 1985-1990.

El ritmo creciente de la urbanización y la colonización de nuevas tierras se traduce en una concentración excesiva en pocas urbes y en una gran dispersión de numerosos y pequeños asentamientos rurales, aunque la tendencia concentradora es mayor que la dispersadora (Cuadro 1).

A través de los años, los grupos de población blanca, indígena y en menor proporción negra han producido un intenso proceso de mestizaje en la población. Únicamente algunas comunidades indígenas mantienen su identidad

no solo como pueblos sino como nacionalidades, y su ideología, cultura y forma de interpretar, tratar y prevenir las enfermedades tienen diferencias significativas con las del resto de la sociedad nacional. Actualmente cerca del 40% del total de la población está compuesta por mestizo-indígenas, en diversos grados de transculturación, que residen habitualmente en el área rural. Esta población ha sido marginada en cuanto a ingresos, medios de producción y servicios básicos: salud, educación, vivienda, asistencia social y otros; pero sobre todo, ha estado tradicionalmente marginada de los procesos políticos y de la cobertura de los planes y programas de desarrollo del país.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Existen deficiencias importantes de la información en salud, que afectan tanto a la producción y productividad de los servicios como a los datos de morbilidad y mortalidad. Así, mientras la tasa de mortalidad infantil en 1987, según el INEC, era de aproximadamente 48 por 1.000 nacidos vivos, el estudio ENDESA-1987 del mismo año encontró una mortalidad infantil de alrededor de 60. Igualmente, mientras la tasa oficial de mortalidad general (1987) era de 5,2 por 1.000 habitantes, ENDESA-87 informó una tasa de 7,6. Se observa una tendencia global al descenso en las cifras de mortalidad general, infantil y materna en el decenio 1978-1987.

La estructura de la mortalidad muestra la llamada patología del subdesarrollo y por otro lado las causas imputables al "desarrollismo". Las enfermedades infecciosas intestinales, las respiratorias, la tuberculosis y la desnutrición proteínocalórica comparten los primeros lugares como causas de muerte con los accidentes de tráfico, los homicidios, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos del estómago (Cuadro 2).

La segunda causa de mortalidad infantil —hipoxia, asfixia y otras afecciones del feto y del recién nacido— tiene relación directa con la cobertura de los servicios institucionales en la atención del parto. Por otro lado, la desnutrición proteínocalórica, que ocupa el séptimo lugar, es el telón de fondo de la mayor parte de la mortalidad infantil, pues su gran prevalencia (49% de la población de 0 a 5 años) disminuye las defensas orgánicas de niños expuestos a la agresión ambiental (falta de agua potable, disposición de excretas y vivienda inadecuadas, etc.), que sucumben frente a la patología que no implica mayores riesgos en los mejor alimentados. En el quinquenio 1982-1987 han persistido en los 10 primeros lugares casi las

CUADRO 1

Distribución de la población según área urbana o rural (%), Ecuador, 1962, 1974, 1982 y 1987.

Área	1962	1974	1982 ^a	1987 ^a
Urbana	36,0	41,4	49,2	53,5
Rural	64,0	58,6	50,8	46,5

^aProyecciones.

Fuente: Población y Cambios Sociales. Diagnóstico Sociodemográfico del Ecuador, 1950-1982.

CUADRO 2

Principales causas de defunción y tasas por 100.000 habitantes, Ecuador, 1987.		
Causa	Defunciones	Tasa
Enfermedades infecciosas intestinales	3.812	38,4
Neumonía	2.687	27,1
Enfermedad cerebrovascular	2.414	24,3
Bronquitis, enfisema y asma	1.901	19,2
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	1.729	17,4
Enfermedad isquémica del corazón	1.655	16,7
Tuberculosis	1.278	12,9
Tumor maligno del estómago	1.160	11,7
Homicidio	1.002	10,1
Otra desnutrición proteinocalórica	953	9,6

mismas causas de mortalidad infantil y general, variando únicamente el orden que ocupan.

Se observa una clara diferencia por áreas urbana y rural en cuanto al riesgo de morir en los niños de 0 a 1 año y de 1 a 2 años (Cuadro 3). La mayor mortalidad en el área rural se mantiene hasta 1986. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil es significativamente mayor cuando la madre es analfabeta o tiene escasa instrucción y cuando el número de hijos es grande. Si se analiza por regiones y provincias del país, en 1987 la región de la Sierra presenta mayor mortalidad infantil (52,8 por 1.000 nacidos vivos) que la Costa (42,5) y el Oriente (40,7), en correspondencia con las cifras muy superiores al promedio nacional (47,7) de algunas provincias en las cuales la proporción de indígenas es mayoritaria. Las provincias de Esmeraldas (con población negra) y Los Ríos en la

CUADRO 3

Tasas de mortalidad de menores de 1 año y de 1 a 2 años, según área urbana o rural, Ecuador, 1971-1976, 1977-1981 y 1982-1986.				
Años	0 a 1 año ^a		1 a 2 años ^b	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1971-1976	77,5	115,3	93,7	136,0
1977-1981	51,5	90,8	57,1	109,7
1982-1986 ^c	52,5	63,7	58,2	84,1

^aTasa por 1.000 nacidos vivos.

^bTasa por 10.000 habitantes de esa edad

^cSe incluye enero y febrero de 1987.

Fuente: ENDESA-1988, Ecuador.

Costa tienen la mayor mortalidad infantil, con 60,2 y 64,4, respectivamente.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

La disminución de la mortalidad infantil en los últimos 20 años se debió especialmente al segmento posneonatal (28 días-menos de 1 año); sin embargo, en años recientes ha aumentado proporcionalmente el segmento neonatal (35% del total de la mortalidad infantil en 1970 y 39% en 1986). La principal causa de muerte neonatal es la hipoxia y asfixia, vinculada en gran medida a la escasa cobertura institucional del parto. La probabilidad de morir de los menores de 1 año es nueve veces mayor que la de los niños de 1 a 4 años.

La mayoría de las muertes por desnutrición ocurren en niños entre los 6 meses y 1 año de edad; la anemia por desnutrición es común en las embarazadas, incidiendo en anemias del menor de 1 año y bajo peso al nacer. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias causan conjuntamente el 50% de la mortalidad infantil y están asociadas a niños debilitados o inmunocomprometidos por la desnutrición.

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad también ha disminuido: de 44 por 1.000 en 1972 a 25 por 1.000 en 1986 (ENDESA-87). Este grupo de edad se ve afectado por epidemias periódicas (cada tres o cuatro años) de sarampión, por no haber alcanzado coberturas adecuadas de vacunación. La probabilidad de morir en este grupo de edad es también significativamente mayor en el área rural que en la urbana (Cuadro 4).

Las principales causas de muerte en este grupo de edad son: diarrea, infecciones respiratorias, sarampión y accidentes; las dos primeras causas representan el 47% del total de la mortalidad del grupo, lo que supone un gran contingente de niños desnutridos; las muertes por accidentes evidencian una disminución del tiempo y ca-

CUADRO 4

Tasas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, por 10.000 habitantes, según área urbana o rural, Ecuador, 1971-1976, 1977-1981 y 1982-1986.		
Años	Urbana	Rural
1971-1976	33,0	56,6
1977-1981	16,8	36,5
1982-1986 ^a	11,2	38,0

^aSe incluye enero y febrero de 1987.

Fuente: ENDESA-1988, Ecuador.

lidad de la atención y cuidado en el seno de la familia, y la falta de servicios de atención a la infancia.

El consumo de calorías a nivel nacional es deficiente en el grupo de 1 a 5 años de edad y su porcentaje de adecuación en relación con los requerimientos era del 71%. En cambio el aporte proteico de la dieta ha sido adecuado (102% de las necesidades), según el "Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de 5 años". Según el mismo estudio, el consumo de calcio es adecuado entre los 12 y los 23 meses, pero luego disminuye; el hierro es particularmente deficiente entre los 12 y los 23 meses y, aunque después de esa edad aumenta ligeramente, no alcanza niveles satisfactorios; la riboflavina y la tiamina decrecen en relación directa con la edad. Únicamente el consumo de vitamina C es superior a la recomendación. En resumen, los consumos insuficientes de alimentos, tanto en cantidad como en calidad, que prevalecen en importantes segmentos de la población, corroboraron los hallazgos de otros estudios, que estiman que más del 50% de la población está por debajo del límite tolerable de supervivencia.

El grupo de 5 a 14 años es el de menor riesgo, pues detenta la mortalidad específica más baja. Sin embargo, es llamativa la diferencia por sexos (más alta en varones). En los preescolares y escolares las coberturas de los servicios del Ministerio de Salud son bajas (10,4% de los matriculados en 1987), con tendencia al descenso en los últimos años (12,4% en 1979) por incremento de la población preescolar y escolar.

Salud de los adolescentes y adultos (15-64 años)

El grupo de 15 a 19 años es el más desprotegido en lo que a aspectos de salud se refiere. Las principales causas de egresos hospitalarios (INEC, 1986) en la población de 15 a 19 años corresponden a partos (28.628, con tasa de 12,7 por 1.000), traumatismos (6.889, tasa de 3,9 por 1.000), y enfermedades infecciosas y parasitarias (6.531, tasa de 2,9 por 1.000).

La fecundidad en las adolescentes es alta. En 1983 se produjeron 329.000 nacimientos; de estos, alrededor de 14% ocurrieron en adolescentes entre 15 y 19 años.

Las principales causas de mortalidad en el grupo de 15 a 19 años se agrupan en tres grandes rubros: accidentes y violencias (que incluyen accidentes de tráfico, homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas y suicidios); infecciones (incluyendo las del aparato digestivo, respiratorio, afecciones renales y tuberculosis pulmonar), y leucemia.

En 1967 la tasa de mortalidad materna fue de 25,9 por 10.000 nacimientos. Hubo un descenso a una tasa de 14,9 en 1984 (384 defunciones), antes de subir a 17,4 en 1987 (355 defunciones). La frecuencia de embarazos

en adolescentes, el agotamiento por embarazos poco espaciados, el trabajo físico intenso, la multiparidad, el alto índice de abortos provocados y sin asistencia médica, son factores condicionantes directos de la morbilidad y mortalidad materna. Un 52,8% de los nacimientos vivos ocurridos en 1987 recibieron atención profesional durante el parto. En la zona urbana 76,3% recibieron atención profesional, y 25,2% en la rural.

Aproximadamente 2.900.000 personas constituyen la población económicamente activa del país. La problemática de la salud de los trabajadores presenta una mezcla de riesgos antiguos y conocidos tales como el ruido, los solventes, los plaguicidas, el polvo industrial, y de nuevos riesgos resultantes de la introducción de nuevas tecnologías. Persisten, por otro lado, los índices altos de accidentes, especialmente en algunas industrias como la de la construcción. Hay un importante subregistro de los accidentes laborales a causa de las sanciones a los empresarios, la pérdida de empleo y sobre todo el insuficiente registro y control de las fábricas por parte del Estado; lo mismo sucede con las enfermedades profesionales.

El perfil de la morbimortalidad del adulto de 25 a 44 años se ha modificado en los últimos años por la incidencia cada vez más importante de afecciones cardiovasculares, metabólicas y oncológicas, algunas de las cuales figuran entre las primeras 10 causas de muerte. A ello hay que añadir los accidentes de tránsito y las muertes por violencia.

Las enfermedades cardiovasculares son las que mayor incremento han tenido en 1983-1987, en especial la enfermedad hipertensiva y los accidentes cerebrovasculares. El aumento de la mortalidad por cáncer gástrico y de cérvix en la década de los setenta se tradujo en un aumento en las tasas respectivas del 23,9 y 56,4%. En ese período el país inició un importante proceso de industrialización, a la vez que mejoraron los servicios de detección del cáncer y el sistema de registro.

Salud de las personas de edad avanzada (65 y más años)

Hasta 1984 no existía una política definida para la protección y el cuidado de las personas de 65 y más años. Solamente había unos pocos asilos para atender, como una acción de caridad, a "ancianos desamparados", especialmente a los que sufrían enfermedades mentales. En 1984 el Ministerio de Bienestar Social creó la Dirección Nacional de Atención Gerontológica, con el propósito de contar con una estructura orgánica para enfrentar adecuadamente la problemática existente. De este modo se definen políticas, estrategias, áreas programáticas y actividades específicas tendientes a reincorporar a la población anciana en la sociedad, mediante la creación de servicios especializados.

Problemas que afectaron a la población general

En marzo de 1987 ocurrieron una serie de sismos con epicentro en la región nororiental del país, que causaron daños directos a edificaciones —incluyendo el patrimonio histórico y cultural— y a los servicios básicos, especialmente en las provincias de Pichincha e Imbabura, y grandes avalanchas y aluviones que destruyeron caminos, puentes y asentamientos humanos en zonas rurales de la provincia de Napo. Además se dañó el oleoducto que transporta el petróleo, mermándose su exportación y la generación de divisas. Cerca de 75.000 personas en las áreas rural y urbana resultaron directamente afectadas, con grave perjuicio para su bienestar y reducción en sus ingresos. Se estima que unas 1.000 personas perdieron la vida y que otras 5.000 fueron evacuadas y reubicadas en refugios temporales. Se destruyeron 3.000 viviendas y 12.500 más necesitaron reparación. Varios hospitales, centros de salud, escuelas y colegios también resultaron dañados. Además, los aluviones y avalanchas afectaron la producción agropecuaria erosionando tierras de cultivo y de pastoreo y arrastrando miles de cabezas de ganado.

La malaria se mantuvo bajo control hasta 1980; tuvo un gran incremento en 1984 cuando llegó a 76.000 casos, y en 1987 bajó a 68.044 casos. En 1988 se observó un descenso del 15% en relación con el año anterior (53.607 casos con diagnóstico microscópico); no obstante, la situación sigue siendo motivo de preocupación por la escasa posibilidad de su control a corto plazo, dadas las condiciones administrativas y técnicas. En el principal foco de transmisión, la provincia de Esmeraldas, hubo una disminución del 42% del total de los casos y del 22% de las infecciones por *Plasmodium falciparum*, pero en 12 de las 20 provincias del país se incrementaron los casos en 1988. Las acciones de control han consistido en rociamientos intradomiciliarios con DDT y tratamientos presuntivo y radical de tres días de duración. Los rociamientos en 1988 alcanzaron apenas una tasa de 20 por 1.000 habitantes en riesgo de enfermar, debido a insuficiente provisión de DDT. Los tratamientos presuntivo y radical son brindados fundamentalmente por los servicios de salud del Ministerio ubicados en las áreas malarías.

Aunque desde 1974 se realizan actividades de control de *Aedes aegypti* en 124 localidades de siete provincias que abarcan una población de aproximadamente 2.500.000 habitantes, a principios de 1988 se presentó en la ciudad de Guayaquil una epidemia de dengue, serotipo 1, que abarcó la totalidad de parroquias urbanas de la ciudad y otras ciudades menores de la costa del Pacífico donde residen cerca de 3 millones de habitantes. Actualmente continúa el programa de control y vigilancia del *Aedes*. Sin embargo, problemas administrativos de

manejo de personal y la insuficiencia de recursos económicos permiten índices de casas superiores al 4% y de Breteau, del 5%, en algunas parroquias urbanas de Guayaquil.

La alta incidencia de rabia humana y animal constituye uno de los más graves problemas de salud pública del país. Entre 1985 y 1987 se realizaron varias campañas masivas de vacunación antirrábica canina, lo que ha determinado un descenso de las tasas de mortalidad por rabia humana y animal. En 1987 se registraron cuatro casos de rabia humana, mientras que en 1983 ocurrieron 30 casos. Sin embargo, el número de casos de rabia animal se incrementó en 1987 en relación con el año anterior, lo que obliga a continuar con las campañas masivas de vacunación canina.

Otro problema que afecta a la población del país es el elevado índice de teniasis y cisticercosis, cuyas tasas han aumentado en forma explosiva a partir de 1983: de 0,13 a 1,73 por 100.000 habitantes en 1987 para la cisticercosis, y de 0,86 en 1984 a 299,51 en 1987 para la teniasis.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Los servicios de salud del Ecuador se han ido estructurando en concordancia con el desarrollo de la organización social y política del país. Se pueden identificar tres grandes subsistemas: el público, el privado (con y sin fines de lucro) y el sistema de carácter popular (llamado no formal).

El subsistema público de salud está conformado por el Ministerio de Salud Pública; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas; la Junta de Beneficencia de Guayaquil; el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y el Ministerio de Bienestar Social (a través de la red nacional de guarderías infantiles y del programa nacional de protección integral del anciano). De estas entidades las más importantes en cuanto a capacidad instalada, infraestructura y cobertura son el Ministerio de Salud y el IESS.

El Ministerio de Salud Pública teóricamente cubre al 70% de la población. Sus programas de salud abarcan todos los componentes de la atención integral a las personas, desde el fomento hasta la rehabilitación, así como la atención del medio ambiente. Desde el punto de vista político y técnico-normativo, le corresponde la definición de políticas, planes y estrategias nacionales y la elaboración, implantación y evaluación de la normalización téc-

nica. En la práctica, estas funciones están circunscritas a su propia infraestructura.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cubre a los empleados públicos y privados del sector de la industria y el comercio y en menor número a los artesanos, a los trabajadores de la construcción y a los campesinos (estos últimos a través del Seguro Social Campesino). La Dirección Nacional Médico-Social del IESS fue creada —como departamento médico del Seguro Social— en 1936, como uno de los logros de las luchas sociales de la década de los veinte. Hasta marzo de 1944 únicamente los afiliados obreros y empleados privados eran beneficiarios de sus servicios; a partir de esta fecha, tienen además ese derecho la mayoría de los empleados públicos y, desde 1951, también los jubilados. Las “afiliaciones especiales” de años recientes no han significado un incremento importante en el número de usuarios. El IESS protege al afiliado solamente en casos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Hasta ahora no ha sido posible, por falta de financiamiento, extender la protección a la familia del asegurado; únicamente se brinda atención médica (sin medicinas) a los hijos de afiliadas hasta un 1 año de edad. El servicio médico del IESS no cubre a la masa de los trabajadores independientes o autónomos.

El Seguro Social Campesino, que inició su desarrollo real en 1981, cubre a la fecha aproximadamente 400.000 personas en el área rural (entre afiliados y familiares), incremento significativo si se considera que en 1977 sus beneficiarios eran alrededor de 70.000. El servicio médico del IESS y el Seguro Social Campesino cubren aproximadamente 13% de la población del país.

El servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta actualmente con unas 1.000 camas hospitalarias. Sus hospitales y ambulatorios, que atienden en pequeña escala a la población civil, cubren aproximadamente al 2,5% de la población.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil, institución de derecho privado con finalidad social y sin fines de lucro, financia sus servicios de salud en su mayor parte con la administración de su patrimonio (edificios, cementerio y la lotería); el Estado aporta el 13% de su presupuesto anual. Los servicios de salud que brinda son fundamentalmente de recuperación de la salud y para la atención del embarazo, parto y puerperio. Cuenta con cuatro hospitales —uno general y tres de especialidad— todos en la ciudad de Guayaquil, con un total de 2.586 camas (15,7% del país), distribuidas en los siguientes hospitales: General 814, Gineco-obstétrico 332, Psiquiátrico 1.214, y Pediátrico 226. La mayor proporción de sus usuarios es de la ciudad de Guayaquil, pero también concurren pacientes de las provincias de la Costa y aun más de la Sierra.

Otras entidades privadas sin fines de lucro son la Cruz Roja Ecuatoriana, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y las distintas “misiones religiosas” que mantienen en diferentes regiones del país (desde los lugares más apartados hasta las grandes ciudades) numerosos establecimientos médicos de variada complejidad.

El subsector privado con fines de lucro está conformado por diferentes clínicas, hospitales y consultorios. La mayor organización y desarrollo de este subsector se observa en los grandes centros urbanos. El Estado ejerce un control limitado sobre estos establecimientos, que se reduce al permiso de instalación y funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud. No existe un sistema de acreditación de estos hospitales ni de los profesionales que trabajan para ellos.

Los servicios de tipo ambulatorio constituyen la forma más tradicional de atención individual y la brindan prácticamente la totalidad de los 11.000 médicos existentes en el país, pues es compatible —salvo pocas excepciones— con el trabajo en instituciones públicas. Existen además numerosas cooperativas y aseguradoras privadas que cubren los riesgos de salud de sus asociados; igualmente las compañías transnacionales aseguran los servicios de salud de su personal mediante convenios con hospitales o con médicos privados.

El sistema no formal de salud responde a las necesidades de un grupo de población, tanto rural como urbana, cuyos principios ideológicos provienen de prácticas que han mutado a través del tiempo en forma paralela a la evolución de los pueblos. Este sistema tiene soporte social en redes estructuradas con alta participación e intenta modificar el curso y desenlace de la enfermedad individual utilizando productos vegetales, animales y minerales que se manipulan con variados códigos y símbolos. No se conoce el total de personas que conforman este sistema; según algunos estudios, en algunas regiones existe un curandero por cada 70 personas, mientras que en otros sitios que corresponden a centros rituales o de formación de estos recursos su concentración es mucho mayor. Se estima que el sistema no formal de salud cubre un importante grupo de la población, especialmente en la atención del parto.

El establecimiento de un proceso destinado a vincular los diferentes componentes del sector dentro de un sistema nacional recae fundamentalmente en la decisión política de las propias instituciones por lograr su acercamiento y armonización. En tal sentido, el Consejo Nacional de Salud, creado en 1980, sería un instrumento propicio para desarrollar propuestas de entendimiento, coordinación y complementación entre las instituciones. Las funciones del Consejo son: proporcionar asesoramiento al Ministerio de Salud Pública sobre políticas de salud nacionales; participar en la formulación, ejecución

y evaluación del plan de salud, y preparar estudios para fundamentar la adopción de decisiones sobre la organización y el funcionamiento del sistema nacional de salud.

La política de salud se orienta hacia la atención integral de todas las personas, con prioridad en los grupos de mayor riesgo de las áreas urbano-marginales y rurales. Se impulsa el desarrollo de modelos de atención que integren el control de los aspectos sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad y promuevan la participación de las organizaciones sociales como gestoras de su desarrollo. Igualmente se propugna el desarrollo de sistemas locales de salud en los que se articulen recursos sectoriales, extrasectoriales, no gubernamentales y comunitarios y se adecue la satisfacción de las necesidades más importantes de la población.

Las experiencias de participación social en salud son muy limitadas. La población ha estado activa únicamente en la búsqueda de la recuperación de la salud, solicitando atención en las diversas instancias formales e informales. Sin embargo, por su condición social, económica y cultural, una gran parte de la población tiene un acceso limitado a los servicios formales.

El sector salud, al igual que el resto del sector público, se ha caracterizado por la centralización en la toma de decisiones y la incorporación de mecanismos favorecedores del manejo centralizado de los recursos, con el consiguiente entramamiento de los trámites y procedimientos y la falta de oportunidad en la toma de decisiones. El Ministerio de Salud Pública ha impulsado, sin mayores resultados, el desarrollo de un proceso de regionalización y de descentralización administrativa en función de la realidad nacional y local, y la disponibilidad de recursos, mediante reformas de algunos elementos de su estructura organizacional. Sin embargo, en algunas Direcciones Provinciales de Salud han habido iniciativas en materia de descentralización administrativa, lo cual respalda la estrategia de retomar la experiencia local como base para la descentralización.

Producción de servicios

En 1987 los hospitales del país produjeron 29 egresos por cama; en 1971 dicho índice era de 20 egresos por cama. Cabe señalar que este índice incluye a los hospitales de pacientes crónicos con tres ingresos anuales y que, entre los hospitales públicos, los del Ministerio de Salud Pública tuvieron el mayor rendimiento: 39 egresos por cama en 1987. El número de egresos aumentó considerablemente: de 258.300 en 1971 a 471.440 en 1987, lo cual significó un incremento de la tasa de egresos de 41,4 a 47,5 por 1.000 habitantes. El incremento del 10% en los egresos durante el período 1984-1987 se debió básicamente a la disminución de la estancia (de 7,9 a 7,2),

pues el porcentaje de ocupación bajó de 60,4 a 56,7% en el período analizado; el incremento del número de camas fue de 5%. El Ministerio de Salud atendió el 51% de los egresos del año 1987, con un promedio de estancia de 5,8 días y 61,7% de ocupación. El mismo año el IESS atendió el 12% de los egresos, con 8,6 días de estancia promedio y una ocupación de 83,2%. La disponibilidad de camas varía de 3,5 por 1.000 habitantes en la zona de producción petrolera a 0,7 camas por 1.000 habitantes en la Sierra.

En los servicios de urgencia del Ministerio de Salud Pública se realizaron 870.410 consultas en 1987, es decir 0,13 consultas de urgencia por habitante por año. El total de consultas prenatales fue de 370.980 y durante el puerperio, de 64.630, o sea que se realizaron 4,1 consultas por parto atendido y 0,7 consultas de posparto. Sin embargo, los servicios ambulatorios notificaron una concentración de consultas prenatales bastante menor (2,5), lo cual indica que una considerable proporción de mujeres embarazadas bajo control no tuvieron acceso a la atención institucional del parto.

En 1987 el total de consultas externas fue de 5.411.620, es decir 0,80 consultas por habitante por año; se estima que los servicios de atención ambulatoria cubren el 65% del total de la población. En el caso de los servicios ambulatorios del Ministerio de Salud Pública, el índice fue de 0,42 consultas por habitante por año; el índice de controles prenatales fue 1,28 y el de control preescolar y escolar, 0,20 y 0,11, respectivamente (en relación con los universos respectivos), lo cual pone de manifiesto la baja cobertura de los servicios ambulatorios. En los servicios del IESS, el índice fue de 3,6 consultas por beneficiario. No se dispone de información suficiente sobre las consultas realizadas por los médicos privados ni sobre la atención prestada por el sistema no formal.

Los servicios odontológicos en general son insuficientes y no están equipados adecuadamente para tratamientos preventivos, obturaciones y restauraciones, por lo que se recurre a las extracciones en forma rutinaria.

Con respecto a cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, es posible diferenciar claramente dos grupos de provincias: aquellas con baja utilización de los servicios formales de salud, y consecuentemente, escasa cobertura, que corresponden a zonas con gran depresión económica, pobreza, analfabetismo, baja atención institucional del parto y alta mortalidad infantil, materna y general, y en las que la infraestructura de servicios tiene escasa capacidad para resolver los problemas de salud de la población, y las provincias con alta utilización de los servicios, mayor cobertura (sin llegar a ser óptima en los sectores urbanos marginales), en las que la infraestructura de salud es predominantemente hospitalaria, las tasas de mortalidad y natalidad son más bajas, existe mayor concentración de establecimientos educativos, las coberturas de servicios de

agua y alcantarillado son razonables y hay un buen desarrollo de la medicina privada; se trata de zonas con desarrollo industrial y agropecuario que constituyen polos de migración y donde empiezan a aparecer síntomas de descomposición familiar.

Actualmente se desarrolla un modelo de organización de los servicios locales de salud basado en la definición del área geográfica y poblacional bajo responsabilidad de cada unidad de salud; en la asignación y descentralización de funciones y recursos en procura de la máxima autosuficiencia; en el establecimiento de una red local de servicios con clara identificación de los niveles de conducción, y en las interrelaciones de un sistema de referencia y apoyo mutuo. Para ello se impulsa el conocimiento y análisis de la situación local por parte de cada unidad de salud, con el fin de poder definir la cobertura, el impacto y la complejidad de los servicios en función de las necesidades de la población.

Capacidad instalada

En 1987 el país contaba con 2.260 establecimientos de salud, de los cuales 380 eran hospitales y 1.880 servicios ambulatorios distribuidos en 66 centros de salud urbanos, 289 puestos de salud, 789 subcentros de salud en el área rural y 736 dispensarios urbanos y rurales; pertenecían al subsector público 514. El número de camas de hospital disponibles era de 16.426. De estas, 7.697 (46,8%) pertenecían al Ministerio de Salud Pública; 1.607 (9,8%) al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y 926 (5,6%) a Sanidad de las Fuerzas Armadas. El 65% del total de camas corresponde al subsector público. Existen 13.666 camas para atención de pacientes agudos y 2.760 para crónicos; el Ministerio de Salud Pública cuenta con 6.286 (46%) de las camas para pacientes agudos y 1.488 (54%) de las disponibles para crónicos.

En el período 1981-1984 la disponibilidad de camas disminuyó de 2 a 1,7 por 1.000 habitantes; esta razón se mantuvo en el período 1984-1987. Las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay —con el 48% de la población— disponen del 65% de las camas. La disponibilidad de camas por regiones es relativamente igual: 1,7 para la Sierra, 1,6 para la Costa y 1,9 para la Amazonia; sin embargo dentro de cada región se observa concentración en las ciudades y provincias más desarrolladas.

Los establecimientos ambulatorios corresponden, en su mayoría, al Ministerio de Salud Pública con su red de centros de salud, subcentros de salud urbanos y rurales y puestos de salud rurales, a los cuales se suman los servicios de urgencia y de consulta externa de los hospitales. El IESS cuenta con 49 dispensarios para la atención ambulatoria de la población asegurada; a estos hay que añadir las salas de urgencia y los departamentos de consulta

externa de sus 16 hospitales. El Seguro Social Campesino proporciona servicios ambulatorios a la población rural mediante 312 dispensarios. Los consultorios médicos privados que realizan atención ambulatoria se calculan en 2.000.

Tecnología de los servicios de salud

El país cuenta con una capacidad industrial privada que le permite cubrir la mayor parte de las necesidades de medicamentos; sin embargo, importa casi toda la materia prima necesaria para su fabricación. Se dispone de capacidad suficiente para la producción de vacunas BCG, DPT, TT y DT; las necesidades de vacuna antirrábica humana se cubren en niveles básicos. No se producen otras vacunas antivíricas para uso humano. El control de calidad está a cargo del Instituto Nacional de Higiene dependiente del Ministerio de Salud Pública. También se realiza control por muestreo de los medicamentos que se adquieren para programas sociales.

En 1985 se reactivaron algunos programas sociales de medicamentos y se estructuró el programa de medicina infantil gratuita para menores de 5 años (Megrame 5), que luego se amplió a Megrame 8 y actualmente a Megrame 15. La mayoría de los medicamentos genéricos incluidos en el cuadro básico, para el desarrollo de los programas mencionados, podrían ser suministrados por la industria farmacéutica nacional. Entre octubre de 1987 y septiembre de 1988 las compras del Ministerio de Salud Pública, el IESS y otras instituciones sin fines de lucro representaron apenas el 17% del volumen total de ventas de la industria farmacéutica nacional.

La mayoría de los elementos utilizados para la prestación de los servicios médicos no se producen en el país; a ello se suma la falta de control de precios (que sí tienen los medicamentos, de alguna manera). La acelerada devaluación de la moneda ha causado desajustes en los presupuestos operativos de las unidades de salud, con detrimento de la calidad y eficacia de los servicios. Por tal razón, en el Centro Estatal de Medicamentos se estudian las posibilidades de importación directa de estos insumos para abastecer las necesidades de las instituciones públicas.

En todos los hospitales del subsector público existen laboratorios para pruebas diagnósticas. Su complejidad guarda relación con el nivel de atención del establecimiento. Además, el país cuenta con una red de laboratorios, ubicados en las cabeceras provinciales, que combina acciones de control de calidad del agua y de los alimentos con atención a la población mediante pruebas diagnósticas de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia en cada zona. La matriz, ubicada en Guayaquil, realiza también control de calidad de medicamentos

y productos biológicos para uso humano y animal. En las cuatro provincias orientales estos laboratorios se han integrado con los existentes en los hospitales del Ministerio.

Casi todos los servicios de radiología instalados en los hospitales distritales del Ministerio se encuentran fuera de uso, fundamentalmente por falta de mantenimiento; asimismo se carece de personal capacitado para su operación. En los hospitales provinciales la situación es algo mejor; sin embargo, hay carencia de placas radiográficas y otros materiales. El tomógrafo axial computadorizado del Hospital Eugenio Espejo de Quito se halla fuera de uso desde hace casi dos años. Los servicios de radiografía del IESS están en mejores condiciones de funcionamiento y mantenimiento; cuentan con un tomógrafo en Quito y otro en Guayaquil.

La Cruz Roja Ecuatoriana es responsable de la administración de la red de bancos de sangre del país; existe un banco en las capitales de las provincias. En los hospitales de mayor complejidad del Ministerio, el IESS y Sanidad de las Fuerzas Armadas hay bancos de sangre que funcionan en interrelación y bajo la supervisión técnica de la Cruz Roja. Para la habilitación de la sangre se realizan rutinariamente las pruebas correspondientes para la detección del VIH y de hepatitis sérica.

Financiamiento de los servicios de salud

No se dispone de información confiable sobre la estructura del gasto nacional en salud, pues además de las instituciones oficiales y semiautónomas cuyo objetivo fundamental es brindar atención de salud, existe un sinnúmero de instituciones que ejecutan programas de salud cuyo gasto a nivel nacional se desconoce. Además, una gran variedad de proyectos de otros sectores del desarrollo incluyen el componente salud, sin que se conozca la magnitud del gasto. Finalmente, numerosos aportes en forma de "auxilios" son asignados directamente a provincias y localidades por el Congreso, sin que se registren en los presupuestos de salud.

El presupuesto general del Estado aumentó de 45.300 millones de sucres en 1980 a 362.875 millones en 1987, lo que representa un incremento porcentual del 701% (en sucres corrientes). La asignación para salud fue de 2.289,7 millones de sucres en 1980 y 24.250,4 millones en 1987, lo que en sucres corrientes representó un incremento del 959%. Sin embargo, el ajuste a sucres constantes de 1975 y para el tamaño de la población, muestra que el presupuesto general del Estado tuvo un aumento real de apenas 17% en el período, debido a que la crisis económica iniciada en los ochenta obligó a reajustes importantes; en cambio, en salud el incremento fue del 56%.

Este aumento se vio afectado por el proceso inflacio-

nario y por el crecimiento de la población. Luego de un aumento inicial del presupuesto nacional y del de salud deflactados per cápita (de 3.092 y 156 sucres por habitante en 1980, a 3.501 y 269 en 1981, respectivamente), se produce una disminución constante en los años siguientes con un descenso máximo en 1984 (2.653 y 200 sucres por habitante, respectivamente), retomando a partir de 1985 la tendencia al alza.

El análisis de fuentes de financiamiento comprende solo a tres instituciones principales que conforman el sector de las cuales se dispone de información: Ministerio de Salud Pública, IESS y Junta de Beneficencia. El presupuesto del Ministerio está financiado básicamente por las asignaciones correspondientes del presupuesto del Estado.

El financiamiento de las prestaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social registra un permanente deterioro, en valores constantes, especialmente debido a la inflación, ya que la población protegida ha tenido un crecimiento modesto. Las inversiones institucionales y los créditos que otorga el IESS a los asegurados, establecidos inicialmente como un mecanismo subsidiario y marginal, han cobrado tal importancia que han convertido a la institución en una entidad financiera. La crisis responde no solamente a factores internos del IESS, sino también al concepto equivocado de su limitada capacidad y potencialidad financiera. En la prestación médica, por ser un seguro de reparto simple, sus ingresos anuales deberían cubrir el total de sus gastos. En la práctica, la proporción de las cotizaciones que de conformidad con la ley se dedican a este fin no son suficientes ni siquiera para atender los gastos de operación, peor aún para las inversiones, por lo que ha sido necesario recurrir al Seguro General como fuente de financiamiento, acelerando de esta forma su descapitalización. Esta situación se agravará a mediano plazo con la apertura y puesta en marcha de las unidades hospitalarias que se encuentran en ejecución.

En 1987, los gastos operacionales de salud absorbían aproximadamente el 82% del presupuesto; cerca del 35% de los gastos corrientes se utilizan para la prestación de servicios en el nivel provincial, 7% para subvencionar el programa de medicamentos y los institutos descentralizados (principalmente el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y el Instituto Nacional de Higiene) y 24% para actividades directamente administradas por el nivel central. Aproximadamente el 80% de los gastos corrientes corresponde a sueldos. El porcentaje del presupuesto del sector salud destinado a inversiones en establecimientos de salud y sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de desechos ha experimentado un significativo aumento en el bienio 1986-1987, particularmente para atender las construcciones e inversiones financiadas por el Fondo de Sancamiento (FONASA) y para terminar la construcción y equipamiento de hospi-

tales. La política de financiamiento externo está siendo revisada conjuntamente con el proceso de renegociación de la deuda.

Planificación, gestión e información

El Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) es el encargado de establecer los lineamientos generales, y de coordinar la elaboración y consolidación de los planes y programas institucionales. En la práctica, esta responsabilidad se ha circunscrito a la recolección y agrupación de los planes institucionales para aprobación del Presidente de la República. Cada institución de salud planifica en función de sus propios objetivos e intereses, lo que con frecuencia resulta en planes y programas incompatibles o duplicados y, generalmente, con inconsistencias técnicas. La comunidad no participa en este proceso de planificación.

En general, la planificación en salud ha estado orientada hacia lo normativo, y aún no ha llegado a desarrollarse como unidad fundamental del sistema de servicios. La organización estructural de las oficinas de planificación de las instituciones de salud y la disponibilidad de su personal no corresponden en general a la importancia y trascendencia de las responsabilidades y funciones de dichas dependencias. Por otro lado, la retroinformación que permite introducir mejoras en la planificación se ha circunscrito a un replanteo de las metas cuantitativas.

El Sistema de Información en Salud está circunscrito a la recolección y tratamiento estadístico de la morbilidad (diagnóstico de egresos hospitalarios); de los eventos vitales, y de la producción (número de consultas ambulatorias) de las unidades de salud institucionales del Ministerio y del IESS. La responsabilidad de la recolección y tratamiento de esta información la comparten el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública; las publicaciones oficiales de los eventos vitales y morbilidad hospitalaria se hace con algún atraso. Múltiples factores contribuyen a que esta información retrasada sea también de cuestionable confiabilidad, entre ellos el escaso o nulo análisis de los datos. Estas características de la información limitan su utilización para la planificación y administración, y constituyen uno de los aspectos críticos del desarrollo de los sistemas de salud.

Recursos humanos

La formación de profesionales —especialmente médicos— hace hincapié en aspectos biológicos y en la capacitación para el ejercicio liberal individual y privado. Desde hace poco tiempo, algunas entidades que forman recursos humanos están introduciendo contenidos edu-

cativos de salud pública, dando importancia a las relaciones interculturales entre los recursos humanos encargados de brindar atención de salud y la población usuaria. En la Facultad de Medicina de la Universidad Central (Quito) se dicta un curso de posgrado en salud pública con énfasis en investigación.

La disponibilidad de recursos humanos es grande para los médicos e insuficiente para las enfermeras y auxiliares de enfermería (una enfermera por cada cuatro médicos; una auxiliar por médico). La razón de un médico por 1.000 habitantes está ligeramente por encima de los países del mismo grupo de ingresos. La razón de odontólogos, en cambio, es demasiado baja; su estancamiento es crítico frente a los crecientes problemas de salud oral (Cuadro 5). El incremento explosivo del número de médicos en la última década se debió al ingreso irrestricto a las facultades de medicina y al aumento de facultades de medicina (seis actualmente). Los principales encargados de la prestación de servicios de salud pública, el Ministerio de Salud Pública y el IESS, no disponen de infraestructura ni de recursos presupuestarios para absorber tal aumento, y no pueden desempeñarse en el sector privado por falta de clientela. Como resultado, la disponibilidad de médicos es abundante, especialmente en las ciudades; por otra parte, los servicios de salud han desarrollado modalidades de atención basadas en el personal médico.

CUADRO 5

Razón de personal de salud según tipo, por 10.000 habitantes, Ecuador, 1983 y 1987.

Tipo de personal	1983	1987
Médicos	8,8	10,0
Odontólogos	1,3	1,3
Enfermeras	2,0	2,8
Obstetricas	0,3	0,4
Auxiliares de enfermería	11,5	12,2

Fuente: INEC, Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud (1972-1983) (1987). Proyección Población INEC 1982-1995: 9,9 millones de habitantes.

Los recursos humanos para la salud, tanto los que trabajan en las distintas instituciones como los que se dedican a la actividad privada, se concentran en las zonas urbanas, en detrimento de las rurales. Además, 85% de los médicos se concentran en las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay, en concordancia con los polos de desarrollo socioeconómico del país. En 1981 el Ministerio de Salud Pública creó el Instituto de Capacitación, encargado de la planificación, coordinación y supervisión de todas las actividades de capacitación y educación permanente, que incluye la complementación de la capaci-

tación de los médicos, odontólogos y enfermeras graduadas que prestan el servicio rural. Sin embargo, restricciones presupuestarias han limitado las actividades del Instituto y no ha tenido el impacto esperado. El IESS y la Junta de Beneficencia de Guayaquil desarrollan también programas de capacitación permanente y enseñanza de enfermería. La capacitación de promotores de salud de la comunidad se inició hace muchos años; sin embargo, el Ministerio de Salud Pública solo mantiene actualmente 330 en todo el país. Las misiones religiosas han capacitado también a promotores de salud; se calcula que aproximadamente 200 promotores nuevos están empleados por organizaciones no gubernamentales.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Al terminar el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental no será posible que se cumplan las metas propuestas, pues las coberturas logradas hasta 1987 llegan al 80% de la población urbana y al 37% de la rural con servicio de agua por conexiones domiciliarias o de fácil acceso, y al 77% de la población urbana y al 34% de la rural con alcantarillado o con algún sistema sanitario de eliminación de excreta.

Estas cifras muestran, debido al crecimiento de la población, una disminución en las coberturas en relación con el quinquenio anterior, a pesar de que aumentó el volumen de los servicios. El Plan Nacional de Salud 1988-1992 considera acciones para tratar de corregir esta situación, teniendo en cuenta que la dotación de agua

potable y el saneamiento básico son prioritarios para el logro de un mejor nivel de salud.

En cuanto a la recolección y disposición de desechos sólidos se calcula que 60% de la población de las principales ciudades cuenta con servicios de recolección domiciliar de basura; el barrido de calles se efectúa solo en la parte céntrica de las mismas y beneficia a un 40% de la población urbana. Se desconoce la generación total de basuras en el país, pero se estima en el orden de 0,6 kg por habitante por día, con preponderancia de residuos orgánicos. El problema fundamental lo constituye la disposición final, que en la mayoría de los casos se hace a cielo abierto, ocasionando problemas sanitarios tales como la proliferación de insectos y roedores. Se ha iniciado un programa nacional para mejorar la disposición mediante la conversión de esos vertederos al aire libre en rellenos sanitarios.

En las principales ciudades existen estaciones de medición de la calidad del aire (REDPANAIRES) con determinaciones de polvo sedimentable, polvo en suspensión, anhídrido sulfuroso y eventualmente plomo. En algunas ocasiones, los valores de polvo sedimentable y en suspensión han sobrepasado los límites permisibles.

En la mayoría de las cuencas hidrográficas aumenta la contaminación de los cursos de agua, debido a la descarga de los sistemas de alcantarillado sanitario y de residuos industriales sin tratamiento previo. Hay indicios de eutrofización de varios lagos por descargas industriales.

Se iniciaron estudios sobre contaminación por ruido en Quito, Guayaquil, Cuenca y Machala, y se determinaron niveles que indican la necesidad de su control, principalmente en el centro de esas ciudades, en los complejos industriales y en los alrededores de los aeropuertos.

EL SALVADOR

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La situación social salvadoreña es particularmente difícil, y se encuentra afectada no solo por una crisis económica sino también por un conflicto interno armado de ocho años de duración que ha provocado repetidas situaciones de crisis social y política. La violencia aumentó a finales de la década de 1970 para convertirse en el conflicto social, político y militar que azota al país, cuyas raíces se nutren de la injusticia caracterizada por privación educacional, laboral, social y económica de las clases más desposeídas.

Pese a la situación de violencia y de guerra civil que vive El Salvador, se están consolidando los procesos e instituciones democráticos. En 1983, por medio de una votación popular masiva se eligió una Asamblea Constituyente que dictó una nueva Constitución Política. En 1984 se eligieron gobiernos municipales, el Congreso y el Presidente de la República. En 1988 se celebraron nuevas elecciones para el Congreso (Asamblea Legislativa) y en 1989 se llevaron a cabo las elecciones para Presidente.

En 1982 se nacionalizó la banca y el comercio exterior. También se implantó la primera etapa de la Reforma Agraria que entregó a los campesinos las propiedades mayores de 500 hectáreas (antes de esto, el 70% de las tierras laborables se concentraba en el 15% de la población). En 1984 se estableció un plan nacional denominado Camino hacia la Paz, con el fin de consolidar las reformas estructurales y promover la participación comunitaria en el desarrollo local, como un medio para alcanzar el desarrollo nacional.

En 1984 el colón sufrió una devaluación oficial del 100% (de ₡2,5 a ₡5,0 por \$US1,0). El PIB ascendió 128,7%, a precios constantes de 1962, entre 1962 y 1978. A partir de 1978, año en que se agudizó la violencia, mostró una tendencia descendente y se observó una reducción de 22,3% entre 1978 y 1982; en el período 1982-1988 aumentó 9,1%. El PIB per cápita, también a precios constantes de 1962, aumento 43,1% entre 1962 y 1978, y luego descendió (Cuadro 1). Si no mejora sustancialmente el PIB total, de manera que el aumento

sobrepase al crecimiento vegetativo de la población, el PIB per cápita continuará deteriorándose.

El Salvador ha sido afectado por la tendencia inflacionaria mundial. La tasa anual de inflación fue de 11,7% en 1984, 22,4% en 1985, 31,9% en 1986, 24,9% en 1987 y 19,8% en 1988. Desde 1984 hasta 1988 hubo un franco crecimiento del PIB a precios corrientes, pero este crecimiento prácticamente fue anulado por el fenómeno inflacionario.

El déficit en la balanza de pagos, excepto por una disminución en 1985, muestra una tendencia a crecer y se ha incrementado en 37,5% durante el lapso 1984-1988; según el Banco Central de Reserva, crecerá todavía más en 1989.

En el período 1979-1985, la deuda externa creció a una tasa media anual de 14,1%, para disminuir en 1986-1987 a una tasa promedio de 3,0%. El nivel máximo que alcanzó fue de \$US2.002,8 millones en 1985; a fines de 1988 el saldo fue de \$US1.906,6 millones, reducción debida principalmente a los pagos efectuados por el Banco Central de Reserva (\$US211,1 millones) y, en

Año	PIB per cápita
1962	586,7
1965	640,6
1970	667,0
1975	764,4
1978	839,3
1982	615,7
1983	615,6
1984	623,7
1985	627,9
1986	621,7
1987	626,8
1988	617,6

Fuente: Programa Económico y Social para 1989. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social, enero de 1989.

menor medida, a las amortizaciones del sector privado y de los bancos comerciales. La relación entre deuda externa y PIB creció desde 1979 (27,3%) hasta 1986 (48,8%); para fines de 1987 había bajado a 40,3%. El servicio de la deuda externa absorbió el 48,1% de las exportaciones en 1986 y el 45,5% en 1987.

El salario mínimo presenta diversas categorías según corresponda a la industria, el comercio o la agricultura. Dentro de estas categorías, se distingue la localización de los centros de trabajo en la capital y las ciudades de segunda y tercera importancia; son más altos en la primera y más bajos en las últimas. También es mayor para el hombre que para la mujer, por lo que en muchas ocupaciones relacionadas con el cultivo del café y del algodón y con otras labores agrícolas, se le niegan al hombre las oportunidades de trabajo. El salario mínimo diario más bajo, que corresponde a la mujer que realiza labores agrícolas, era de \$US0,92 en 1984 y \$US1,80 en 1988. El salario mínimo más alto es el que se asigna a la industria dentro de la jurisdicción municipal de San Salvador; en 1984 era de \$US2,60 y aumentó a \$US3,60 en 1988. Estos niveles salariales no reflejan la situación económica de la mayoría de la población. La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples realizada a nivel nacional por el Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social en 1985 reveló que los primeros ocho deciles de la muestra tenían ingresos muy bajos, y que solo el noveno decil de las familias incluidas en la muestra tenían un ingreso promedio de \$US122 mensuales (el mayor ingreso para este grupo era de \$US150 mensuales).

Durante el período 1978–1988, la canasta básica familiar —compuesta por 158 artículos que incluyen alimentos, vestuario y servicios relacionados con la vivienda— experimentó un aumento del costo que varió entre 100 y 528%, según el índice de precios estimado por la Dirección General de Estadística y Censos. El Ministerio de Planificación actualizó los precios de la canasta básica de alimentos en 1988. Para una familia promedio de la zona rural, el costo diario se estimó en \$US2,36, que equivale a 131% del salario mínimo rural. Para una familia promedio de la zona urbana, el costo diario de la canasta básica familiar es de \$US4,52, que equivale a 126% del salario mínimo urbano más alto. Esto pone de manifiesto la baja capacidad de compensar los efectos de la inflación y del programa de ajuste de la economía para la población de menores ingresos. La disponibilidad de alimentos básicos para consumo humano, tales como maíz, frijol, carne, huevos, leche, grasas y verduras ha sido históricamente deficitaria en el país. Estos productos representan 85% de la canasta básica de alimentos recomendada.

En 1980, 30,2% de la población de 10 y más años era analfabeta, y en 1985 lo era 26,2% de la población de 9 y más años de edad. El analfabetismo no está distribuido

uniformemente; en las zonas rurales alcanza 36,2%, mientras que en las urbanas es de 15,3%. Durante el período 1983–1987 aumentó a 334.200 el número total de estudiantes, debido a los aumentos en la cobertura del nivel básico de enseñanza (de 72,4 a 80,3%) y del nivel superior (de 13,4 a 17,6%).

Características demográficas

La población de El Salvador se caracteriza por un crecimiento acelerado que se origina en una tasa de natalidad elevada y una tasa de mortalidad descendente. No se ha realizado un censo desde 1971, por lo que las cifras de población se basan en estimaciones. La población de El Salvador es eminentemente joven: cerca de 50% es menor de 15 años y los menores de 20 años son casi 60% del total de la población. Existe subregistro de la emigración, que crece por el conflicto bélico y la crisis económica. La migración interna estacional estimulada por las cosechas de café, algodón y caña de azúcar se ha visto incrementada sustancialmente por el conflicto que sufre el país. Estimaciones conservadoras señalan en medio millón el número de personas desplazadas internamente por el conflicto durante los últimos tres años. Desde finales de 1987, grandes grupos de personas se han asentado en sitios cercanos a sus lugares de origen y en condiciones muy precarias.

El terremoto de octubre de 1986 extendió los cinturones de pobreza de la capital, por lo que en 1987 se pusieron en marcha planes que mejoraron la infraestructura de muchos de ellos y se implantaron planes urbanísticos en zonas cercanas a la capital. Aunque la tasa de natalidad presenta una tendencia descendente, la población continúa aumentando.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Las tasas de mortalidad general y específicas están muy influenciadas por el conflicto bélico que ha provocado un elevado número de defunciones por causas violentas, fundamentalmente en el sexo masculino, y concentrado en grupos de edad joven. Sin embargo, existe una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad general que pasó de 10,8 por 1.000 habitantes en el período 1980–1985 a 6,4 en 1985–1988. Según CELADE, el censo de población y los registros de nacimientos y de defunciones muestran porcentajes de subregistro de 10,7% para el

censo, de 6,5 a 13,5% para el registro de nacimientos y de 24,6 a 33,6% para el de defunciones.

El cambio más sustantivo observado en las 10 primeras causas de defunción lo constituyen las producidas por violencias (homicidios y lesiones infligidas intencionalmente), que han estado entre las cinco primeras causas de defunción desde 1978 (Cuadro 2); antes de esa fecha ocupaban el séptimo y el octavo lugar. La mayor mortalidad por esta causa se produce en la población económicamente activa.

La tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia descendente. Estimaciones hechas en el departamento de población del Ministerio de Planificación señalan que esta tasa varió de 118,0 en 1970-1975 a 57,4 por 1.000 nacidos vivos para el período 1985-1990, tasa un 20% más alta que la informada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (43,8 por 1.000 en el período 1980-1984). El 60% de las defunciones en niños menores de 1 año se debe a enfermedades infecciosas y parasitarias, especialmente diarrea; 4 a 8% de las defuncio-

nes corresponden al grupo de enfermedades prevenibles por vacunación.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Más del 60% de la morbilidad y mortalidad infantil se relaciona con enfermedades infecciosas. En el período 1985-1989 no se produjeron cambios importantes: el parasitismo infantil, la influenza, las enfermedades diarreicas y la disentería amebiana siguen siendo las primeras, con tasas que varían desde 3.095,7 por 100.000 habitantes para el parasitismo infantil hasta 237,7 por 100.000 para la disentería amebiana; a su vez, las enfermedades prevenibles por vacunación se han alejado de las primeras cinco causas de morbilidad.

CUADRO 2				
Diez primeras causas de defunción y porcentaje de defunciones con certificación médica, El Salvador, 1982.				
No. de orden	Causa	Defunciones	%*	% con certificación médica
	Defunciones por todas las causas	33.284	100,0	47,0
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	7.178	21,6	7,2
	Total por causas definidas	26.106	100,0	
1	Otras afecciones y las mal definidas originadas en el período perinatal	2.898	11,1	32,2
2	Infecciones intestinales debidas a otros organismos especificados y las mal definidas	2.645	10,1	19,2
3	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente	2.576	9,9	90,7
4	Demás causas accidentales	1.695	6,5	69,1
5	Tumores malignos de todas las localizaciones (incluida la leucemia)	998	3,8	68,7
6	Enfermedad cerebrovascular	905	3,5	50,7
7	Enfermedad isquémica del corazón	887	3,4	37,5
8	Bronquitis, enfisema y asma	852	3,3	18,3
9	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	761	2,9	51,1
10	Accidentes de vehículos de motor	677	2,6	97,8
	Subtotal, causas 1 a 10	14.894	57,1	51,6
	Demás causas	11.212	42,9	67,7

Nota: Se excluyen las defunciones de residentes en el extranjero

*El porcentaje por causa se basa en el total de las defunciones por causas definidas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.

Múltiples organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales proporcionan servicios de salud materno-infantil en El Salvador, especialmente en comunidades afectadas por el conflicto bélico; sin embargo, muchas comunidades rurales no llegan a beneficiarse de estas acciones. El Programa de Atención Infantil, prioritario para el sector público, incluye acciones de control del niño sano, nutrición, promoción de la lactancia materna, inmunización, control de enfermedades diarreicas y otras.

Se han realizado cuatro campañas nacionales de vacunación, con tres jornadas cada una. En 1988, 83% de los niños de 1-5 años estaban vacunados contra el sarampión y 68% contra la poliomielitis y con vacuna DPT. En 1989 han ocurrido brotes de sarampión en el grupo de 6 a 15 años de edad. Durante las jornadas de vacunación también se controla la hipovitaminosis A por medio de la administración de vitaminas.

Algunos indicadores en las zonas rurales son hasta dos veces más altos que los promedios nacionales. En el medio rural, la tasa de mortalidad de menores de 1 año fue de 57,4 por 1.000, comparado con una tasa nacional de 43,8 (1980-1984). Más de un tercio de las defunciones infantiles ocurren antes de que el niño cumpla el mes de edad, lo que se atribuye en gran parte a los recién nacidos con bajo peso al nacer. Según información disponible, la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer en 1984 fue de 9% en partos institucionales. Estudios de la Universidad de El Salvador consignan 15%, del cual 10% corresponde a las zonas rurales y 5% a las urbanas.

La mortalidad en niños de 1-4 años es de 27 por 1.000 niños; las diarreas y las infecciones respiratorias son las principales causas de esas defunciones. Hasta 40% de los niños menores de 5 años han padecido de diarreas en el último mes, y solo 14% reciben rehidratación oral.

La desnutrición ha aumentado en la última década, afectando 50% de los niños entre los 6-11 meses de edad. Cerca de 40% de los niños reciben alimentación al seno materno durante menos de seis meses, y solamente 10% continúa recibiendo leche materna después de los 18 meses de edad.

Existen en el país 647 niños menores de 5 años por cama pediátrica. El 70% de las consultas de crecimiento y desarrollo las atiende la enfermera y 20% el médico; el resto son atendidas por otros tipos de personal. Se realizan 2,3 consultas de crecimiento y desarrollo por cada niño menor de 1 año. La atención del Programa de Atención Infantil hacia los niños de 1 a 4 años representa de 13 a 17% del total de la atención que se otorga a nivel regional y del país; aproximadamente 85% de la actividad se concentra en los niños menores de 1 año.

A nivel nacional, el porcentaje de consulta por morbilidad en menores de 5 años es de 53, con diferencias

considerables entre regiones. Únicamente 2,42% de los menores de 5 años con desnutrición moderada y grave asisten al Programa, y aunque este establece en seis el número de consultas para cada menor de 1 año inscrito, se realizaron aproximadamente cuatro consultas por usuario.

Salud de los adolescentes y adultos

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no tiene programas específicamente dirigidos al adulto. La atención se brinda por demanda espontánea de consulta y hospitalización. Datos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) indican que el porcentaje de cobertura de la población total de El Salvador es de 7%, aunque el porcentaje de población cotizante es de 34%; la industria manufacturera es la más representada.

Las 10 primeras causas de defunción en El Salvador muestran la presencia de enfermedades mucho más frecuentes en la edad adulta, entre ellas homicidios y lesiones infligidas intencionalmente, accidentes (incluidos los de vehículos de motor), tumores malignos, bronquitis, enfisema y asma, enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón y enfermedades de la circulación pulmonar.

El promedio de hijos por mujer en edad fértil continúa siendo alto (cuatro hijos) y solo 47% de las mismas utilizan algún método de planificación familiar.

La atomización del programa materno-infantil en diferentes proyectos con distintas fuentes de financiamiento y manejados verticalmente, producía un uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles y dividía la atención del binomio madre-hijo en relación con los objetivos de proyectos específicos. Asimismo daba lugar a una atención poco eficaz y a un alto costo social, por lo que se decidió formular un programa materno-infantil integrado como eje de acción del Ministerio de Salud, con normas técnicas, programáticas y administrativas que permitieran identificar el grado de complejidad de cada una de sus actividades de acuerdo con el nivel de atención y la responsabilidad común e individual del equipo local y de sus miembros en la ejecución de las mismas.

El porcentaje de partos institucionales en relación con los nacimientos registrados en el país es de 34%. Este porcentaje fluctúa entre 18 y 62%, según la región del país. El porcentaje de partos por cesárea atendido en el Ministerio de Salud Pública varía de 9 a 19%, según la región del país. El porcentaje de cobertura de atención y referencia preventiva prestada por el trabajador comunitario es de aproximadamente 8%, ya que este personal se concentra en la atención curativa, que representa más de 50%.

Problemas que afectaron a la población general

El impacto de la recesión económica se ha agravado por desastres tanto naturales (inundaciones, terremotos, sequías), como por los causados por el hombre (guerra y situaciones de violencia). Como efecto de ocho años de franca conflagración y de otros tantos que en la década de 1970 fueron preparatorios para la insurrección, la población vivió períodos de ansiedad y violencia cuyo resultado para la salud mental es evidente en las causas de consulta. Debido a la agresividad y ansiedad que sufre la población a raíz de la guerra, la invalidez ya es un importante problema de salud, y pese a que no hay datos oficiales al respecto, el número de lisiados por efecto directo e indirecto de la misma va en aumento y no se vislumbra institución o programa que pueda atender con eficiencia al grupo de personas con diferentes grados de limitación física o mental, sobre todo en la población joven.

La población desplazada, medio millón de personas, presenta tasas brutas de mortalidad tres veces más altas que la población no desplazada (21 por 1.000 contra 6,9 por 1.000); el porcentaje de defunciones en niños menores de 5 años también es mayor para el grupo desplazado (28,3% contra 26,8%). El estado de nutrición muestra valores altos de desnutrición. Una encuesta de la población desplazada realizada en 1985 reveló que, sobre un total de 6.419 niños menores de 5 años, 28,8% tenían peso normal para la edad, 43,1% padecían de desnutrición de primer grado y 28,1%, de desnutrición de segundo y tercer grados.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

La Constitución Política de El Salvador confiere al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la responsabilidad por la salud de todos los habitantes. Las otras instituciones que ofrecen servicios de salud lo hacen con escasa coordinación de actividades. La responsabilidad constitucional del Ministerio de Salud Pública de velar por la salud de toda la población implica la atención de los aspectos de prevención, protección y mejora de la salud, inclusive la del medio ambiente.

Con la incorporación de todos los empleados públicos y de sus cónyuges e hijos menores de 7 años a la seguridad social, el Ministerio de Salud Pública tiene la responsabilidad de atención curativa de la población de las zonas

rurales, los empleados y trabajadores de la empresa privada que no están cubiertos por el ISSS, y la población menor de 15 años de edad. Con fines administrativos, se ha establecido que la responsabilidad del Ministerio se extiende al 85% de la población salvadoreña. Se ha hecho hincapié en la necesidad de complementar las acciones no solo en el Ministerio sino también con las 70 instituciones que se relacionan con la salud en El Salvador.

La coordinación intra e intersectorial es prioritaria en la política de salud. Se han identificado puntos de contacto y de consenso en la base conceptual y estratégica que inspira todos o la mayoría de los programas de salud; los principios de la atención primaria son una estrategia para lograr un mejor nivel de salud.

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud en El Salvador lo constituye la implantación de medidas tendientes a consolidar los procesos de programación local y de estructuración de los sistemas integrados locales de salud. Es de particular importancia la existencia de un Plan Maestro de Desarrollo Institucional, cuyo establecimiento ha contribuido en gran medida a una acción del sector público de salud más ordenada y congruente con objetivos definidos.

La consolidación operativa de programas inter e intrainstitucionales constituyen otro objetivo prioritario, ya que a la numerosa población en riesgo previo al conflicto bélico se agrega la proveniente de los desplazamientos y de los campos de refugiados y repatriados que han condicionado incontables esfuerzos nacionales e internacionales para atender esta situación de emergencia.

El ISSS se inició prestando protección por enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a los trabajadores de la empresa privada. En 1969 se incluyó el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. En 1977 comenzó la protección de los empleados públicos contra los riesgos diferidos por medio del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos. En 1979 se inició la incorporación de los empleados públicos al ISSS, y se completó en 1989. El Régimen de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales cubre todos los aspectos curativos de sus asegurados; cuidados prenatales y del parto para aseguradas y beneficiarias; atención preventiva de los hijos de los asegurados que son menores de 2 años, y aspectos preventivos relacionados con higiene y seguridad en el trabajo. La población económicamente activa se estima en 33,5% de la población total; la seguridad social cubría 13,7% de esta en 1976, y 12,9% en 1986.

La seguridad social obtiene servicios del Ministerio de Salud Pública para la atención de sus asegurados en 19 establecimientos hospitalarios. A la zona metropolitana le correspondía 64,4% del total de asegurados en 1976, 67,9% en 1981 y 69,5% en 1986.

El ISSS cubre a todos los empleados y trabajadores del comercio, industria, bancos privados y pequeños empre-

sarios independientes de la capital y grandes ciudades, con sus regímenes. Cubre, desde 1989, a todos los empleados públicos y a las empleadas domésticas bajo el Régimen de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales. Los trabajadores agrícolas, los pequeños empresarios de las ciudades pequeñas del interior del país, los trabajadores de la agroindustria y los trabajadores eventuales no están cubiertos por el ISSS.

Como consecuencia del aumento sustancial que el conflicto armado produjo en las Fuerzas Armadas y de los riesgos particulares que sufren sus integrantes, se creó el Instituto de Prevención de las Fuerzas Armadas. Las Fuerzas Armadas y los Cuerpos de Seguridad cuentan con el Hospital Militar situado en la capital. Debido al conflicto armado se creó un nuevo hospital en San Miguel y se mejoró la infraestructura y tecnología del anterior. La Sanidad Militar provee atención curativa y de rehabilitación a todos los miembros de las Fuerzas Armadas, los Cuerpos de Seguridad y los Cuerpos Paramilitares, así como a sus dependientes inmediatos (padre, madre, cónyuge e hijos), un total de 150.000 personas.

Otras organizaciones gubernamentales y privadas ofrecen atención curativa a sus miembros. Entre ellas están la Administración Nacional de Telecomunicaciones, un organismo gubernamental que cuenta con un hospital ubicado en San Salvador y consultorios en más de 30 ciudades del interior del país. El Ministerio de Educación tiene un organismo llamado Bienestar Magisterial que ofrece a los funcionarios de dicho Ministerio (maestros y empleados técnicos y administrativos) servicios curativos contratando médicos y hospitales privados.

Algunas asociaciones sindicales y gremiales, entre ellas la Asociación General de Empleados Públicos y Municipales, ofrecen servicios curativos para sus afiliados exclusivamente, con una cobertura pequeña.

El Salvador cuenta con parteras empíricas y curanderos que ofrecen servicios a cambio de compensaciones económicas o en especie. Este sector está siendo incorporado al Ministerio de Salud. A las parteras se les ofrece alguna capacitación elemental, se les provee de suministros gratuitos y se les solicita información de las pacientes atendidas.

Están en marcha actividades relacionadas con la descentralización y desconcentración administrativa. Se han creado las Gerencias Administrativas Regionales en las cinco regiones de salud del país. Cada Gerencia cuenta con un departamento financiero-contable, un departamento de suministros, un departamento de personal y un departamento de servicios generales. En la actualidad se están modificando las regulaciones fiscales, leyes y reglamentos que impiden descentralizar algunos procedimientos administrativos.

Con ayuda de las comunidades, los establecimientos de salud han determinado sus áreas geográficas de influencia

en todo el país y han establecido una concertación con la comunidad para llevar a cabo las primeras etapas de la programación local; la coordinación con otras instituciones gubernamentales todavía es escasa.

Financiamiento de los servicios de salud

Los fondos del Gobierno de El Salvador constituyen la principal fuente de financiamiento para las instituciones gubernamentales que prestan servicios de salud. El ISSS tiene financiamiento tripartito: los trabajadores aportan 25%, los patronos otro 25% y el Gobierno el 50% restante.

El Ministerio de Salud Pública ha recibido por muchos años donativos del Gobierno de los Estados Unidos de América a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID). En 1974 comenzó a recibir donativos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP); en diferentes épocas, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Después del terremoto de 1986, la Comunidad Económica Europea (CEE), los Gobiernos de Canadá, España, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, Reino Unido, República Federal de Alemania y de varios países latinoamericanos han ofrecido donativos y préstamos por un monto de \$US2 millones en 1986 a más de \$US12 millones en 1987. Los aportes se han destinado principalmente a la reconstrucción y a la reparación de los daños ocasionados por el terremoto.

El presupuesto nacional creció de ₡2.298,4 millones (\$US459,7 millones) en 1984 a ₡3.505,9 millones (\$US701,2 millones) en 1988, un aumento de 52,5%. El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha variado de 7,1 a 8,7% del presupuesto nacional. El monto menor, ₡186,9 millones (\$US37,4 millones), corresponde a 1986, año en el cual había descendido 6,7% en relación con 1984. En 1988 aumentó a ₡289,0 millones (\$US57,8 millones), un aumento de 54,6% en relación con 1986 y de 44,3% si se compara con 1984. El monto per cápita asignado al Ministerio fue de ₡42,54 en 1984, ₡38,57 en 1986, ₡58,19 en 1987 y ₡57,44 en 1988. Entre 1984 y 1986 el presupuesto del Ministerio disminuyó su monto total principalmente a expensas de los gastos de inversión.

Los ingresos del ISSS dependen del número de asegurados que cotizan. Este número fue de 225.489 en 1979, 182.115 en 1981 y 208.595 en 1986. De manera semejante, los ingresos del ISSS aumentaron hasta 1978, cuando llegaron a ₡112.553.839; en 1986 fueron de

€157.919.416. El mayor aporte (entre 45,7 y 66,9%) lo han realizado los patronos.

Los mayores desembolsos del ISSS, que corresponden a las prestaciones médicas, han variado entre 52,2 y 71,9%. La mayor proporción de los gastos del ISSS corresponde a servicios directos de sus derechohabientes y oscilan entre 70,2 y 92,1% de sus gastos totales.

Recursos humanos

En diciembre de 1988 había 3.253 médicos inscritos en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica. No se dispone de datos confiables acerca del número de médicos que laboran sin estar inscritos en la Junta de Vigilancia. La mayoría de los médicos se concentran en la capital del país o en las principales ciudades, de allí que la relación médico por habitante presenta variaciones del orden de 1 por 5.000 a 1 por 50.000, según la zona del país; en términos generales, las áreas de combate son las más desprotegidas.

El Ministerio de Salud Pública y el ISSS son las dos Instituciones que captan la mayor parte de los recursos humanos relacionados con la salud. En 1988, el Ministerio adjudicó 2.017 plazas de médicos y 183 de odontología, en tanto que el ISSS contrató 1.050 médicos y 107 odontólogos. Otras instituciones que captan recursos humanos disponibles son las Fuerzas Armadas (con dos hospitales), Bienestar Magisterial, Hospital de Trabajadores de Telecomunicaciones, Cooperativas de la Reforma Agraria y otras 75 instituciones públicas y privadas que tienen programas de salud.

El Salvador forma recursos a nivel universitario y en escuelas de educación media y superior no universitaria. A partir de 1981 se observa un notable aumento de las instituciones universitarias privadas; siete de ellas forman médicos, enfermeras, odontólogos y otro personal técnico relacionado con la salud, lo que resulta en una oferta muy grande de recursos humanos que sobrepasa a la demanda y provoca más desempleo, subempleo y migración al exterior.

La necesidad de una política de formación de recursos humanos es una de las necesidades más urgentes. Actualmente la formación del personal de salud es de tipo convencional, utiliza tecnología costosa, y parte de las acciones educativas se producen fuera del contexto en el que se desempeñará el profesional. La formación de médicos se realiza en cinco universidades con facultades de

medicina; la Universidad Nacional es la mayor formadora de médicos en términos cuantitativos: 294 en 1982; 90 en 1983, 296 en 1984; 144 en 1985; 325 en 1986 y 191 en 1987. De 1981 a junio de 1987 en las universidades privadas se graduaron 1.619 médicos. Las proyecciones para el año 2000 presentan un estimado de 6.000 médicos graduados, para los cuales la tendencia de la oferta de trabajo no muestra oportunidades favorables.

El Departamento de Formación y Adiestramiento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de la Sección de Formación de Recursos de Enfermería, ha tenido a su cargo la formación de enfermeras y auxiliares contando para ello con tres escuelas de enfermería y cinco cursos de auxiliares. En su gran mayoría estos recursos son empleados por el mismo Ministerio. En 1982, en la Escuela de San Miguel se estructuró un currículum con enfoque comunitario y el sistema docencia-servicio; el programa de formación de enfermeras tiene una duración de cuatro años, tres de ellos con materias teórico-prácticas y uno con servicio social en instituciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Entre 1986 y 1989 se cerraron las tres escuelas de enfermería que estaban a cargo del Ministerio de Salud; la formación de enfermeras quedó a cargo de la Universidad de El Salvador y otras instituciones.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La salud del medio no ha experimentado grandes cambios en el período 1985-1988. Sin embargo, se observaron importantes diferencias entre las zonas urbanas y rurales en cuanto a los servicios de provisión de agua potable y eliminación de excreta. Aproximadamente 39% de la población total cuenta con servicios de provisión de agua potable. Más de 90% de esta población tiene conexiones domiciliarias y el resto solo tiene fácil acceso, sobre todo en las zonas rurales. Los servicios de alcantarillado favorecen a 23% de la población, y en las zonas rurales la cobertura es de 11%.

En el período 1985-1988, los proyectos sobre el aumento de cobertura con servicios de provisión de agua potable han encontrado grandes problemas en relación con el medio ambiente y con el ecosistema, particularmente la deforestación, la falta o el incumplimiento de leyes al respecto, la erosión y la degradación del suelo, y el uso de insecticidas residuales, que tendrán sus repercusiones más agudas en los próximos años.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Los Estados Unidos de América son una república federal formada por 50 estados. El Gobierno Federal está constituido por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. El Presidente, Jefe de Gobierno, es elegido por un período de cuatro años y no puede desempeñar su cargo por más de dos períodos consecutivos. El Congreso está formado por dos cámaras, a saber, el Senado (cuyos miembros son elegidos por un período de seis años) y la Cámara de Representantes (cuyos miembros son elegidos por un período de dos años). El sistema judicial federal está dirigido por la Corte Suprema de Justicia, integrada por nueve jueces vitalicios. Los 50 estados están facultados para ejercer los poderes que la Constitución de los Estados Unidos no confiera específicamente al Gobierno Federal. Entre dichos poderes está la responsabilidad primordial por la salud pública. Se estima que hoy en día la población total del país es de aproximadamente 250 millones de habitantes, cifra que se modificará en el censo decenal de 1990.

El producto interno bruto (PIB) de 1987 fue de \$US4.497.200 millones, o sea \$US18.448 per cápita, y se dividió entre tres sectores: empresarial (\$US3.855.000 millones, incluidos \$US75.900 millones correspondientes al PIB agrícola); familiar e institucional (\$US168.900 millones), y gubernamental (\$US472.700 millones). En 1987 el gasto público representó 35,0% del PIB. En 1986 la tasa anual de inflación se calculó en 1,9%.

La tasa de desempleo en 1986 fue de 6,9%, cifra que representó una baja en comparación con la de 7,1% registrada en 1985. Al considerar los diversos sectores de la economía, el de servicios representó 31,3% del empleo total, el comercio al por mayor y al por menor, 20,8% y las manufacturas, 19,1%.

En lo que respecta a la distribución de ingresos por familias, en 1985 7,5% tenían un ingreso anual de menos de \$US5.000 y 15,4%, de más de \$US50.000. El ingreso anual de más de la mitad de las familias del país oscilaba entre \$US15.000 y \$US50.000.

En 1986, la media de años de estudios cursados por

la población adulta de 25 y más años era de 12,6 años. Aproximadamente un cuarto de esa población había cursado menos de cuatro años de estudios secundarios.

En 1985 se estimaba que la población de los Estados Unidos gastaba 13,5% de sus ingresos en alimentos.

Características demográficas

Al 1 de julio de 1987, la población total del país se estimaba en 243.915.000 habitantes: aproximadamente 119 millones eran hombres y 125 millones, mujeres. Los lactantes y los niños menores de 5 años representaron 18,2 millones. Casi 30 millones de personas tenían 65 y más años, y cerca de 3 millones habían llegado a los 85.

En 1980, el año más reciente sobre el que existen datos, 73,7% de la población de los Estados Unidos vivía en zonas urbanas. En 1986 se consideraba que cerca de 13,6% de la población tenía ingresos inferiores al nivel de pobreza.

En 1986 la tasa bruta de natalidad fue de 15,7 por 1.000 habitantes. La tasa de fecundidad en el mismo año fue de 66,1 por 1.000 y la de aumento natural, de 7,0 por 1.000. Se estima que en 1986 hubo 900.000 inmigrantes internacionales.

ANALISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Todos los estados han adoptado leyes que exigen el registro de nacimientos y defunciones y la notificación de defunciones fetales. Se cree que actualmente se registra más de 99% de los nacimientos y defunciones ocurridos en el país.

Se han realizado varios estudios sobre la calidad de la certificación médica de la causa de defunción, en general con muestras relativamente pequeñas y en zonas geográficas limitadas. Un índice de la calidad de la notificación de la causa de defunción es la proporción de certificados de defunción codificada como signos, síntomas y estados

morbosos mal definidos, según el capítulo XVI de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, Novena Revisión. Aunque hay casos en los que no es posible determinar la causa de defunción, la magnitud de esa proporción indica el cuidado y la importancia que da la autoridad médica a la certificación. En 1986, 1,5% de las defunciones notificadas en los Estados Unidos se atribuyeron a causas mal definidas o desconocidas. Sin embargo, este porcentaje varió de un estado a otro, de 0,3 a 4,0%.

En 1986, las cinco causas principales de defunción en el país (y sus correspondientes tasas de defunción por 100.000 habitantes, ajustadas por edad) fueron: enfermedades del corazón (175,0); tumores malignos (133,2); accidentes y efectos adversos (35,2); enfermedades cerebrovasculares (31,0), y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (19,4).

Entre 1985 y 1986 se redujeron las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, por 5 de las 13 causas principales (enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas y cirrosis del hígado y aterosclerosis). La mayor reducción ocurrió en el caso de la aterosclerosis (8%), y de las enfermedades crónicas y cirrosis del hígado y las enfermedades cerebrovasculares (4% en cada caso). La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, ajustada por edad, se redujo 3%.

Entre 1985 y 1986 aumentaron las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, por 6 de las 13 causas principales: accidentes y efectos adversos, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y afecciones relacionadas, neumonía e influenza, suicidio, homicidio e intervención legal y septicemia. El mayor incremento, 8%, correspondió a homicidio e intervención legal, el primer aumento por esta causa registrado desde 1980. La septicemia aumentó 5%, con lo que continuó el rápido aumento observado en los tres últimos decenios. La tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, aumentó 4% entre 1985 y 1986 y alcanzó un nivel superior al de 1979.

Los años de vida potencial perdidos antes de los 65 años son una medida de la mortalidad prematura. En 1986 se perdieron 12,1 millones de años de vida potencial antes de los 65 años en los Estados Unidos. Las principales causas de mortalidad prematura en los hombres fueron los accidentes y en las mujeres, el cáncer. El número de años de vida potencial que perdieron los hombres negros por causa de homicidios fue casi el mismo perdido por accidentes.

En 1986, el promedio de la esperanza de vida al nacer llegó a una cifra sin precedentes de 74,8 años, que siguió la tendencia general ascendente de la esperanza de vida en el país. En 1986, la esperanza de vida de las mujeres fue de 78,3 años y la de los hombres, de 71,3; ambas cifras representan aumentos en comparación con las de 1985. Desde 1979 se ha reducido la diferencia de la es-

peranza de vida entre los sexos, que se había venido ampliando de 1900 a 1972.

Entre 1985 y 1986 se registró un aumento de la esperanza de vida de la población blanca a una cifra récord de 75,4 años; la de la población negra, por otra parte, se redujo a 69,4 años, que era el mismo nivel de 1982. Esta es la primera vez que se ha reducido la esperanza de vida de la población negra por dos años consecutivos desde 1970, fecha en que se comenzó a obtener datos anuales al respecto. Aunque la diferencia de esperanza de vida entre la población blanca y negra se redujo de 7,6 años en 1970 a 5,6 años en 1983 y 1984, aumentó a 6,0 años en 1986. En los cuatro grupos clasificados por raza y sexo, las mujeres blancas siguieron acusando la mayor esperanza de vida al nacer (78,7 años), seguidas de las mujeres negras (73,5 años), los hombres blancos (72,0 años) y los hombres negros (65,2 años).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños y de los jóvenes

La actual situación de salud de los niños muestra adelantos en varios campos, pero también refleja algunos problemas que representan grandes dificultades. En los 35 años transcurridos entre 1950 y 1985, las tasas generales de mortalidad de los niños menores de 1 año (por 100.000 habitantes) se redujeron de 3.299,2 a 1.067,8; las de los niños de 1 a 4 años, de 139,4 a 51,4; las de los de 5 a 14 años, de 60,1 a 26,3, y las de la población de 15 a 24 años, de 128,1 a 95,9. Estos datos señalan un gran avance en relación con la mortalidad infantil e importantes adelantos en la lucha contra las enfermedades mortales de los niños de mayor edad y los adolescentes. Sin embargo, últimamente ha sido difícil mantener el impulso para reducir la mortalidad infantil y los nuevos patrones de morbilidad complican la atención de salud de los niños de mayor edad y los adolescentes.

Los nuevos patrones de morbilidad contribuyen a cambiar la distribución de causas dentro de la tasa general de mortalidad decreciente de los niños. Por ejemplo, entre 1950 y 1985 la tasa de mortalidad de los grupos menores de 14 años por accidentes de vehículos de motor acusó una baja sustancial, pero la del grupo de 15 a 24 años aumentó levemente. La dificultad en mejorar las tasas del grupo que incluye adolescentes de mayor edad señala que los accidentes de vehículos de motor, junto con el abuso de sustancias, representan un grave problema de salud pública entre los jóvenes.

En 1986 hubo 38.891 defunciones de niños menores de 1 año. En ese año, la tasa de mortalidad infantil de

10,4 por 1.000 nacidos vivos fue la menor que se haya registrado en los Estados Unidos y es comparable con la de 10,6 correspondiente al año anterior. La tasa de mortalidad infantil de niños blancos fue de 8,9, que representa una reducción de 4% desde 1985 (9,3), y la de niños negros fue de 18,0 en 1986, comparable con la de 18,2 registrada en 1985.

Aunque se ha progresado mucho en el empeño por reducir la tasa de mortalidad infantil en el país (se ha hecho una estimación provisional de 10,0 por 1.000 nacidos vivos en 1987, cifra mínima sin precedentes), los adelantos logrados se han desacelerado de 4,7% anual durante los años setenta a 2,8% anual durante los ochenta. Además, las tasas correspondientes a ciertas regiones geográficas y grupos raciales, sobre todo a la población negra, han sobrepasado la tasa nacional de una forma marcada. Una mayor reducción de la tasa de mortalidad infantil exigirá un esfuerzo mancomunado en los planos nacional, estatal y local. Es preciso salvar las barreras financieras, educativas, sociales y logísticas que impiden prestar atención.

De 1970 a 1981 el bajo peso al nacer se redujo 1,3% al año. La tasa se mantuvo relativamente estable entre 1981 y 1986. En ese último año, el número de niños que pesaron menos de 2.500 gramos al nacer fue de 255.500 (6,8%). Cerca de dos tercios de la reducción del bajo peso al nacer en el decenio de 1970 se debieron a disminución del retardo del crecimiento intrauterino y solo un tercio a un menor número de partos prematuros. Se estima que el hábito de fumar es la causa de 20 a 30% de todos los casos de bajo peso al nacer registrados en el país.

En 1983, los Estados Unidos alcanzaron su mayor grado de cobertura conferida por las vacunas contra las cinco enfermedades prevenibles comunes en la infancia (sarampión, rubéola, DPT, poliomielitis y parotiditis). Sin embargo, el reciente aumento notificado de la incidencia de sarampión y parotiditis sugiere que puede haber comenzado a reducirse la proporción de niños totalmente inmunizados. Además, las tasas de inmunización de los niños de razas distintas de la blanca, pobres y residentes en los barrios más antiguos y poblados de las ciudades generalmente son menores.

La mitad de los niños de edad escolar están exentos de caries de los dientes permanentes, en comparación con 36,6% en 1980 y cerca de 28% a comienzos de los años setenta. No solo es menor el número de niños con caries dental hoy en día, sino que los afectados tienen un número menor. En 1980, en promedio, a los niños se les habían dañado, extraído u obturado cinco dientes permanentes, número que solo llegó a tres en 1987.

La reducción de la incidencia de caries dental se ha atribuido sobre todo a la fluoruración del agua en las comunidades, la pasta dental y otros medios. Sin em-

bargo, pese a técnicas preventivas comprobadas, la caries dental sigue siendo un grave problema de salud en la niñez, que se agrava con la edad. Aunque en la encuesta nacional de 1986-1987 se observó que la mitad de los niños de 5 a 17 años estaban exentos de caries, 78% de ellos tenían caries en los dientes permanentes a los 15 años.

La frecuencia de la caries dental varía con la edad y según los grupos de población. Por ejemplo, los niños y los jóvenes indígenas de los Estados Unidos y naturales de Alaska tienen más problemas de caries dental que la población general de niños y jóvenes.

El uso y abuso de sustancias es un problema de salud de extraordinaria importancia para los niños y los jóvenes. Los datos siguientes representan resultados seleccionados de la encuesta nacional de salud escolar de adolescentes realizada con una muestra numerosa de estudiantes de octavo y décimo grados.

- Uso de cigarrillos. Cincuenta y uno por ciento de los estudiantes de octavo grado y 63% de los de décimo grado declararon que habían fumado cigarrillos, y 16% de los de octavo grado y 26% de los de décimo grado dijeron que lo habían hecho en el mes inmediatamente anterior.

- Uso de alcohol. Setenta y siete por ciento de los estudiantes de octavo grado han consumido alcohol, y 55% de ellos declararon que estaban en sexto grado cuando lo hicieron por primera vez. De los estudiantes de décimo grado, 89% declararon haber consumido una bebida alcohólica y 69% de ellos declararon que estaban en octavo grado cuando lo hicieron por primera vez. Veintiséis por ciento de los estudiantes de octavo grado y 38% de los de décimo grado declararon que habían tomado cinco bebidas alcohólicas o más al menos en una ocasión en las dos semanas precedentes.

- Uso de marihuana. Quince por ciento de los estudiantes de octavo grado declararon que habían usado marihuana y 44% de ellos dijeron que estaban en sexto grado cuando lo hicieron por primera vez. Treinta y cinco por ciento de los estudiantes de décimo grado dijeron que habían usado marihuana y 56% de ellos declararon que estaban en octavo grado cuando lo hicieron por primera vez. Seis por ciento de los estudiantes de octavo grado y 15% de los de décimo grado declararon que habían usado marihuana en el mes precedente.

- Uso de cocaína. Cinco por ciento de los estudiantes de octavo grado y 9% de los de décimo grado declararon haber usado cocaína. Dos por ciento de los estudiantes de octavo grado y 3% de los de décimo grado declararon que la habían usado en el mes precedente. Cerca de un tercio de ellos había usado "crack". Dos por ciento de los estudiantes de octavo grado y 3% de los de décimo grado declararon que habían usado cocaína en forma de "crack".

Embarazo de adolescentes. Una de cada 10 mujeres de 15 a 19 años queda embarazada en el país cada año, proporción que ha cambiado poco en los últimos 65 años; de estas, cinco de cada seis tienen un embarazo indeseado. En 1988 se registraron cerca de 837.000 embarazos entre las jóvenes de 15 a 19 años y otros 23.000 entre las de 14 años o menos. En general, existe un gran interés en la necesidad de establecer políticas y programas públicos que reduzcan la incidencia de embarazos indeseados de adolescentes. La tasa de embarazos de adolescentes es alta porque solo una minoría de jóvenes sexualmente activas (una de cada tres) usa siempre anticonceptivos. Se fomentan las estrategias de intervención que incluyen educación de alta calidad en materia de salud, junto con prestación de servicios de salud especialmente para grupos de jóvenes muy expuestas al riesgo de embarazo.

Lesiones y emergencias. Las lesiones son la causa de defunción más importante de los niños de 9 a 44 meses. En el grupo de 0 a 14 años causan alrededor de 10.000 defunciones al año. Esto representa aproximadamente 44% de las defunciones del grupo de 1 a 4 años, 51% de las del grupo de 5 a 9 años y 58% de las del grupo de 10 a 14 años. Entre 1980 y 1985 el promedio anual de las tasas de mortalidad por lesiones por 100.000 habitantes fue de 19,3 en el grupo de 0 a 14 años, 33,9 en el de 0 a 1 año, 25,4 en el de 1 a 4 años, 14,4 en el de 4 a 9 años y 16,2 en el de 10 a 14 años.

De esas 10.000 defunciones, 37% guardan relación con vehículos de motor, incluso defunciones de ciclistas y peatones ocasionadas por esa clase de vehículos. Las otras causas importantes de defunción por lesiones en el grupo de 0 a 14 años fueron ahogamiento (14%), incendios en el hogar (12%) y homicidio (10%).

La tasa de mortalidad por lesiones en el grupo de 0 a 14 años se redujo 16% de 1980 a 1985 y se observó una tendencia descendente de las tasas de defunción por casi todas las causas de lesión. El suicidio constituye una notable excepción: la tasa de suicidio en el grupo de 10 a 14 años ha aumentado a más del doble durante el mismo período.

La relación entre las tasas de mortalidad de hombres y las de mujeres por todas las causas en conjunto es de 1,7:1, pero las tasas de suicidio de los hombres son cuatro veces superiores a las de las mujeres.

Aproximadamente 19 millones de niños de 0 a 14 años necesitan atención médica cada año como resultado de lesiones. Cerca de 2 millones quedan incapacitados al menos por dos semanas y 100.000, permanentemente. La tasa de traumatismos y defunciones ocasionados por lesiones sube drásticamente después de los 14 años, sobre todo por el aumento del número de accidentes graves de vehículos de motor. También hay un aumento muy acusado del número de homicidios y suicidios.

Desde los años cincuenta se registra una tendencia ascendente del número de defunciones por suicidio de todos los jóvenes de 15 a 19 años, incluso mujeres, negros e indígenas. De hecho, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción de jóvenes de 15 a 19 años. Los trastornos psiquiátricos, sobre todo depresión y trastornos de la personalidad, y el abuso de alcohol y de drogas son importantes contribuyentes al riesgo de suicidio en ese grupo. La exposición al suicidio de otros, un intento previo de suicidio, el encarcelamiento, la huida de la casa, el desempleo, la preferencia homosexual, el estrés grave reciente y el embarazo indeseado también pueden aumentar el riesgo de suicidio en ese grupo de edad.

El homicidio también representa un problema que causa preocupación cada vez mayor a los niños y los jóvenes. Ocupa el segundo lugar entre las causas más frecuentes de defunción en los adolescentes negros y es una causa importante de defunción en los blancos, aunque menos frecuente.

La tasa de mortalidad por lesiones en el grupo de 15 a 24 años ocupa el segundo lugar entre las más altas, después de la de las personas muy ancianas de 75 y más años. Las tasas más bajas se registran en el grupo de 8 a 12 años. La tasa de mortalidad por uso de armas de fuego es particularmente elevada entre los adolescentes en comparación con otros grupos de edad. El grupo de 15 a 24 años representa 16,5% de la población total, pero dan cuenta de 63% de las defunciones ocasionadas por lesiones.

Existen ciertas diferencias raciales marcadas. El homicidio es la principal causa de defunción en hombres negros de 15 a 34 años. Las tasas de mortalidad por homicidio en los jóvenes negros del sexo masculino son de 5 a 12 veces superiores a las de los blancos. Los análisis cuidadosos indican que estas diferencias reflejan factores socioeconómicos más bien que raciales.

Los datos sobre suicidio quizá sean muy incompletos, pero no se sabe en qué medida. El suicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción, después de las defunciones causadas por vehículos de motor en personas de 15 a 24 años. La tasa de suicidio en las personas blancas es casi el doble que en las de otras razas.

Enfermedades crónicas y discapacidades. Los datos disponibles indican que más del 30% de los niños menores de 18 años en los Estados Unidos (alrededor de 20 millones de niños) sufren alguna afección física o mental crónica, aunque estos datos también sugieren que solo una pequeña proporción de los niños afectados necesitan tratamiento médico prolongado y costoso. Estos últimos, cuyo número se acerca a 3,2 millones y representa 5% del total de niños menores de 18 años no instituciona-

lizados en todo el país, presentan un cierto grado de discapacidad a causa de enfermedades crónicas.

El riesgo de discapacidad de los niños aumenta con la edad. Además varía según las condiciones sociodemográficas: los niños cuyas familias tienen ingresos inferiores al nivel de pobreza tienen casi 50% de posibilidades de presentar alguna clase de discapacidad en comparación con los que provienen de familias con ingresos superiores al nivel de pobreza.

Salud del adulto

En julio de 1987 había cerca de 123 millones de personas, un poco más de la mitad de la población, cuya edad oscilaba entre 25 y 64 años. Las causas de mortalidad y morbilidad más importantes de este segmento de población eran las enfermedades crónicas y los traumatismos.

Las tendencias de la mortalidad a largo plazo en los Estados Unidos siguen siendo favorables. Las mejoras de la tasa general de mortalidad se deben sobre todo a la reducción del número de enfermedades crónicas. Sin embargo, las tendencias de mortalidad por traumatismos no se han reducido de manera uniforme: entre 1985 y 1986 hubo aumentos sustanciales de mortalidad en el grupo de 25 a 44 años. También se observó un aumento del número de defunciones relacionadas con el uso de drogas y el SIDA. Además, se ha comprobado que son cada vez mayores las diferencias de mortalidad de los hombres y las mujeres y de la población blanca y negra. Esto representa un contraste con las diferencias decrecientes registradas entre esos grupos por muchos años.

Las tendencias de las enfermedades crónicas generalmente son alentadoras. Entre 1970 y 1985, la mortalidad de las personas de 45 a 64 años por enfermedades del corazón se redujo cerca de 3% anual. La mortalidad por apoplejía ha disminuido más de 50% durante el mismo período de 15 años. Entre las causas probables de esta mejora espectacular están un mayor control de la hipertensión arterial, el abandono del hábito de fumar, cambios dietéticos, menores concentraciones séricas de colesterol y mejor atención médica.

En contraste con esos adelantos, las tasas de mortalidad por cáncer del pulmón aumentaron entre 1970 y 1985. La tasa correspondiente a los hombres aumentó lentamente hasta 1980 y se ha mantenido bastante estable desde entonces. Sin embargo, en las mujeres la tasa de mortalidad por cáncer del pulmón aumentó casi al doble entre 1970 y 1980, y siguió incrementándose durante 1986.

Entre 1983 y 1987 se observó una continua reducción del hábito de fumar cigarrillos. El porcentaje de hombres de 20 y más años que fuman cigarrillos, ajustado por edad, se redujo de 35% en 1983 a 32% en 1987; entre

las mujeres el hábito de fumar disminuyó de 30% en 1983 a 27% en 1987.

La tasa de mortalidad por accidentes de todas las clases, ajustada por edad, se mantuvo en 35,2 por 100.000 habitantes en 1986, lo que representa una baja en relación con la cifra de 42,3 registrada en 1980 y un ligero aumento en relación con la de 34,7 registrada en 1985. Sin embargo, las tasas de accidentes por vehículos de motor fueron mayores en 1986 (15,4 por 100.000 habitantes), más que en cualquiera de los tres años previos; lo mismo ocurrió con las de suicidio (11,9) y homicidio (9,0).

Salud del anciano

La salud de los ancianos en los Estados Unidos ha cambiado en forma impresionante desde el comienzo del siglo. En 1900, la esperanza de vida era de 47 años. Actualmente es de 75 años, es decir, 28 años más de vida, en promedio. Además, los ancianos constituyen el grupo de población del país que crece en forma más acelerada: hoy en día, uno de cada ocho ciudadanos tiene 65 y más años, y en el año 2025, uno de cada cinco será un anciano.

En esta sección se presentan varias medidas de la salud de las personas ancianas. Estas medidas se basan en entrevistas domiciliarias de personas integrantes de la población civil no institucionalizada; por tanto, es importante señalar que de este análisis se excluyen los 1,3 millones de personas que en 1985 vivían en residencias para ancianos. Esta exclusión repercute en la interpretación de los datos: primero, las personas que están en residencias para ancianos sufren generalmente quebrantos de salud, tienen varias afecciones crónicas e impedimentos y experimentan graves limitaciones funcionales; segundo, en un día ordinario de 1985, cerca de 22% de las personas de 85 y más años vivían en residencias para ancianos. Por tanto, las comparaciones de personas de 85 y más años con grupos de ancianos de menor edad deben interpretarse con precaución.

La evaluación de la salud por la persona entrevistada es una medida básica general que guarda relación con el uso de los servicios de atención de salud. Un tercio de los ancianos declararon tener un estado de salud excelente o muy bueno y otro tercio, regular o precario. Estas cifras se mantuvieron estables, independientemente de la edad. El estado de salud notificado de los estadounidenses negros de mayor edad fue peor que el de los blancos: aproximadamente una cuarta parte de los ancianos negros declararon que tenían un excelente estado de salud y cerca de la mitad, regular o precario. En contraste con la estabilidad del estado de salud, independientemente de la edad, las tasas de limitación grave de la actividad de las personas de 85 y más años fueron más elevadas que las de otras personas ancianas.

En lo que respecta a limitación de la actividad, se ha

indicado que 60,4% de las personas mayores de 65 años no tienen ninguna limitación importante, en comparación con 70,4% de las de 55 a 64 años. El 40,4% de la población mayor de 85 años no institucionalizada declaró que no tenía ninguna limitación de la actividad.

Las tasas de afecciones crónicas de las personas de 65 y más años difieren según la edad, el sexo y la raza. Las tasas de hipertensión en las mujeres blancas fueron mayores que en los hombres blancos en cualquier edad. Además, la tasa en las mujeres negras fue considerablemente mayor que en las blancas. Las tasas de diabetes en los hombres negros fueron 50% superiores que en los blancos. El contraste entre las mujeres fue aun mayor: las tasas de diabetes en las mujeres negras fueron 150% superiores que en las blancas.

La artritis fue la afección crónica notificada más comúnmente y afecta a 485,6 de cada 1.000 personas. Se observó que estaban afectadas 639,6 de cada 1.000 mujeres negras de 65 y más años, en comparación con 392,2 de cada 1.000 hombres blancos y 540,4 de cada 1.000 mujeres blancas.

Las tasas de impedimentos auditivos y visuales (ceguera de uno o de ambos ojos y problemas de visión) aumentó con la edad. A los 85 años, cerca de 50% de las personas tenían un impedimento auditivo y 22%, uno visual. De los subgrupos de 65 y más años clasificados por raza y sexo, las mujeres blancas tenían una tasa de cataratas superior a la de otros grupos y los hombres blancos, una de impedimentos auditivos superior a la de otros grupos.

Una medida de la capacidad que tienen las personas ancianas para llevar una vida activa e independiente es su grado de limitación funcional. Este se determina según la necesidad que tengan de recibir ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria (por ejemplo, caminar, bañarse y vestirse) y de la vida en comunidad (por ejemplo, hacer compras, manejar dinero y ocuparse de los quehaceres domésticos diarios). De 5 a 6% de los ancianos de 65 y más años recibieron ayuda de otra persona para bañarse, salir de casa y caminar, y 11% para hacer compras. Los de 85 y más años recibieron ayuda en la mayoría de las actividades de la vida diaria y en comunidad. De particular importancia para la vida independiente es la capacidad cognoscitiva para manejar dinero, por ejemplo, mantener registros de gastos o pagar cuentas. Cerca de una cuarta parte de este grupo de mayor edad necesitó ayuda para manejar el dinero.

Problemas que afectaron a la población general

Asistencia para casos de desastre

De 1987 a 1988, los huracanes dieron cuenta del mayor número de defunciones y lesiones ocasionadas por de-

sastres. En lo que respecta a los efectos sanitarios de un solo desastre, el tornado que azotó la región de Saragosa, Texas, causó la mayor mortalidad (30 defunciones) y el terremoto de Whittier Narrows, la mayor morbilidad (950 lesiones).

La incidencia y los efectos sanitarios de los desastres en los Estados Unidos parecen ser mucho menores que en otros países. Sin embargo, sigue habiendo riesgos potenciales y es posible que aumenten debido al incremento de la densidad de población, la dependencia cada vez mayor respecto a los adelantos tecnológicos para fines de subsistencia, el aumento de los medios de transporte en todas partes y el uso de materiales que pueden ser peligrosos. Con el fin de abordar estos riesgos, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y el Organismo de Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR) se han dado a la tarea de cuantificar y caracterizar mejor la liberación no intencional de sustancias químicas y los consiguientes efectos para la salud. La evaluación de los informes presentados a tres organismos federales distintos ha demostrado que en 1986 se liberaron 587 sustancias que ocasionaron 115 defunciones y 2.054 lesiones. Esas estimaciones no deben considerarse completas, debido a diversos criterios de notificación e integridad. En otro trabajo se ha considerado el aporte del sector salud a las actividades de planificación y respuesta a situaciones de emergencia. Estas actividades han incluido asistencia a otros organismos federales y a los gobiernos estatales y locales en lo que respecta a planificación de actividades para prestar atención médica, proporcionar suministros médicos y tomar medidas relacionadas con la salud pública a manera de respuesta a un terremoto catastrófico.

Enfermedades de importancia regional

Los virus del dengue no son endémicos en los Estados Unidos, pero cada año ocurren algunos casos importados de esa enfermedad. Este número depende del itinerario de los turistas de los Estados Unidos y de la actividad del dengue en las zonas tropicales del mundo. Desde 1980, el número de casos importados de dengue que se han confirmado ha oscilado entre un mínimo de cinco casos en 1984 y un máximo de 45 casos en 1982. El principal vector del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*, natural de los estados situados a lo largo de la costa del Golfo de México, desde Texas hasta Florida, que se encuentra en muchos otros estados meridionales y fronterizos en los meses de verano. La infestación por otro posible vector, el mosquito *Aedes albopictus*, se ha confirmado al menos en 12 estados desde 1985. En el transcurso de este decenio ha habido dos casos de transmisión autóctona del dengue, que son los primeros en presentarse en 35 años.

En 1988 no se notificaron casos de rabia humana en los Estados Unidos. El número de casos de rabia animal, sobre todo en zorrillos y mapaches, se ha mantenido elevado, en especial en los estados del medio oeste y de la región central del Atlántico, respectivamente. Aunque en la zona fronteriza se notifica rabia canina todos los años, varios condados de Texas, situados a lo largo de la frontera con México, declararon haber tenido una epizootia de rabia canina por primera vez en muchos años.

Entre 1984 y 1988 se notificó un total de 4.905 casos de malaria. De estos, 2.685 correspondieron a viajeros civiles extranjeros. El riesgo de contraer malaria que tienen los viajeros estadounidenses es mayor cuando los lugares visitados son África (1:926 viajeros a Kenya) y Nueva Guinea, y mucho menor cuando son la India (1:1.450), el Pakistán (1:5.263) y Haití (1:4.762). Es insignificante cuando visitan otros países.

VIH/SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) siguen ocupando el primer lugar entre los problemas de salud pública y las prioridades en el país. A fines de 1988 se había notificado a los CDC un total provisional de 82.764 casos diagnosticados de SIDA; solo en 1988 se notificaron más de 30.000 casos. Estas cifras seguirán aumentando en los próximos años a medida que se manifieste el SIDA en muchas de las personas que forman parte del millón a millón y medio de estadounidenses presuntamente infectados por el VIH.

En 1988, los departamentos estatales y locales de salud notificaron 32.311 casos de SIDA en los Estados Unidos y sus territorios. Excluidos los territorios, estos pacientes representan una tasa de incidencia anual de 13,7 casos de SIDA por 100.000 habitantes, 31,2 casos por 100.000 hombres y 3,2 casos por 100.000 mujeres (basándose en datos del censo de 1980). Aunque el número de casos de SIDA notificados cada año sigue aumentando, la tasa de aumento se ha reducido continuamente, excepto en 1987 cuando la definición revisada de casos de SIDA dada por los CDC resultó en un repentino aumento del número de casos notificados.

Las proyecciones hechas en mayo de 1988 sugieren que desde 1981 hasta fines de 1992 se habrán diagnosticado cerca de 365.000 casos de SIDA en los Estados Unidos, con 263.000 defunciones acumulativas. Se prevé que el número anual esperado de casos diagnosticados y notificados aumentará en proporción de unos 10.000 anuales, de 39.000 en 1988 a 80.000 en 1992. Se prevé que en 1992 el total de pacientes con SIDA que necesitarán atención médica será de 172.000, con un costo de \$US5.000 millones a \$US13.000 millones.

Los informes preparados indican que han muerto 56%

de los pacientes con SIDA y 85% de aquellos a quienes se les diagnosticó antes de 1986. Puesto que la notificación de defunciones a los CDC es incompleta, la tasa real de letalidad se acerca más a 100% dentro de los cinco años siguientes al diagnóstico del SIDA. En 1987, las defunciones por SIDA representaron 10% de todas las defunciones en hombres de 25 a 34 años y 8% en hombres de 35 a 44 años de edad; en el caso de las mujeres, esas cifras fueron de 3 y 1%, respectivamente.

Aunque los hombres homosexuales y bisexuales todavía representan la mayoría de los casos de SIDA, la vigilancia de este ha permitido documentar la importancia cada vez mayor de los toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa en la transmisión del VIH. La epidemia también se ha acentuado en las comunidades formadas por minorías, y la población negra y de origen hispano representan una parte desproporcionadamente elevada de la carga del SIDA para el país. En 1988, la población negra e hispana tenían las mayores tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes (34,9 y 28,9, respectivamente), seguida de blancos (9,6), asiáticos y habitantes de las islas del Pacífico (5,4) e indígenas de los Estados Unidos y personas naturales de Alaska (2,2). Esta desproporción es mayor en el caso de las mujeres y los niños y guarda una estrecha relación con la inyección de drogas por vía intravenosa por parte de personas heterosexuales.

En enero de 1989 había aproximadamente 1.300 niños de 0 a 12 años y más de 300 adolescentes de 13 a 19 años con SIDA en los Estados Unidos. Una vía importante de infección es la transmisión *in utero* cuando se trata de madres toxicómanas infectadas por el VIH. Las transfusiones sanguíneas eran otra vía de infección antes de instituirse procedimientos para examen de sangre; estas últimas expusieron a muchos hemofílicos al SIDA. En la actualidad hay 741 hemofílicos con SIDA y muchos de ellos son niños y adolescentes.

Salud oral

La caries dental de los escolares de los Estados Unidos se ha reducido 36% en comparación con lo observado al comienzo de los años ochenta. Esta es una enfermedad distribuida en forma desproporcionada entre la población: de 60 a 75% de la incidencia total de esa enfermedad ocurre solo en 20% de los niños, a menudo de grupos inmigrantes, migratorios, minoritarios o en precarias condiciones socioeconómicas. Más de un tercio de la población que dispone de servicios de acueducto público carece del beneficio del agua fluorurada, y aproximadamente la mitad de la población total carece de acceso a agua con un óptimo grado de fluoruración.

Anualmente se descubren 29.500 casos nuevos de cáncer oral y se notifican 9.400 defunciones relacionadas con cáncer oral en el país. Los consumidores de tabaco están

expuestos a un riesgo mucho mayor de cáncer oral de varias clases. La periodontitis de adultos sigue siendo una importante enfermedad crónica y el actual sistema de salud pública no la trata en la forma debida.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

La meta del sistema de atención de salud de los Estados Unidos es garantizar acceso a servicios de buena calidad, prestados en forma equitativa a un costo razonable. El sistema de salud se caracteriza por múltiples puntos de interacción entre el paciente, el proveedor, la institución y el pagador. En dicho sistema se hace hincapié en la libertad que tienen los pacientes para elegir a los proveedores.

Una profunda preocupación dentro del sistema de atención de salud del país es su costo cada vez mayor. El gasto nacional por concepto de salud fue de \$US500.300 millones en 1987, cifra que representa 11,1% del producto nacional bruto. Del total de gastos por concepto de salud, 39% se destinó a atención hospitalaria, 20% a servicios médicos y 8% a atención en residencias para ancianos. Cerca de 25% de las facturas fueron pagadas directamente por pacientes, 32% por compañías de seguro médico privado y 41% por el Estado. La mayor parte del gasto público correspondió a los dos programas federales de mayor importancia, Medicare (que proporciona servicios integrales de salud a los ancianos) y Medicaid (que es una asociación entre el gobierno federal y estatal destinada a ayudar a las personas de bajos ingresos a cubrir sus costos médicos con arreglo a diversos programas). En 1987, el gasto personal per cápita por concepto de atención de salud fue de \$US1.758. Se han hecho diversos esfuerzos por contener el alza de los costos.

Una importante prioridad para el sistema de atención de salud del país está en mejorar el acceso a la atención de salud de todos los grupos de la población. Ciertos grupos, como los formados por minorías y personas sin hogar, tienen todavía dificultad de acceso a la atención. Además, es cada vez mayor la preocupación por garantizar la calidad de la atención.

Prestación de servicios de salud

Los cambios recientes en la prestación de servicios de salud incluyen: 1) una reducción del número de pacientes

internados registrados en el censo de los hospitales generales de breve estancia, 2) un aumento de la gravedad de la enfermedad de las personas hospitalizadas y 3) un incremento del número de servicios (como cirugía menor) prestados en establecimientos de atención ambulatoria.

En 1986 había 6.035 hospitales de breve estancia (275 menos que en 1975) y, de esos, 1.863 eran instituciones públicas. Los hospitales de breve estancia tenían un total de 1.066.611 camas en 1986, o sea 4,1 camas por 1.000 integrantes de la población civil, cifra que representa una disminución al compararla con 4,5 camas por 1.000 habitantes en 1980. Al considerar en conjunto la reducción de algunos puntos porcentuales en el número de ingresos a los hospitales comunitarios y la disminución del período ordinario de estancia, se observó una baja más acusada de las tasas medias de ocupación, de 72,2% en 1983 a 63,4% en 1986. La reducción del volumen de pacientes hospitalizados fue especialmente pronunciada en los hospitales pequeños, sobre todo rurales.

Existen diferencias en el uso de los hospitales por parte de varios subgrupos de la población. En 1987, las personas negras fueron hospitalizadas con frecuencia un poco mayor (117,4 egresos por 1.000 habitantes) que las blancas (94,8 egresos por 1.000 habitantes); en promedio, las población negra tuvo períodos de estancia un poco más prolongados que las blancas (8,0 días frente a 6,6 días). La población rural (fuera de las regiones estadísticas metropolitanas) es hospitalizada con mayor frecuencia (109,2 egresos por 1.000 habitantes frente a 92,9 por 1.000 residentes de las regiones metropolitanas), pero su período medio de estancia es más corto (5,8 días frente a 7,1 días). Las tasas de hospitalización y el período medio de estancia varían en forma inversamente proporcional al ingreso, las primeras en forma marcada. En 1987 la población con un ingreso familiar menor de \$US10.000 tuvo un índice de egresos de 143,7 por 1.000 habitantes, y la población con un ingreso familiar de \$US35.000 o más, uno de 77,1.

Las consultas de pacientes ambulatorios atendidas en hospitales de breve estancia aumentaron 30 millones, de 255 millones en 1980 a 285 millones en 1986. Gran parte de esta tendencia hacia la prestación de servicios en medios distintos de los establecimientos con servicios de hospitalización recibió el impulso de dos fuerzas: el cambio de un sistema de reembolso basado en los costos por uno de pago prospectivo por el programa federal de Medicare, el mayor pagador de servicios de atención médica de la nación, y los nuevos descubrimientos tecnológicos, que permiten practicar procedimientos tales como la extirpación quirúrgica de cataratas en un servicio ambulatorio.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos acopia información sobre la calidad de

los productos y servicios relacionados con la salud para fines de evaluación. Los medicamentos, las existencias de sangre y los procedimientos de diagnóstico de laboratorio están entre los asuntos estrictamente regulados o vigilados. Muchos estados pueden adoptar procedimientos de inspección o reglamentación que suplementan las normas federales y, a menudo, lo hacen. En forma similar, tanto el Gobierno Federal como los gobiernos estatales inspeccionan los peligros para la salud ambiental y establecen la reglamentación al respecto.

Recursos humanos

Por lo general, los recursos humanos para la prestación de servicios de salud son suficientes para atender las necesidades de atención de salud de la población del país. Se exige autorización para el ejercicio de la mayoría de las profesiones de la salud. El número de médicos en ejercicio ha aumentado de 245.000 en 1970 a 571.000 en 1988, es decir, 233 por 100.000 habitantes. Se proyectan otros aumentos: en el año 2000 habrá 708.000 médicos en ejercicio, es decir, 264 por 100.000 habitantes. En las facultades de medicina de los Estados Unidos se gradúan 16.000 médicos al año.

Pese al incremento de la matrícula en las facultades de medicina a un número sin precedentes de 167.327 en 1983, una cantidad significativa del mayor número de médicos provino de los alumnos egresados de las facultades de medicina de fuera de los Estados Unidos y del Canadá. El número de médicos graduados en el exterior aumentó de 54.400 en 1970 a 107.400 en 1986. En ese último año las 3.000 autorizaciones para el ejercicio de la profesión expedidas a esos egresados representaron 15% de un total de 16.600. No todos los médicos graduados en el exterior que solicitan autorización para el ejercicio de la profesión en los Estados Unidos se quedan en el país; sin embargo, no se dispone de datos sobre el número de los que regresan a su país de origen. A la inversa, muchos de los médicos que se gradúan en el exterior son ciudadanos de los Estados Unidos que han recibido formación en el exterior por no haber podido adiestrarse en las facultades de medicina de este país. En 1983, el mayor número de médicos extranjeros graduados en el exterior era de la India (17.991), las Filipinas (13.752), México (7.720), Italia (4.465), Corea del Sur (4.446) y España (3.712).

El número de dentistas en ejercicio en los Estados Unidos fue de 147.300 en 1988; se supone que el mismo está equilibrado con las necesidades actuales. Dicho número representa un aumento de 44% en comparación con las cifras de 1970. El número de dentistas por habitante es de 59 por 100.000. El número de graduados en odontología aumentó de 3.775 en 1971 a 5.371 en

1982; actualmente disminuye y se espera que se estabilice en cerca de 4.000 en 1990.

El número total de enfermeras diplomadas autorizadas para ejercer su profesión en 1988 fue de más de 2 millones, de las cuales se estima que 1.627.000 ocupaban cargos relacionados con el cuidado de pacientes. Aun así, es imposible satisfacer las actuales necesidades de los hospitales de atención de casos agudos en muchas comunidades. Entre 1986 y 1987 se graduaron 70.500 enfermeras al año, 3.500 menos que entre 1981 y 1982. De las graduadas, 30% habían cursado un programa universitario de cuatro años. En 1986 llegaron a los Estados Unidos 4.600 enfermeras de otros países: 1.900 de las Filipinas, 350 del Canadá y un poco menos de otros países.

Otras ocupaciones de salud que exigen aumento del número de enfermeras incluyen rehabilitación, como fisioterapia y terapia ocupacional, tecnología de laboratorio clínico y algunas especialidades de salud pública.

Las mujeres han constituido siempre la mayoría de las enfermeras, y su número ha aumentado mucho en otras profesiones de la salud y en facultades de formación en disciplinas afines. Representaron 36,5% del número de estudiantes que ingresaron a las facultades de medicina en 1987, un aumento en relación con el 11% registrado en 1970. Actualmente constituyen un tercio de los estudiantes de odontología y 58% de los de farmacia y de medicina veterinaria.

Planificación y administración de salud

La capacidad nacional en planificación y administración de salud está distribuida entre entidades federales, estatales y locales, incluso no gubernamentales. Los estados son el principal órgano gubernamental encargado de las actividades de salud y, a su vez, han delegado a las entidades locales la responsabilidad de algunas actividades relacionadas con la salud, sobre todo la prestación directa de servicios de salud. Todos los estados tienen una función de establecimiento y planificación de la política. El acopio de datos se realiza en los planos federal, estatal y local.

El Gobierno Federal apoya directamente varias actividades como evaluación, establecimiento de política, desarrollo de recursos, transferencia de conocimientos, financiamiento y parte de la prestación de atención de salud personal. Algunas de sus principales actividades incluyen la realización de encuestas sobre el estado y las necesidades de salud del público, investigaciones biomédicas, clínicas y sobre servicios de salud, reglamentación e inspección de alimentos y medicamentos, y asistencia técnica a los sistemas de salud estatales y locales. Además apoya indirectamente la mayoría de los programas de servicios

por medio de contratos con los estados, las localidades y las organizaciones privadas.

La mayoría de los recursos federales asignados a los estados son subvenciones globales que estos emplean para apoyar actividades basándose en sus propias necesidades y prioridades. El principal órgano encargado de la administración de estas actividades de salud es la entidad estatal de salud. Esas entidades varían en cuanto a la amplitud de sus responsabilidades y su colocación dentro del gobierno estatal. Con dirección suplementaria del Gobierno Federal, la legislatura de los estados y grupos externos establecen la política sobre asuntos relativos a la salud.

Las entidades locales de salud, cuyo número se aproxima a 3.000, varían en cuanto a su tamaño y sus responsabilidades, pero ante todo prestan servicios de salud preventivos, tales como control de enfermedades transmisibles, inspección de restaurantes, investigación sobre enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua, etc. Sus fondos provienen sobre todo de subvenciones de programas estatales y federales.

Otras entidades participantes en planificación, investigaciones y establecimiento de normas en materia de salud incluyen organizaciones profesionales, entidades sin fines de lucro formadas alrededor de determinados asuntos de salud o enfermedades, organizaciones establecidas para representar a ciertos grupos de ciudadanos y fundaciones que apoyan las investigaciones y los programas de salud. Estos grupos se proponen influir en ciertos asuntos de salud o apoyarlos por medio de acción política, encauzando la atención del público y financiando las actividades de salud.

Las publicaciones tituladas *Objectives for the Nation—1990 and Year 2000 National Health Objectives*, esta última en preparación, en las que se identifican las metas que puede alcanzar el país en determinados campos prioritarios, son un importante ejemplo de una actividad de planificación en la que se unen esas diversas entidades. Aunque este trabajo se realizó en el ámbito nacional, el Gobierno Federal ha trabajado y sigue colaborando con las personas que participan en todos los niveles del sector salud, dentro y fuera del gobierno, para establecer y vigilar esas metas. Estas han servido de instrumento de planificación nacional y de pauta para las entidades de salud estatales en el establecimiento de sus respectivas prioridades. Ya en 1985, 84% de los estados habían fijado sus propios objetivos basándose en los de alcance nacional al menos en algunos campos. Además, se ha logrado 13% de los objetivos nacionales para 1990 y se logrará 35% al llegar ese año. El trabajo sobre los objetivos para el año 2000 se basará en las actividades en marcha y se concentrará más en las de los estados en campos prioritarios.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Considerada desde el ángulo de su importancia para la transmisión de las enfermedades infecciosas, la calidad del agua potable del país generalmente es muy buena; solo en raras ocasiones se producen brotes de enfermedades entéricas cuya transmisión se relaciona con una fuente de agua. Sin embargo, la contaminación del agua subterránea con sustancias químicas fabricadas por el hombre está cada vez más generalizada. Los contaminantes del agua subterránea más comunes son los disolventes de hidrocarburos halogenados volátiles, que se encuentran por lo general en bajas concentraciones. Aunque la toxicidad aguda de pequeñas cantidades de esos compuestos es baja, muchas de esas sustancias dan resultados positivos en las pruebas biológicas hechas para determinar su carcinogenicidad para los animales; donde se han descubierto estos compuestos en el agua potable se han tomado medidas para limitar la exposición humana. Aun más perturbadores son los hallazgos recientes de residuos de plaguicidas en el agua subterránea y de superficie de muchas partes del país. Está en marcha un estudio de posibles fuentes de agua potable, patrocinado por el Gobierno Federal, para evaluar mejor el grado de contaminación química de los depósitos de agua.

Aunque no todos los sistemas de tratamiento de aguas negras de los Estados Unidos son óptimos desde el punto de vista del medio ambiente, el tratamiento inadecuado de aguas negras raras veces ocasiona casos de enfermedades infecciosas. Sin embargo, es posible que las actuales prácticas de tratamiento de aguas negras no sirvan para controlar debidamente la contaminación química de las aguas servidas que entran a la corriente y que, como resultado, persista un grado de contaminación química de importancia para el medio ambiente en los efluentes de las plantas de tratamiento de aguas negras, que puede trasladarse a las masas de agua de la superficie donde se evacúan esos efluentes.

La mayor parte de los desechos sólidos en los Estados Unidos se evacua en rellenos sanitarios y es relativamente poca la cantidad reutilizada o incinerada. Sin embargo, en muchas zonas se ha optado por la incineración como forma de evacuar los desechos sólidos, a causa del elevado costo de la evacuación en rellenos sanitarios y de otros factores. La localización de nuevos incineradores ha sido motivo de controversia y de preocupación para el público a consecuencia de los efectos adversos que pueden tener para la salud las sustancias tóxicas (por ejemplo, los metales pesados) liberadas por algunos incineradores.

La toxicidad del plomo es motivo de profunda preocupación en materia de salud ambiental. Los niños que viven en edificios antiguos de los barrios pobres más po-

blados de las ciudades están expuestos a un riesgo particularmente alto. En un informe reciente del Organismo de Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades se estimó que en 1984, 200.000 niños tenían concentraciones de plomo superiores a 25 $\mu\text{g}/\text{dl}$, nivel en el cual o por encima del cual se considera que un niño sufre envenenamiento por plomo. Es posible que la toxicidad del plomo para los niños sea uno de los problemas de especial

atención en los objetivos de salud del país para el año 2000, próximos a establecerse.

Aunque la calidad del aire del país ha mejorado mucho desde 1970, la contaminación sigue siendo un problema importante. De 1985 a 1987, la norma nacional fijada para la concentración de ozono se sobrepasó en 68 zonas que notifican la calidad del aire y la fijada para la de monóxido de carbono, en 52 zonas.

GRENADA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Grenada es una monarquía constitucional que ha adoptado la forma de democracia parlamentaria. El Gobernador General representa al Gobierno del Reino Unido, y el Primer Ministro, que nombra al Gabinete y lo encabeza, es el jefe de gobierno. El Gabinete es responsable de su gestión ante el Parlamento.

El producto interno bruto (PIB) creció de \$US82,3 millones en 1983 a \$US99,5 millones en 1987, mientras que el ingreso per cápita aumentó de \$US890 a \$US960 en ese mismo período. EL PIB proveniente del turismo experimentó un incremento de \$US3,7 millones en 1983 a \$US7,0 millones en 1986. La agricultura fue el sector que más contribuyó al PIB, con \$US18,9 millones en 1986. La deuda externa era de \$US43,2 millones. Durante el período 1983–1987, las importaciones fueron mayores que las exportaciones. Este déficit se cubrió con aportes de capital provenientes de servicios y préstamos externos. La tasa de inflación disminuyó de 10,7% en 1983 a 4,9% en 1985 y a -0,6% en 1986.

El Gobierno ha puesto en marcha políticas de ajuste estructural. El desempleo es alto, pero no se dispone de estimaciones actuales. El alfabetismo entre los adultos es de 99%.

Características demográficas

Se calcula que la población aumentó de 96.030 habitantes en 1984 a 103.400 en 1987, y que el crecimiento demográfico en 1987 fue de 1,2%. La población es joven, pues 37,2% tiene menos de 15 años y solo 7,1% más de 65.

Las tasas de natalidad han permanecido por encima del 30 por 1.000: las tasas estimadas fueron 30,3 en 1987 y 30,9 en 1985. Las tasas de fecundidad son relativamente altas y llegaron aproximadamente a 140 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1987.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Salud de los niños de 0 a 14 años

La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos descendió de 18,1 (56 defunciones) en 1985 a 14,7 (45 defunciones) en 1987. Las principales causas de mortalidad infantil son la prematuridad, las anomalías congénitas y las infecciones respiratorias. Las principales causas de admisión hospitalaria para los niños menores de 5 años son la gastroenteritis, las infecciones respiratorias y las hernias.

De 1985 a 1987, la cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año aumentó enormemente con la vacuna contra la poliomielitis y la DPT: de 61 a 98% para la primera y de 77 a 92% para la segunda. La cobertura para el sarampión fue del 77%. Se ha impuesto la vacunación contra la rubéola para los niños en edad escolar.

Salud de los adolescentes y adultos (15–64 años)

El hecho de que la población adulta aumente cada vez más trae aparejado el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles entre las principales causas de mortalidad y morbilidad. Son también causa de defunción, en orden descendente, las enfermedades cardíacas, las afecciones cerebrovasculares y los tumores malignos. Aunque la diabetes es la quinta, y la hipertensión la octava causa de defunción, no hay que subestimar su contribución a las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Las defunciones relacionadas con los accidentes van en aumento. Se ha determinado que el cáncer del cuello uterino es el principal tumor maligno en las mujeres. En los hombres, los más importantes son los cánceres gástricos y de próstata.

En los últimos años se han mejorado las instalaciones destinadas a la prestación de atención de salud mental y se ha establecido un centro para ayudar a rehabilitar a las personas que necesitan tratamiento por abuso de sustancias.

Las defunciones maternas (dos por año en 1985, 1986 y 1987) equivalen a una tasa de mortalidad materna del

6,4 por 10.000 nacidos vivos. El porcentaje de alumbramientos de madres de 13 a 19 años fue de 23% (726 nacimientos) en 1985, 21% (677 nacimientos) en 1986 y 25,7% (800 nacimientos) en 1987. Todos los dispensarios del país disponen de servicios de planificación de la familia.

Salud de los ancianos (65 y más años)

En la actualidad, los ancianos constituyen aproximadamente 7% de la población, pero es probable que esta cifra llegue a 10% a fines de siglo. Se dispone de instalaciones destinadas al cuidado de los ancianos. Hay escasa información documentada sobre la salud de las personas de edad avanzada.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud se encarga de la provisión de los servicios de salud pública en el país. El Ministro de Salud, con el asesoramiento del Secretario Permanente de Salud y de altos funcionarios técnicos, adopta las decisiones sobre la política a seguir. La administración diaria está a cargo del Secretario Permanente y, por su conducto, del personal técnico y administrativo del propio Ministerio, los hospitales, los centros de salud y los dispensarios. El Ministro de Salud trabaja en estrecha colaboración con los Ministerios de Agricultura, Educación, Obras Públicas y Hacienda. Debido a que el turismo es un área clave, el mantenimiento de un medio ambiente seguro, saludable y atractivo constituye una cuestión prioritaria.

El sistema de salud de Grenada ha evolucionado durante varios años e incorporado en forma combinada servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. El compromiso de prestarlos surge del proyecto del Ministerio de Salud conocido como "Plan de Política de Salud y Desarrollo de la Salud para 1983-1985", que hace hincapié en la utilización de centros de atención primaria y en el establecimiento de dispensarios y programas de divulgación.

Si bien los niveles de atención de la salud no están oficialmente definidos, en general la atención primaria es la que brindan los médicos generales y se presta en los dispensarios y departamentos externos de los hospitales generales. Aunque los términos secundaria y terciaria no se aplican normalmente respecto a la atención, en general se emplea "secundaria" para referirse a la atención de pacientes hospitalizados en todas las instituciones de salud, y se llama "terciaria" a la atención brindada por especialistas de un hospital general o del extranjero. Los tres niveles de atención se organizan comunitariamente en el distrito, donde se produce la coordinación con otros

sectores y comunidades, y a nivel central, donde la Comisión Nacional de Atención de la Salud, presidida por el Ministro, coordina las actividades correspondientes. Un centro de planificación, control y evaluación del Ministerio tiene a su cargo la coordinación de las actividades de los equipos de los tres niveles de atención. Además, este centro trabaja con la Comisión de Atención Primaria para garantizar que la estrategia de atención primaria se incorpore en los enfoques que utilizan los equipos de los distintos niveles.

El acceso a la atención de la salud se considera bueno. No hay barreras culturales ni económicas que se interpongan, pues todos los servicios de salud pública son gratuitos. Los locales destinados a la atención de la salud de la comunidad (centros de salud, dispensarios o consultorios y puestos sanitarios) están ubicados en centros poblados para que nadie tenga que caminar más de cinco kilómetros para llegar a alguno de ellos. Sin embargo, con el crecimiento de ciudades y pueblos durante el transcurso de los años, algunas personas han quedado a más distancia de los cinco kilómetros establecidos como límite; además, en ciertas partes del país el acceso resulta difícil por lo escarpado del terreno y porque los medios de transporte son poco frecuentes o no existen. Las personas atendidas por cada centro de consultas son unas 5.000, excepto en Carriacou y Petit Martinique, donde son muchas menos.

La atención primaria de salud se presta por medio de un sistema público de seis centros de salud, 27 puestos de consulta, una unidad fronteriza, un centro de maternidad, ocho consultorios dentales y seis hospitales. El sistema hospitalario está formado por un Hospital General, el hospital multidisciplinario principal (240 camas), situado en la capital; un hospital general más pequeño (40 camas), en una zona rural, un hospital general (32 camas) en Carriacou, un hospital psiquiátrico (160 camas), un hospital geriátrico (137 camas) y un sanatorio (25 camas). Hay dos locales de carácter especial, uno para discapacitados y otro para toxicómanos, con 16 camas cada uno. El hospital psiquiátrico, que originariamente tenía 160 camas, resultó muy dañado durante los combates armados de 1983, y se está construyendo un nuevo hospital con 80 camas. También se han agregado 26 camas de agudos en el Hospital General. El sector privado proporciona una importante atención institucional, que comprende dos casas de convalecencia y un hospital general de agudos con 10 camas.

Sin embargo, no hay un sistema satisfactorio de envío de casos ni un sistema coordinado de administración de la atención del paciente. La enfermera del dispensario puede enviar al paciente al médico del distrito, a la enfermera especializada en salud de la familia, al centro de maternidad o, en caso de emergencia, al Hospital General. El envío de pacientes del hospital al médico del distrito

o a la enfermera del dispensario es en general muy poco eficaz, excepto en pediatría, donde funciona un sistema especial. Aunque hay dos hospitales en la isla de Grenada y uno en Carriacou, solo el Hospital General de St. George cuenta con medios importantes; por consiguiente, el envío de los casos más graves entraña el envío al Hospital General. A veces el transporte ofrece problemas, y para trasladar a pacientes de Carriacou y Petit Martinique es preciso recurrir a medios marítimos y aéreos.

Los pacientes que necesitan una atención que no se presta en Grenada son enviados al extranjero por el Gobierno o con ayuda oficial; los que disponen de recursos hacen arreglos privados. Los pacientes se trasladan principalmente a Barbados, Trinidad y los Estados Unidos de América.

Los servicios de salud se financian en gran parte con la renta pública general. Los suministros esenciales (drogas, remedios y equipos) son todos importados. Un análisis de la fuerza de trabajo pone de manifiesto la escasez de personal para la atención primaria de salud.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

A partir del cambio de gobierno producido hace unos años se ha logrado un considerable desarrollo económico. Después de la terminación del aeropuerto de Point Saline, ubicado al sudoeste y apto para la operación de aviones de reacción, ha aumentado el número de hoteles y otros servicios turísticos.

Con el aporte de una asistencia considerable del exterior se han mejorado los sistemas de infraestructura y se ha fomentado el desarrollo de los sectores residencial, agrícola e industrial. Sin embargo, el programa de salud ambiental sigue siendo rudimentario y anticuado. Gran parte de la zona residencial de St. George carece de alcantarillas y tanto esa área como la situada al sur en la región de la bahía de Grand Anse sufren las consecuencias de la esorrentía de efluentes de los tanques sépticos, de letrinas antihigiénicas y de falta de instalaciones para la eliminación de excreta. Los hoteles de la costa y otros edificios descargan parcialmente los efluentes ya tratados en la bahía de Grand Anse.

El aumento de la actividad turística y local genera

mayor cantidad de desechos sólidos. La basura urbana, el vaciamiento en el campo y la eliminación antihigiénica en el terraplén de Perseverance (al norte de St. George) son problemas comunes. Un nuevo lugar y un plan maestro para la eliminación son requisitos importantes para mejorar el programa de tratamiento de los desechos sólidos.

Varias playas, como la de Grand Anse, con una extensión de dos a tres kilómetros, y la de Grenville, están severamente contaminadas por los desechos sólidos y líquidos que se descargan desde tierra y de los barcos. Esta actividad no solo constituye una amenaza para bañistas y turistas, sino que también pone en peligro a los arrecifes de coral. El país no puede permitir una mayor contaminación costera, a corto ni a largo plazo.

La Comisión Central de Agua está por convertirse en una Dirección de Agua y Alcantarillado, capaz de proporcionar adecuado apoyo técnico y administrativo al desarrollo del sistema de alcantarillado. La legislación sobre medio ambiente y desarrollo está en proceso de revisión y actualización; si se las hiciese cumplir, estas leyes podrían ser muy importantes para el establecimiento de una firme gestión de la salud ambiental.

Las obras para el abastecimiento de agua continúan con la asistencia del Banco de Desarrollo del Caribe (CARIBANK), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros organismos. El sistema de alcantarillado de St. George ha sido mejorado gracias a un proyecto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). También se han emprendido estudios con la asistencia de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos, para instalar alcantarillas colectoras en Grand Anse y alcantarillas que desemboquen en el mar en Point Salines. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe, que funciona en Santa Lucía, ha colaborado en el desarrollo de la capacidad de control de la contaminación de las costas locales.

En lo que respecta al control de vectores, un programa vertical lleva a cabo inspecciones y tratamientos focales y perifocales en toda la isla con intervalos de 8 a 10 meses. Se efectúan algunos rociamientos. Un Cuerpo de Paz formado por voluntarios presta su adhesión y proporciona asistencia para desarrollar métodos de control integrados y apoyados en la comunidad. El último índice de infestación de *Aedes aegypti* registrado en viviendas (1988) fue de 10,6%.

GUATEMALA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El Estado guatemalteco se organiza en poderes con un esquema clásico liberal: el Poder Legislativo, cuyo principal órgano es el Congreso de la República, integrado por diputados; el Poder Ejecutivo, cuyos principales órganos son la Presidencia de la República y los Ministerios de Estado, el Consejo de Ministros y el Consejo de Estado (al Ejecutivo se adscriben entidades descentralizadas), y el Poder Judicial, integrado por los tribunales de distinta categoría y la Corte Suprema de Justicia.

El territorio del país se divide en 22 departamentos y 330 municipios; para efectos administrativos de servicios públicos existen circunscripciones técnicas, zonas y ocho regiones.

Después de la crisis de 1980 a 1985, la economía ha tendido a recuperarse. En 1986 se inició la estabilización y en 1987 la reactivación, con un crecimiento del PIB del 3,1%, que llegó a 3,5% en 1988; para 1989 se proyectaba una tasa de crecimiento del 5%. La estabilidad de la tasa de cambio después de la devaluación de 1986 ha permitido reducir considerablemente la tasa de inflación. A pesar de esto, no fue posible evitar que el ingreso per cápita siguiera declinando y no se ha logrado que los beneficios del crecimiento tengan una distribución satisfactoria.

Los objetivos y metas del programa económico para 1989 incluyen: propiciar las condiciones que permitan un aumento de la actividad económica (5% del PIB en relación con el año anterior); reducir el desequilibrio del sector externo y aumentar las reservas de divisas; reducir el déficit fiscal global a 2,5% del PIB, controlar el crecimiento de los medios de pago y la inflación; disminuir el desempleo, y reajustar los salarios.

La deuda pública externa es del orden de \$US42.500 millones y los pagos efectuados por servicios de la deuda aumentaron del 8 al 24% de las exportaciones de bienes y servicios entre 1982 y 1986.

De acuerdo con la encuesta nacional de ingresos y gastos (1980-1981) y las estimaciones del costo de la "canasta básica de alimentos", se calcula que el 40% de la población total del país y el 52% de la del medio rural no obtienen ingresos suficientes para satisfacer las nece-

sidades de alimentación. El 71% de la población del país y el 84% de los residentes en las zonas rurales viven en estado de pobreza y pobreza extrema (2,6 millones de personas), con ingresos que no cubren el precio de la canasta básica de alimentos y la de los bienes y servicios básicos (Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, SEGEPLAN).

Según SEGEPLAN, unas 250.000 familias subsisten en pequeñas fincas de menos de 10 manzanas de extensión y 200.000 familias de trabajadores agrícolas asalariados no calificados se encuentran en situación de indigencia.

Las zonas rurales más densamente pobladas se encuentran en la región montañosa, donde existe la mayor proporción de población indígena concentrada en minifundios, con diferentes lenguajes que dificultan la comunicación (10 lenguas y por lo menos 200 dialectos). El último censo agropecuario (1979) mostraba que el 89,8% de la propiedad agraria eran microfincas (menores de una manzana) y fincas familiares (de 1 a 10 manzanas) que ocupaban solamente el 16,3% de la superficie territorial, mientras que las fincas multifamiliares medianas y grandes ocupaban el 65,4% del área de producción.

En 1986 el 42% de la población económicamente activa no tenía ningún grado de escolaridad y el 25% había cursado únicamente los primeros 3 años. Según SEGEPLAN, en 1987 el desempleo total alcanzaba el 44%. El subempleo constituye el principal problema ocupacional del país (31,7%); además, la fuerza de trabajo se caracteriza por un bajo nivel de calificación y de instrucción. Según proyecciones para 1987, el 86% de la población empleada corresponde al sexo masculino.

Se estima que entre 500.000 y 1.500.000 personas se desplazan por motivos de actividades agrícolas en el medio rural. Estas migraciones son periódicas y la información tiende a ser parcial. El café, el algodón y la caña de azúcar son los principales cultivos que atraen a la mayoría de los trabajadores rurales y que les proporcionan fuente de ingresos para el mantenimiento familiar. El café ocupa la mayor cantidad de mano de obra entre agosto y marzo, época de la cosecha; la concentración de trabajadores se extiende de septiembre a noviembre, pudiendo reunirse hasta 220.000 trabajadores temporales. La cosecha del algodón se efectúa de noviembre a marzo, pero los meses de diciembre y enero concentran mayor cantidad de trabajadores. La caña de azúcar se cosecha de noviembre a mayo. Las necesidades de mano de obra

para la cosecha de los tres productos ocupan unos 400.000 trabajadores adicionales. Un porcentaje significativo de estas personas se desplaza con la familia. Los contratos de trabajo duran un promedio de 30 días. Se considera el Departamento de El Petén como un polo de atracción para migrantes.

Características demográficas

La población para 1989 se estima en 8.935.394 habitantes, que se concentran en 108.889 km². La parte más poblada del país es la ciudad de Guatemala, con 1.908.085 habitantes en un área de 2.126 km². El 62% de la población vive en 19.000 localidades de menos de 2.000 habitantes que representan el 90% de las localidades del país, situación que dificulta el acceso de la población a los diferentes servicios sociales.

El 32,7% del total de la población de 1987 era urbana y el 67,3% rural. El 50,6% corresponde al sexo masculino y el 49,4% al femenino; en 1989 se estima que hay 102 hombres por cada 100 mujeres. La población menor de 5 años constituye el 17,6% de la población total, mientras que la menor de 15 años representa el 46% (aproximadamente 4,1 millones). La mitad de la población tiene menos de 17 años; el grupo adolescente de 10 a 19 años está conformado por 2,1 millones de jóvenes (23,6%), casi la cuarta parte de la población total. La juventud integrada por la población de 15 a 24 años constituye casi una quinta parte de la población (19,4%), con 1,7 millones de personas, mientras que la población anciana representa solamente un 3,1%, lo que ha dado a Guatemala la característica de un país joven, con una pirámide de base amplia.

Las mujeres de 15 a 49 años representan en 1989 casi 2 millones de personas (21% del total de la población). En 1985, el 16% de los nacimientos ocurrió en madres menores de 20 años, y el 79% del total en el grupo de madres entre los 20 y los 30 años. Los nacidos en el grupo de madres de 40 años y más representan el 5,4%. En cuanto a las intenciones reproductivas en el grupo de mujeres de 15 y 19 años, la encuesta nacional de salud maternoinfantil de 1987 señaló que el 20% no desea tener más hijos y en el grupo de 25-29 años la cifra es de 50%. Estos datos insinúan una demanda potencial grande de servicios de planificación familiar. El número de hogares en donde la mujer es la jefa de familia es de 14,4% (1981).

En 1987 se registró un total de 308.307 nacimientos, con una tasa de natalidad de 36,5 por 1.000 habitantes y una tasa de fecundidad general de 180 por 1.000 mujeres en edad de procrear. El 23% de los nacimientos ocurren en hospital y el 77% en el domicilio.

La conformación de la población por grupo étnico según el censo de 1981 era de 41,9% de población in-

dígena y 58,1% de población ladina. Hay una marcada diferencia entre los departamentos en el porcentaje de población indígena, desde el 97% en Totonicapán, 61% en Quetzaltenango, 12% en Guatemala hasta 0,68% en El Progreso.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

La esperanza de vida ha ido en aumento en el presente quinquenio (1985-1990) y se estima en 60 años para los hombres y 64 años para las mujeres. La tasa general de mortalidad para 1987 se estimaba en 8,1 defunciones por 1.000 habitantes.

En 1987 se registraron 68.311 defunciones; 56% ocurrieron en el sexo masculino y el 44% en el sexo femenino, con una razón de 1,3:1 entre ambos sexos. Las defunciones en el grupo de edad de 50 años y más representaron el 34,3% del total.

Al analizar las principales causas de muerte se debe tomar en cuenta el acceso que tienen los diferentes grupos de población a los servicios de salud. Por ejemplo, en Guatemala Sur, Totonicapán, Quiché, San Marcos, Chimaltenango, Alta Verapaz, Baja Verapaz y Huehuetenango, menos del 10% de las defunciones ocurren en el medio hospitalario; el resto se producen predominantemente en el domicilio. A nivel nacional el 75,6% de las defunciones ocurrió en el domicilio, el 19,1% en el hospital, el 4% en la vía pública y el 1,3% en casas de salud.

A nivel nacional el 42,9% no tuvo ninguna atención médica antes de la defunción, el 32,8% fue atendido por médicos, el 21,6% por personal empírico y el 2,7% por comadronas. A partir de 1950 la proporción de defunciones en la población que había recibido atención médica aumentó progresivamente, de 11,5% en 1950 a 32,8% en 1987. En el área de Guatemala Norte el 50% de la población recibe atención médica; en Amatlán, Zacapa, Sacatepéquez y Guatemala Sur la recibe el 48,6%, 45,4%, 44,2% y 40,7%, respectivamente.

El 48,5% de las defunciones son certificadas por médicos; el 34,1% por alguna autoridad municipal, el 10,3% por personal empírico ajeno al sector salud, y el 7,1% no tiene ningún tipo de certificación. Es evidente la dificultad que existe en el registro de las defunciones así como la baja confiabilidad de dichos registros. Cuando se comprueba que el paciente no recibió atención médica y que sin embargo se extendió el certificado médico de defunción, resulta más difícil confiar en las informaciones, así como cuando la persona que certifica no tiene ninguna relación con el sector salud.

Las defunciones, al igual que los nacimientos, se registran en el lugar donde ocurrieron. En Guatemala Norte, aproximadamente el 60% de las defunciones que se registran corresponden a personas cuya residencia habitual era otra; en Guatemala Sur este porcentaje es de 0,7%, en Amatitlán 10,2%, y en el resto es de 11,2%.

Las principales causas de defunción son: diarreas (con una tasa de 14,4 por 10.000 habitantes), infecciones respiratorias agudas (11,2), desnutrición (5,2), trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio acidobásico (2,3), infarto agudo del miocardio (1,6), accidentes causados por instrumentos cortantes o punzantes (1,6), enfermedad cerebrovascular aguda mal definida (1,1), disritmia cardíaca (1,0), tuberculosis pulmonar (1,0) y luchas, altercados y violaciones (0,9). Las enfermedades infecciosas y parasitarias corresponden a más del 40% de las defunciones.

En 1986 las diez principales causas de morbilidad, según la demanda de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el país, fueron: infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal, síndrome diarreico, deficiencia nutricional, enfermedades de la piel, bronconeumonía, enfermedad péptica, infección urinaria, anemia y amibiasis. Estas causas constituyen aproximadamente el 47% del total de las consultas.

En 1986 los servicios de consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social registraron los siguientes principales grupos de causas de morbilidad: enfermedades del aparato respiratorio (32,1%), enfermedades infecciosas y parasitarias (23,0%), enfermedades del aparato digestivo (11,2%), y a continuación: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del aparato genitourinario, de las glándulas endócrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad, enfermedades del aparato circulatorio, y enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La mortalidad infantil mantuvo en 1988 una tasa estimada de 51,3 por 1.000 nacidos vivos; esta oscila de 81,4 en el Departamento de Escuintla a 36,0 en el de Chiquimula. La mortalidad neonatal era de 17,2 por 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil son: diarreas (23,8%); infecciones respiratorias agudas (23,6%); desnutrición (4,3%); afecciones originadas en el período perinatal (4,1%) y trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio acidobásico

(3,2%), que en su conjunto representan el 59% del total de defunciones en ese grupo de edad. El 5,3% de las defunciones infantiles se asignaron a causas mal definidas. El 4,3% de las defunciones por desnutrición ocurre en menores de 5 años.

En 1987 la tasa de mortalidad perinatal era de 28,6 por 1.000 nacidos vivos, y las cinco causas principales fueron las siguientes: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (terminación del embarazo, 80% de las defunciones) (760-779); hipoxia intrauterina y asfixia al nacer (se incluyen las defunciones fetales por asfixia o anoxia del inicio del trabajo de parto o en momento no especificado) (768); infecciones propias del período perinatal (incluidos el tétanos neonatal y otras) (771); trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otras formas de bajo peso al nacer (764-765), y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido (770). De un total de 308.307 nacimientos, el número de muertes perinatales fue de 8.808, 280 de ellas debido a causas mal definidas.

La tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años es de 8,4 por 1.000 en ese grupo. Las primeras cinco causas de defunción son: diarreas, infecciones respiratorias agudas; desnutrición; trastornos de los líquidos, los electrolitos y del equilibrio acidobásico, y parasitosis intestinal; que conforman el 70% del total de muertes en ese grupo.

Los resultados del censo nacional (publicados en septiembre de 1986), que abarcan los escolares del primer grado o niños entre 6 y 9 años de edad, pusieron de manifiesto que el porcentaje de niños con desnutrición alcanzaba la cifra global de 37,4%; en algunos departamentos se estima que la desnutrición afecta a la mayoría de los niños censados, a saber: en Sololá 64,6%, en Totonicapán 60,9%, en Baja Verapaz 52,9%, en El Quiché 52,9%, en Chimaltenango 52,0% y en Huehuetenango 51,8%.

En 1985 la encuesta de cobertura con vacunación demostró que la proporción de niños que contaba con un esquema completo era muy reducido y que las coberturas con las vacunas del PAI eran bajas e insuficientes para proteger a la población infantil, especialmente a los menores de 1 año. En 1986 se realizaron Jornadas Nacionales de Vacunación y se lograron coberturas de 34,9%, 33,3% y 48,8% con las vacunas antipoliomielítica, DPT y antisarampionosa, respectivamente. En 1987, debido en parte a que no se realizaron Jornadas, se obtuvieron coberturas en menores de 1 año del 17,6%, 15,8% y 24,3% con las tres vacunas mencionadas. Para 1988 se decidió ejecutar dos Jornadas Nacionales de Vacunación e implantar un proceso de vacunación acelerada en todos los niveles operativos del sistema de salud, con lo que la cobertura en los menores de un año aumentó a 58,1%, 48,5% y 55,2%, respectivamente, con las tres vacunas.

Durante 1988, como consecuencia del mejoramiento

en el sistema de vigilancia epidemiológica, se notificaron 84 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que se registraron como casos probables de poliomielitis. De estos casos, 42 (50%) fueron confirmados de acuerdo con los criterios del Programa de Erradicación de la Poliomielitis, y estaban ubicados en 28 municipios que representan el 8,4% de los 330 que existen en el país. En los Departamentos de Guatemala, Escuintla y Chimaltenango se encontraba el 58% del total de casos confirmados.

Salud de la madre

La tasa de mortalidad materna en 1987 fue de 10,4 por 10.000 nacidos vivos, con tendencia descendente comparada con años anteriores. En esta cifra influye la baja cobertura de certificación de la defunción por personal calificado, que repercute en la calidad y veracidad de los diagnósticos y por ende en la clasificación de una defunción femenina como mortalidad materna.

La principal causa de defunción materna son las complicaciones en el curso del trabajo de parto, que ocupan el 56% del total de causas, siguiendo en orden descendente las complicaciones relacionadas con el embarazo (14%), la sepsis puerperal (12,5%) y el aborto (11,5%). La encuesta nacional maternoinfantil de 1987 indicó la baja protección contra el tétanos en mujeres embarazadas; únicamente el 14% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años se registra con madres que habían recibido toxoide tetánico. La menor protección se observa en los grupos indígenas.

En las zonas rurales una cuarta parte de las mujeres embarazadas han recibido atención prenatal profesional, y en zonas urbanas el 57% recibió este tipo de atención. Solamente el 17% de las mujeres indígenas recibió atención prenatal. En lo que se refiere al nivel de instrucción, el 18% de las mujeres embarazadas sin educación recibió atención prenatal profesional, mientras que el 86% de las mujeres embarazadas que han cursado la enseñanza secundaria recibió esta atención.

El 58% de los nacimientos del medio urbano fueron atendidos por personal profesional, contra apenas el 18% de los nacimientos en zonas rurales. Entre las mujeres indígenas, el 10% tuvo atención profesional durante el parto. En promedio en el país, el 22% de los partos se atienden en instituciones.

La planificación familiar se considera como un programa tendiente a disminuir la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Los resultados de la encuesta nacional maternoinfantil de 1987 indican que el 70% del total de mujeres conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo; entre las mujeres casadas (o unidas), esta proporción es prácticamente igual (72%). El 0,2% del

total de las mujeres solamente conocen algún método tradicional y desconocen los métodos modernos.

La población femenina en edad fértil (15-49 años) presenta algunas características que han sido bien definidas en el trabajo "Aspectos demográficos de Guatemala: hacia donde vamos, 1982", a saber:

- El grupo de fecundidad muy alta (6 hijos y más) está constituido por el 59,2% de las mujeres en edad fértil y a él corresponde el 70,9% de los nacidos vivos. Se dedica principalmente a actividades agrícolas (85,8%), no posee instrucción (98%) o solamente llegó como máximo al tercer año, y vive en zonas agrícolas (90,3%).

- El grupo de fecundidad alta (5 a 5,9 hijos) está constituido por el 12,5% de las mujeres en edad fértil y a él corresponde el 13,3% de los nacidos vivos. Se dedica a actividades no agrícolas (68,9%), no posee instrucción o solamente ha cursado hasta el tercer año (63,1%), y vive en áreas urbanas no metropolitanas (50,9%), con un componente del 34,3% que viven en la zona rural.

- El grupo de fecundidad mediana (4 a 4,5 hijos) está constituido por el 13,9% de las mujeres en edad fértil, y a él corresponde el 10,1% de los nacidos vivos. Se dedica a actividades no agrícolas (87%); cursaron instrucción de 4 a 6 años (69,3%) y vive en el área metropolitana (62,7%).

- El grupo de menor fecundidad (3 a 3,9 hijos) está constituido por el 14,4% de las mujeres en edad fértil y a él corresponde el 7,7% de los nacidos vivos. La mayoría vive en el área metropolitana (69%); el 88,9% posee instrucción de 7 años y más y solamente el 4,7% trabaja en agricultura.

En 1987 la tasa de fecundidad general era de 180 por 1.000 mujeres en edad de procrear. La información es variable por departamento; las tasas más altas se encuentran en Quetzaltenango, El Petén, Jalapa, Totonicapán y San Marcos, y oscilan entre el 43,7 y el 41,4 por 1.000 habitantes. El 95% de los nacimientos ocurrió en mujeres de 15 a 39 años, con el 53% en mujeres de 20 a 29 años de edad.

Problemas que afectaron a la población general

El número de casos notificados de personas infectadas con el VIH, de pacientes con el complejo asociado con el SIDA y de casos confirmados de SIDA ha venido aumentando rápidamente a partir del segundo semestre de 1984, época en que se conocieron en el país los primeros casos. En 1984 se registraron 2 casos y 2 defunciones; en 1985, 5 casos y 5 defunciones; en 1986, 10 casos y 9 defunciones; en 1987, 13 casos y 9 defunciones y en 1988, 18 casos y 10 defunciones.

La morbilidad por tuberculosis pulmonar, bacteriológicamente confirmada, oscila entre 1,8 y 1,2 por cada 1.000 personas examinadas. El índice de infección se ha reducido en más de 66% en los últimos 25 años, la letalidad se redujo del 25 al 15% en los últimos 5 años, y la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en 1986 era de 9 por cada 100.000 habitantes. Para 1988 se calculaba que habría entre 8.000 y 12.000 tuberculosos bacilíferos y no menos de 700 defunciones al año por esa enfermedad.

El país ha sido dividido en tres zonas ecológicas. La zona ecológica del sur (Pacífico), que comprende la llanura costera entre el macizo montañoso y el mar, es la de mayor desarrollo agrícola, con cultivos de algodón, caña de azúcar y soja, además del desarrollo ganadero, lo que propicia intensas migraciones de habitantes del altiplano, que se constituyen en población de alto riesgo a la infección malárica. El vector principal es *Anopheles albimanus*. Hasta 1982 se producía en esa región más del 60% del total de casos; pero aparentemente el uso del insecticida piretroide, unido al proceso de estratificación epidemiológica, ha permitido reducir la incidencia.

En la zona ecológica del norte, la más lluviosa del país, con regiones boscosas entre las cuales se encuentran extensas llanuras, se cultivan maíz, frijol y cardamomo. *A. albimanus* es el vector principal, pero no se puede descartar a *A. pseudopunctipennis* y *A. vestitipennis*, por lo menos como transmisores secundarios. La población presenta un importante componente indígena y actualmente tiene lugar un intenso movimiento de colonización.

La zona ecológica centro-oriental comprende los departamentos limítrofes con El Salvador y Honduras, y se caracteriza por terrenos áridos, baja precipitación pluvial y malaria inestable que responde bien a las acciones de control antivectoriales. Los vectores principales son *A. albimanus* y *A. pseudopunctipennis*.

En 1986 hubo 42.609 casos de malaria y 57.662 en 1987. La zona ecológica del norte es la más afectada, con el 63,2% de positividad, seguida de la del sur con el 22,9% y la centro-oriental con el 13,9%. *P. falciparum* representa el 5% del total de casos positivos.

El 51,5% del territorio nacional se clasifica como área de riesgo de albergar *Aedes aegypti*; por lo tanto la aparición de casos de dengue podría afectar a un 64% del total de la población del país. La Memoria Anual de la División de Malaria de 1987 registra que en los últimos 15 años solo se han detectado casos de dengue en 582 de las 8.669 localidades en riesgo. En la actualidad se desconoce el número exacto de casos, pero hay datos que informan de brotes sospechosos de dengue. En 1981 el análisis serológico fue negativo en 100 muestras estudiadas. En 1982 se detectó dengue 1 y dengue 2. Desde 1982 hasta 1987 no se hicieron diagnósticos serológicos;

a fines de 1988 y a principios de 1989 se obtuvieron resultados que demuestran prácticamente la reinstalación de la enfermedad. En 1987 se identificó el serotipo 2 del dengue.

La región sur del Pacífico y la zona oriental constituyen la columna vertebral del desarrollo económico del país y es en esas regiones donde se han producido los brotes en pequeñas localidades; los grandes núcleos de población por el momento aparentemente permanecen sin transmisión local.

Existe un programa de control de *A. aegypti* en la División de Malaria, pero los recursos con que cuenta son insuficientes, si se considera que el dengue es una enfermedad metaxénica, que potencialmente toda la población de las áreas afectadas corre el riesgo de contraer la enfermedad, y que esta se reduce a niveles holoendémicos paralelamente a la disminución de la densidad de *A. aegypti*.

En 1987 se produjo un brote en Livingston, Izabal, que se extendió a los Departamentos de Zacapa, Chiquimula y El Progreso, para posteriormente volcarse a la vertiente del Pacífico con brotes de pequeña magnitud en los Departamentos de Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu y la parte costera de Quetzaltenango y San Marcos. En 1988 se detectaron unos 30 brotes de dengue que afectaron a unos 5.000 habitantes.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sistema de salud no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años y está compuesto por: a) el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, responsable por la salud de toda la población y cabeza del sector que abarca las escuelas de enfermería y los centros formadores de técnicos del Ministerio, las comadronas tradicionales, los promotores de salud, los comités de líderes comunitarios y otros grupos de personal voluntario; b) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que presta atención médica a los trabajadores afiliados y sus familiares dependientes; c) las municipalidades, que son responsables por el suministro de agua urbana, la eliminación de desechos sólidos y la disposición de excretas (en el área rural el responsable es el Ministerio de Salud Pública); d) la Sanidad Militar; e) la Universidad de San Carlos y sus Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia y la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria; f) el sector privado, compuesto por entidades no lucrativas como la Cruz Roja, la Liga Nacional

contra la Tuberculosis, la Liga Nacional contra el Cáncer, el Patronato Antialcohólico, la Liga de Salud Mental y organizaciones religiosas que cubren más o menos el 2% de la población; entidades lucrativas, como hospitales, casas de salud, clínicas y consultorios particulares; y las escuelas de medicina y odontología de las universidades privadas.

De los 59 hospitales privados, unos dos tercios están ubicados en la ciudad de Guatemala. Existen 479 organizaciones no gubernamentales que ejecutan acciones de salud (1988).

En el desarrollo de la infraestructura se tiende a la descentralización/desconcentración del Ministerio de Salud Pública, el ajuste de su estructura organizacional a requerimientos de carácter gerencial y de regionalización; la promoción de los sistemas locales de salud, y el fortalecimiento de la capacidad gerencial. El IGSS ha adoptado el mismo enfoque a través de la incorporación de acciones de fomento y prevención, la extensión de la cobertura a nuevos grupos de trabajadores con la estrategia de atención primaria y con disposición para acordar una división racional del trabajo local con el Ministerio.

En 1987 se creó el sistema de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, formado por un consejo nacional y por consejos regionales, departamentales, municipales y locales, el cual facilita la participación social y sectorial en los proyectos locales de desarrollo económico y social.

Producción de servicios

El total de consultas otorgadas por los centros y puestos de salud en 1987 fue de 2.559.050 (lo que representa 16 consultas por 100 habitantes) de las cuales el 61,4% correspondieron a primeras consultas. El total de primeras consultas se produjo por los tres programas en que está organizada la atención directa de pacientes, en la proporción que se indica: el Programa Pediátrico, 50%; el Programa Materno, 12%; el Programa General, 38%. El médico atiende la mitad de las primeras consultas, la enfermera, alrededor del 8% y la auxiliar de enfermería, el 42% restante.

En 1988 los hospitales ofrecieron 730.103 consultas programadas y 478.096 consultas de emergencia. Entre 1985 y 1987 se registraron alrededor de 220.000 egresos por año. En 1987 el 22% de los egresos correspondió a medicina general, el 16,9% a cirugía, el 17,7% a pediatría, el 38,6% a gineco-obstetricia, y el 4,8% restante a crónicos y otros. Se observó un 55% de ocupación de camas, un promedio de 6 días de estadía y un giro de 35,8 pacientes por cama. El costo promedio por cama ocupada fue de Q36,74 por día (en 1987 Q2,72 = \$US1).

Capacidad instalada

Existen 216 puestos de salud, 184 centros de salud tipo B (sin camas), 32 centros de salud tipo A (con camas), y un total de 35 hospitales de distrito, de área, regionales y nacionales. Estos servicios están organizados en 24 áreas de salud y estas en ocho regiones.

En sus 35 hospitales, el Ministerio de Salud Pública tiene 8.035 camas, el 42% de las cuales están en el Departamento de Guatemala. Además existen 306 camas en los centros de salud tipo A (68%). En 1986 el Instituto de Seguridad Social contaba con 2.332 camas en 75 establecimientos. Las Fuerzas Armadas tenían 500 camas, y el sector privado (últimamente en expansión) unas 2.500 camas.

Tecnología de los servicios de salud

El equipo biomédico de los establecimientos de salud no recibe mantenimiento adecuado y se caracteriza por una diversidad de marcas comerciales que dificulta y encarece su administración, especialmente en lo que se refiere a la obtención de repuestos. Los servicios carecen de personal capacitado para el mantenimiento. Fuera del hospital, los centros de salud de tipo B concentran la mayor proporción del equipo de radiodiagnóstico para odontología (26%). Los hospitales y los centros tipo B reúnen el 90% del equipo básico de laboratorio en proporciones semejantes.

Existen 1.380 farmacias en el país, de las cuales 53 son de carácter estatal, controladas por el Ministerio de Salud Pública. La industria farmacéutica nacional fabrica una gama de medicamentos a partir de materia prima importada. Las exportaciones de medicamentos terminados y de materia prima representaron \$US48 millones en 1988 y las importaciones \$US68 millones. El gasto en medicamentos para 1986 se estimó en \$US13,60 per cápita. Existe una gran dependencia de la importación en cuanto a la disponibilidad de vacunas, reactivos y otros insumos críticos. El número de productos registrados en todas sus formas farmacéuticas hasta marzo de 1989 es de 8.945.

Financiamiento de los servicios de salud

En el período 1985-1988 el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública aumentó de 96,7 millones de quetzales en 1985 a 290,7 en 1988; el monto destinado a inversión subió de 16,1 millones a 83,7 en esos años. A todo el sector salud y asistencia social le corresponde un 10% de los recursos presupuestarios anuales.

La estructura interna del gasto en el sector no ha variado; al Ministerio le correspondió el 56%, al IGSS el

33% y el resto a otras instituciones públicas o privadas. La asignación presupuestaria del Ministerio significó una capacidad de gasto anual per cápita de Q5,81 en 1975; Q15,72 en 1980; Q11,61 en 1985 y Q30,05 en 1988.

Capacidad nacional en planificación, gestión e información

Desde mediados de 1987 se puso en marcha la recolección y el procesamiento de datos sobre producción, rendimiento y costo en los hospitales; el próximo paso es la incorporación de los centros y puestos de salud. El desarrollo de la capacidad gerencial en los niveles central, regional y de área incluirá la capacitación para el análisis de datos y su óptima utilización.

Las políticas y los planes nacionales de desarrollo económico y social proporcionan un marco y una direccionalidad general a la administración pública y en las actividades del sector productivo, pero el proceso de planificación en el Ministerio de Salud Pública no ha alcanzado todavía la efectividad necesaria para facilitar la aplicación de dichas políticas.

Recursos humanos

La fuerza de trabajo en salud está conformada por el total de empleos en las dos grandes instituciones del sector público, el cual asciende a 13.139, de los cuales un 19% lo constituye el personal profesional universitario; un 28% personal técnico no universitario, y un 53% personal auxiliar. La disponibilidad se explica en base a tres razones:

- La composición de la fuerza de trabajo en el Ministerio de Salud Pública. La disponibilidad presupuestaria dentro del Ministerio condiciona mayor absorción de personal en las categorías que requieren menos escolaridad y, por lo tanto, menos salario.
- No se ha tomado en cuenta el sector privado, que utiliza preferentemente personal profesional.
- El personal de enfermería para su ingreso a las escuelas tiene que haber completado los estudios de nivel medio y una formación de tres años de nivel superior. La escuela dependiente del Ministerio de Salud Pública no tiene reconocimiento universitario.

Un profesional universitario percibe un salario de Q1.000 a Q1.500 en el Ministerio de Salud Pública, y de Q1.200 a Q1.320 en el IGSS; un técnico, de Q330 a Q720 en el primero y de Q495 a Q575 en el segundo; el personal auxiliar recibe un salario mínimo de Q330 mensuales y un máximo de Q365 en el Ministerio (1988).

Al comparar la situación encontrada en el Ministerio

de Salud Pública en 1984 con la de 1988, se nota un incremento importante en el personal profesional universitario, el cual aumentó un 15,5% y el auxiliar un 11,5%. Si se analiza la disponibilidad por institución en relación con la población a cubrir existe una gran disparidad entre estas dos instituciones.

El IGSS tiene una tasa de disponibilidad total de personal de salud en razón de 32,0 por 10.000 usuarios, mientras que el Ministerio apenas llega al 14,3 en relación con la población a cubrir. El personal profesional universitario tiene en el IGSS una tasa de 9 por 10.000 usuarios y en el Ministerio de 2,4, o sea que el primero casi triplica al segundo en cuanto a la tasa de disponibilidad en este grupo de personal. Una situación similar se da en los grupos de técnicos y auxiliares.

La población que cubre el Ministerio es mayor que la del IGSS (77 y 13% respectivamente); esta disparidad explica en cierta forma la falta de equidad en la distribución de la fuerza de trabajo en salud y por lo tanto de la atención de la salud. Esto no quiere decir que el personal del Instituto está sobreestimado; lo que es evidente es el financiamiento deficiente del Ministerio en relación con el Instituto.

La diferencia en la estructura de la fuerza de trabajo en ambas instituciones obedece a la distinta organización de la atención de la salud y el tipo de servicios que se brinda. Dentro del personal técnico, el Ministerio cuenta con algunas categorías de personal destinadas al área preventiva que le son propias, como los técnicos de salud rural y los inspectores de saneamiento.

Algunas categorías de personal (ingeniero sanitario, nutricionista, y en general el personal técnico) son muy escasas para atender las necesidades de atención de salud en el sector público.

El estudio de la distribución geográfica de la fuerza de trabajo en salud muestra una mayor concentración de personal en el Departamento de Guatemala (1,07 empleos en este Departamento por cada empleo en el resto), que está determinada por la mayor concentración de personal profesional (que es de 1,85:1). El personal técnico y auxiliar está más concentrado en el resto de los departamentos. De las categorías profesionales, únicamente el médico (817) y el odontólogo (82) aparecen con cierta importancia en el interior del país, donde reside el 79% de la población total. El estudio de la fuerza de trabajo en el interior del país destaca que el 56,4% corresponde a personal de nivel auxiliar y un poco más del 14% a personal profesional universitario. La mitad de la fuerza de trabajo, que corresponde a personal auxiliar, está asignada al 79% de la población.

El 64% de la fuerza de trabajo en salud corresponde al sexo femenino. Aunque las mujeres son mayoría en el sector público de salud, ocupan principalmente categorías de nivel auxiliar y técnico, y únicamente el 40% pertenece

al nivel profesional universitario. Lo contrario ocurre en la fuerza de trabajo masculina.

La mayor cantidad de personal se localiza en los centros hospitalarios de las áreas urbanas. Esto se debe a que la asignación presupuestaria de los establecimientos de atención preventiva es bastante menor que la asignada a los establecimientos hospitalarios, y aun la asignación a estos últimos es inadecuada. Lo anterior acentúa la brecha entre las condiciones de salud de la población y el tipo de respuesta que brinda el sistema.

El Ministerio de Salud se ha visto en la necesidad de formar personal técnico medio para sus propias necesidades de servicio, como técnicos de salud rural, inspectores de saneamiento ambiental, técnicos en fisioterapia, técnicos en radiología, técnicos en laboratorio.

La fuerza laboral de enfermería es de 9.619 (9.550 de servicios y 69 docentes). El mayor número, 6.149 (64%) corresponde al Ministerio de Salud Pública, siguiendo en orden de importancia el IGSS con 2.116 (22%), las Fuerzas Armadas con 291 (3%) instituciones privadas y otras con 1.063 (11%) (Cuadro 1).

En el área de servicios, la mayor concentración de personal de enfermería se encuentra en el Departamento de Guatemala, con un 48% del total; el resto de los departamentos tiene porcentajes que varían de 5,5% en Quetzaltenango a 0,9% en El Progreso. El 92,2% de este recurso está en la zona urbana, y el 7,8% en la rural. El 92% de personal ubicado en la zona rural es del Ministerio de Salud.

Existen tres escuelas para formación de enfermeras profesionales con tres años de estudios, y cinco escuelas permanentes para formación de auxiliares de enfermería en cursos que varían entre 8 a 10 meses de duración. Todos los establecimientos educacionales dependen del Minis-

terio de Salud Pública. Existen 69 enfermeras docentes: 44 en las escuelas formadoras de enfermeras y 25 de auxiliares. En las escuelas de enfermeras hubo un total de 2.146 ingresos y 1.298 egresos durante un período de 11 años (1975-1985) con un promedio anual de 195 ingresos y 118 egresos. En las escuelas para la formación de auxiliares hubo un total de 3.472 ingresos y 2.815 egresos en ese mismo período, con un promedio anual de 316 ingresos y 256 egresos.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La cobertura de los servicios de agua potable y de saneamiento (disposición de excretas y aguas servidas) para la población total de 8.434.339 habitantes a fines de 1987 era del 58 y 54%, respectivamente. En el medio urbano (3.185.528 habitantes) la cobertura de agua llegó al 87,1% y el saneamiento al 72,5%, y en el medio rural (5.248.811 habitantes) al 41 y al 47,7%, respectivamente.

En el Plan Nacional para el Decenio Internacional del Abastecimiento del Agua Potable y del Saneamiento, las metas de cobertura propuestas para 1990 son del 73,2% tanto para agua potable como para saneamiento, pero serán difíciles de alcanzar, pues en el período 1982-1988 el incremento fue de solo 4,4% y 10%, respectivamente.

La prestación de estos servicios fundamentalmente está a cargo del Ministerio de Salud Pública en el medio rural y de las municipalidades en el urbano. Se estima que cerca del 85% de los sistemas urbanos proveen agua con cierto grado de contaminación, por falta de protección de las fuentes y tratamiento deficiente. En los acueductos rurales también existen problemas de calidad.

Las aguas servidas, tanto domésticas como industriales,

CUADRO 1

Personal de enfermería por institución, Guatemala, alrededor de 1986.

Institución	Total	Enfermeras	Auxiliares
Total del país	9.619	1.467	8.152
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ^a	6.149	918	5.231
Servicio	6.080	849	5.231
Docentes	69	69	—
IGSS ^a	2.116	376	1.740
Fuerzas Armadas ^b	291	55	236
Privados ^b	995	114	881
Otros ^b	68	4	64

Fuentes: ^aDepartamento de Investigación, División Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Composición y Ocupación de la Fuerza de Trabajo del Sector Salud; 1988. ^bMinisterio y OPS/OMS. Estudio sobre la situación de enfermería en Guatemala, marzo de 1987.

no reciben ningún tipo de tratamiento y son lanzadas a ríos y otros cuerpos superficiales de agua, dando origen a graves problemas de contaminación de este recurso.

Los servicios de recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos son responsabilidad de las municipalidades, pero pocas están organizadas para su prestación; la disposición final se hace en su totalidad en botaderos a cielo abierto, que se encuentran dentro (como en la ciudad capital, en donde se producen alrededor de 1.000 toneladas de basura por día) o muy cerca de los centros urbanos, y en terrenos baldíos, que se convierten en criaderos de moscas, ratas y otros vectores.

La contaminación ambiental constituye ya un problema, en especial en la ciudad capital. En el área metropolitana de la ciudad de Guatemala se concentran alrededor del 25% de la población del país y un 70% de las industrias, en su mayoría de alimentos.

La contaminación del agua ha alcanzado a todas las cuencas hidrográficas, y se estima que la carga total de DBO (demanda bioquímica de oxígeno) llega a 128.802 kg/día, debido especialmente a la disposición sin tratamiento de las aguas servidas y excretas. La mayor carga (63,6%) la recibe la cuenca del río Motagua; luego están los ríos de la parte sur del valle, a los que llega el 18,8% de la carga total, que alcanza también al Lago Amatitlán, que ya muestra efectos de eutroficación. También hay contaminación del agua por productos agroquímicos (fertilizantes y pesticidas) y desechos industriales (no ha sido cuantificada), así como por altas cargas fecales y químicas, lo que constituye un peligro muy grande para la salud de las personas. Por otra parte, las aguas de los ríos contaminados son utilizadas en el regadío de todo tipo de productos agrícolas para consumo humano.

La contaminación del suelo se debe principalmente a la disposición de excretas al aire libre, en especial en el medio rural, en donde se estima que la letrinización alcanza solamente a un 46% de su población. Las municipalidades, salvo unas pocas, no tienen sistemas organizados de limpieza pública, por lo que lanzan las basuras en vertederos a cielo abierto, mientras que los vecinos las botan en los terrenos baldíos.

Los plaguicidas también constituyen un factor importante de la contaminación del suelo y de los cursos de agua superficiales. La aplicación de los plaguicidas no es controlada ni en cantidad ni en calidad. Se estima que anualmente se utilizan en el país 10.020 toneladas de estos productos químicos y además 171.680 toneladas de fertilizantes.

La contaminación del aire ya es un problema en la ciudad de Guatemala, debido principalmente a los gases del escape en los vehículos automotores que representan el 60% del total de vehículos existentes en el país. El humo negro del escape de los motores diesel, y el plomo tetraetálico usado como aditivo para aumentar el octanaje

de la gasolina, constituyen los dos contaminantes más importantes de la atmósfera de la ciudad capital. Varios estudios de la contaminación producida por el transporte urbano y vehículos particulares indican que el polvo en suspensión, el polvo sedimentable, el dióxido de azufre y el plomo han excedido los niveles de referencia de la OMS, con valores máximos de 250 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, 244 mg/cm^2 , 260 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y 35 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, respectivamente. Aún no se han tomado medidas adecuadas para solucionar dicho problema.

La industria, que como se ha señalado tiene el 70% de sus establecimientos asentados en la ciudad de Guatemala, constituye una fuente importante de contaminación atmosférica. El control de la contaminación del aire es función de la Municipalidad de Guatemala, del Ministerio de Salud Pública y de la Policía Nacional (automotores), pero no existe un programa para ejercerlo. En general, la protección y el mejoramiento del medio ambiente es función de la Comisión Nacional del Medio Ambiente, que depende directamente de la Presidencia de la República, mediante la aplicación de la Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente, emitida en diciembre de 1986. Sin embargo, por no haberse preparado los reglamentos respectivos, indicados en la misma Ley, se hace difícil su cumplimiento.

En cuanto al ruido, no existen evaluaciones ambientales que puedan servir de referencia para establecer cuál es la situación. No existe reglamentación ni programa que permita estructurar una acción organizada.

El control de los alimentos es una responsabilidad que está dividida entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación y las municipalidades, cada uno en su campo. El control de la calidad de alimentos expendidos al consumidor se hace a nivel de inspección y de laboratorio. La inspección en la ciudad capital se lleva a cabo en forma sistemática, mientras que a nivel de departamentos la inspección es esporádica. No se cuenta con un catastro de los expendios de alimentos, pero se estima que en la capital se inspecciona cada año el 60% de los establecimientos. En 1988 se analizaron 1.100 muestras para el registro sanitario y 4.000 muestras para el control de alimentos en general. De las muestras para registro, 15% fueron rechazadas por no cumplir con las normas y de las muestras de control, 40%. Para mejorar esta situación se hace un seguimiento que incluye asesoría técnica.

Se considera que el control microbiológico es de especial importancia, debido a que la higiene en la manipulación de alimentos deja mucho que desear, motivo por el cual actualmente se están realizando campañas educativas entre los manipuladores.

La calidad de la leche ha recibido especial atención durante el año 1988, pero no existen datos oficiales para

cuantificar los problemas existentes. Los plaguicidas, como insecticidas organofosforados y fungicidas ditio-carbamatos, se controlan especialmente en las verduras, donde ocasionalmente se pueden encontrar niveles altos de esas sustancias.

Después de un brote de intoxicación parálitica por mariscos o marea roja en 1987, el control de saxitoxinas en bivalvos se hace rutinariamente. Para alimentos de exportación se llevan a cabo los análisis requeridos por el país importador.

GUAYANA FRANCESA, GUADALUPE Y MARTINICA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica son a la vez regiones y departamentos franceses. La Guayana Francesa tiene una densidad demográfica muy baja (0,9 habitantes por km²); su población, que era de unos 84.000 habitantes en 1986, está creciendo rápidamente a una tasa anual de 3,7% y se concentra en la capital (Cayena) y en las planicies costeras. En 1986, Guadalupe y Martinica tenían, respectivamente, unos 333.400 y 331.000 habitantes, altas densidades demográficas (198 y 307), y bajas tasas de crecimiento demográfico anual (0,2% y 0,4%).

A pesar de algunas diferencias, los tres departamentos comparten muchos problemas de salud. El desempleo y la existencia de asentamientos de individuos marginados en las zonas periféricas de los centros urbanos y en zonas rurales apartadas siguen siendo uno de los principales problemas sociales.

Características demográficas

La elevada tasa de natalidad (27,9 por 1.000 en 1986) y la inmigración son las causas del rápido crecimiento de la población de la Guayana Francesa. Martinica tiene la tasa de natalidad más baja (18,0), pero la tendencia descendente observada desde 1975 se ha nivelado como consecuencia del aumento de mujeres en edad fértil; la tasa de natalidad de Guadalupe es de 19,1 por 1.000 habitantes.

El rápido crecimiento demográfico de la Guayana Francesa ha tenido importantes repercusiones en las condiciones de salud y ha originado la necesidad de recursos adicionales, una expansión de los servicios de atención maternoinfantil (el número de nacimientos se duplicó en 20 años), problemas sociales y urbanos vinculados con la rápida urbanización y dificultades en la provisión de acceso a los servicios de atención de salud a poblaciones dispersas que viven en regiones selváticas. Los inmigrantes de Suriname, que empezaron a llegar en 1986, representan actualmente el 15% de la población.

En 1986, el porcentaje de la población de menos de 15 años era 31,2% en Guadalupe y 32,9% en la Guayana

Francesa, donde continúa aumentando. Este porcentaje ha disminuido a 25,6% en Martinica en ese mismo año. Aunque la población de los tres departamentos es joven, la situación está cambiando gradualmente, en especial en Martinica: el porcentaje de la población de 60 y más años era 7,0% en la Guayana Francesa, 10,6% en Guadalupe y 12,4% en Martinica.

Se estima que la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres es, respectivamente, de 68 y 75 años en Guadalupe, 72 y 76 en Martinica y 65 y 74 en la Guayana Francesa.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Los tres departamentos tienen similares tasas brutas de mortalidad por 1.000 habitantes: 6,7 en Guadalupe, 6,5 en Martinica y 5,7 en la Guayana Francesa. En 1986, la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos fue 10,1 en Martinica, 15,3 en Guadalupe y 40,4 en la Guayana Francesa. Las tasas de mortalidad infantil y perinatal de los tres departamentos, que habían disminuido considerablemente durante 20 años, continuaron bajando —aunque más lentamente— durante el período 1981–1984.

Las tres primeras causas de defunción son, en orden descendente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las muertes violentas (accidentes, suicidios, envenenamientos). Como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las enfermedades infecciosas llegaron a ser de nuevo una de las principales causas de defunción.

Hasta 1982 creció el número de defunciones causadas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y diabetes, mientras disminuyó el provocado por enfermedades infecciosas y problemas perinatales; el número de muertes relacionadas con el alcohol siguió siendo bastante estable. Desde entonces, la tasa de mortalidad correspondiente a las enfermedades crónicas y los accidentes solo ha aumentado un poco, mientras las muertes vinculadas con el alcohol parecen haber descendido ligeramente, lo que sin duda contribuye a aumentar la esperanza de vida. Sin embargo, este progreso ya ha tenido su contrapartida en los tres departamentos por la situación

creada por el SIDA, que aparentemente puede provocar por sí solo una reducción de la esperanza de vida en los próximos tres años.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

El estado de salud de este grupo de población mejoró mucho durante los últimos 10 años. Sin embargo, la mortalidad infantil no ha experimentado cambios en la Guayana Francesa y la tasa de mortalidad perinatal no aumentó en los tres últimos años. La morbilidad y la mortalidad perinatales podrían reducirse más si mejorasen la atención prenatal y las condiciones en que se producen los partos y hubiese más acceso al control prenatal.

Los accidentes son una importante causa de defunción entre los niños; 85% a 90% de este grupo de población tiene problemas de salud oral, y los discapacitados, especialmente los mentales, son una pesada carga para el sistema de prestaciones de atención de salud. Por el contrario, las enfermedades diarreicas, las afecciones respiratorias agudas y las parasitosis intestinales ya no plantean problemas graves. La malnutrición se manifiesta únicamente en algunas minorías aisladas en la Guayana Francesa y la fiebre reumática aguda está en clara disminución.

Teniendo en cuenta el predominio de la transmisión heterosexual del SIDA y la elevada proporción de mujeres que padecen la enfermedad (una mujer por cada dos hombres), el SIDA en los niños está empezando a alcanzar niveles graves (30 casos hasta el 30 de junio de 1988). En 1987 nacieron en la Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica tantos niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como con anemia drepanocítica (2 por 1.000).

Merecen especial atención las poblaciones marginadas: las minorías étnicas y las poblaciones de las zonas periféricas de importantes ciudades y de ciertas regiones rurales. Es menester mejorar los servicios destinados a los niños discapacitados y emprender en gran escala actividades de prevención de caries dentales.

Durante el período 1982-1987 se desplegaron grandes esfuerzos para ampliar la cobertura y mejorar la evaluación de la vacunación. Sin embargo, todavía no se ha establecido ningún sistema de evaluación permanente de esa cobertura.

Salud del adulto

Todos los años, los accidentes de tráfico provocan lesiones en aproximadamente el 1% de la población de los departamentos. Estos accidentes constituyen por sí solos

la causa principal de la pérdida de años potenciales de vida en el grupo de 1 a 75 años. Aunque otros accidentes (en el hogar, en momentos de recreo o en el trabajo) son también causas importantes de morbilidad y mortalidad, no han merecido tanto estudio.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de defunción y el motivo del 10% de las admisiones hospitalarias en los tres departamentos. Mientras la hipertensión arterial y sus complicaciones son muy comunes, las cardiopatías son relativamente raras. Un estudio realizado en Guadalupe puso de manifiesto que 20% de la población adulta sufría de hipertensión.

El cáncer es el motivo del 8% de las admisiones hospitalarias en Guadalupe y Martinica. Los estudios efectuados en el registro de casos de cáncer en Martinica revelan una incidencia anual por 100.000 habitantes de 225 en los hombres y 171 en las mujeres. El cáncer más común en el hombre es el de próstata (25%) y el de cavidad oral y faringe (13%). En la mujer, el más frecuente es el de cuello uterino (28%) y de mama (20%). La incidencia del cáncer de pulmón, colon y recto es sumamente baja.

Aproximadamente 2% de la población sufre enfermedades mentales y quienes las padecen ocupan el 20% de las camas de los hospitales. El alcoholismo y sus consecuencias directas (neuropsiquiátricas y hepáticas) representan una importante causa de morbilidad y el 10% de las admisiones hospitalarias. En los últimos cinco años se efectuaron esfuerzos por combatir el abuso de alcohol y su resultado fue una disminución de las defunciones vinculadas con esta sustancia entre 1982 y 1987.

La diabetes es también una causa importante de morbilidad, que afecta al 6% de la población adulta de Guadalupe. Como consecuencia de la elevada prevalencia de la hipertensión y la diabetes, la insuficiencia renal crónica es asimismo un grave problema.

Se han desplegado esfuerzos específicamente encaminados a prevenir accidentes de tráfico; sin embargo, mucho queda por hacer en materia de prevención de las enfermedades crónicas: en efecto, se podrían evitar muertes vinculadas con el cáncer en la mujer mediante la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino. En los tres departamentos la prevención de las enfermedades cardiovasculares requiere tratamiento de la hipertensión y la diabetes. La diabetes y la obesidad se encuentran estrechamente relacionadas y muchas veces están presentes en el comienzo de las enfermedades cardiovasculares. Entre las principales medidas de prevención que se han adoptado se hallan actividades educativas cuidadosamente controladas y evaluadas, con las que se procura promover dietas con bajo contenido de azúcares y grasas. En caso de lograr éxito, se ampliará la esfera de estas actividades para que abarque a la mayor parte de la población.

Un reciente estudio efectuado en Guadalupe reveló que los médicos ya habían detectado el 90% de los casos de hipertensión arterial y el 80% de las diabetes. Sin embargo, tan solo uno de cada cinco pacientes con hipertensión seguía apropiadamente el tratamiento prescripto.

Salud del anciano

La población de ancianos está aumentando, principalmente en Guadalupe y Martinica. Los principales problemas de salud que se presentan en este grupo de edad son las enfermedades crónicas —particularmente las cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, hipertensión, trastornos cerebrovasculares), que representan el 40% de las defunciones de personas de 60 y más años— y el cáncer y la diabetes, particularmente de mujeres. Los accidentes y el alcoholismo ya no son una causa importante de morbilidad y mortalidad en este grupo de edad.

Un reciente estudio efectuado en Martinica puso de manifiesto que los problemas mentales relacionados con la edad son la causa principal del confinamiento de ancianos en centros especializados.

Problemas que afectaron a la población general

En el período 1982–1987 las catástrofes naturales no afectaron a ninguno de los tres departamentos. Sin embargo, la amenaza de huracanes, terremotos y erupciones volcánicas exige que se mantengan en vigencia los planes de socorro de emergencia en casos de desastre. La Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica han firmado acuerdos con países vecinos para coordinar las actividades de socorro en esos casos.

La tuberculosis tiene un nivel endémico bajo en Martinica y Guadalupe (15 casos por 100.000 habitantes) y está más generalizada en la Guayana Francesa (80 por 100.000). La incidencia y gravedad de la anquilostomiasis, la anguiluliasis y la ascariasis han disminuido, particularmente en Guadalupe y Martinica. La esquistosomiasis está en vías de extinción en Guadalupe y Martinica y no existe en la Guayana Francesa. En este último departamento, la leishmaniasis afecta a las poblaciones que viven en la región selvática y, en particular, a los inmigrantes recién llegados.

Si se mantienen las tendencias actuales, cabe esperar que la tuberculosis, la lepra y las enfermedades parasitarias intestinales sean muy poco frecuentes en los próximos 15 años. La incidencia de la fiebre reumática aguda también parece ir disminuyendo y los programas de prevención se están consolidando.

El número de casos de malaria ha aumentado en la Guayana Francesa a partir de 1970 (1.050 en 1983, 1.445 en 1986 y 3.233 en 1987), como consecuencia del de-

sarrollo de resistencia a la cloroquina. La organización de un programa de control de la malaria resulta fundamental en ese departamento.

En la actualidad el dengue es endémico. Las actividades de control del dengue y la fiebre amarilla fueron revisadas tras el desarrollo de planes de emergencia contra una epidemia potencial. Se está considerando la posibilidad de ampliar las actividades de control del mosquito.

El problema de salud más importante de los últimos tiempos ha sido la aparición del SIDA en todos los departamentos a partir de 1982. Tanto en la Guayana Francesa como en Guadalupe y Martinica, la epidemiología del SIDA se caracteriza por el predominio de la transmisión heterosexual (87%); la transmisión entre homosexuales (8%) y por suministro endovenoso de drogas (1%) representan un pequeño porcentaje de casos. El SIDA constituye actualmente el problema de salud más urgente en los tres departamentos. En 1987 se notificaron 81 casos nuevos (25 en la Guayana Francesa, 37 en Guadalupe y 19 en Martinica).

Cada departamento estableció un programa de prevención y control del SIDA para contener la transmisión del VIH. Estos programas persiguen cuatro objetivos estratégicos: vigilancia epidemiológica, prevención de la transmisión sexual y perinatal, higiene y seguridad en hospitales y profesionales, y reducción de la morbilidad y mortalidad vinculadas con el VIH.

Aunque sea difícil determinar la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, a partir del decenio de 1970 se observó un nuevo y considerable repunte. En 1987 el fenómeno se estabilizó y después empezó a declinar, probablemente como consecuencia de los cambios de conducta producidos por temor al SIDA.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Los sistemas de salud de los tres departamentos se ajustan al modelo de Francia, aunque presentan algunas variantes que reflejan sus características particulares.

Una ley promulgada en 1982 descentraliza a las regiones y departamentos las actividades operativas y administrativas y establece las siguientes jurisdicciones dentro del sector salud: el Estado (nivel del gobierno central) es el encargado de la administración de los fondos de la seguridad social y de los hospitales públicos y de la supervisión de otras instituciones o servicios, como la salud ambiental, el control de vectores, la salud mental, el alcoholismo y el uso indebido de drogas, las epidemias y la salud de los estudiantes; el nivel del departamento se

ocupa de la atención de la salud materno-infantil, las vacunaciones, el cáncer, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y la lepra, y el nivel de la región se encarga de los materiales, los equipos y las investigaciones.

La mayor parte de las actividades, tales como la atención de la salud mental, la salud materno-infantil y la salud de los estudiantes, están organizadas a nivel sectorial para permitir una cobertura completa. Sin embargo, hasta la fecha los diferentes sectores no han logrado cubrir las mismas áreas geográficas.

Durante el período 1982–1987 se llevaron a cabo acciones integradas de salud en materia de investigación, tratamiento y prevención con arreglo a órdenes de prioridad definidos y a un mejor conocimiento de las condiciones de salud de las poblaciones. Esta estrategia, que se desarrolló en la lucha contra el SIDA, debe ampliarse en el futuro, especialmente con respecto a las enfermedades crónicas.

Médicos generales que trabajan en forma particular proporcionan servicios de atención primaria de salud en todo el territorio de Guadalupe y Martinica y en las comunas de la zona costera de la Guayana Francesa. También están empezando a funcionar casas de salud y servicios de atención en el hogar para ancianos. Los dispensarios públicos, instalados en los tres departamentos, tienen a su cargo fundamentalmente la prestación de atención básica preventiva y constituyen el elemento final del sistema de atención primaria. Los dispensarios públicos de la Guayana Francesa proporcionan atención preventiva y curativa a las poblaciones rurales; los más grandes están equipados con una pequeña unidad hospitalaria y un laboratorio básico. La Guayana Francesa está dividida en ocho sectores, cada uno de los cuales es atendido por un médico que cuenta con la colaboración de un equipo paramédico.

Los hospitales públicos y las clínicas privadas proporcionan servicios de hospitalización; los propios hospitales y especialistas que ejercen en consultorios privados brindan atención ambulatoria especializada. Los centros de salud regionales de Fort-de-France (Martinica) y Pointe-à-Pitre (Guadalupe) son los que fundamentalmente se encargan de servicios muy especializados, como neurocirugía, tratamiento de quemaduras, oncología, medicina nuclear y tomografía axial computadorizada. Algunos pacientes que necesitan cuidados especiales se trasladan a establecimientos más complejos de Francia u otros países.

En 1983 se inauguró en Martinica una unidad de atención médica de urgencia y en 1984 y 1987 se establecieron unidades móviles de emergencia en la Guayana Francesa y Guadalupe, respectivamente. Forman parte de estos sistemas las cuadrillas de incendio y de rescate. Se utiliza una amplia red de ambulancias de propiedad privada para el transporte de pacientes que no constituyen urgencias.

Las transfusiones de sangre se realizan en los centros que funcionan tanto en Guadalupe como en Martinica y en la unidad con que cuenta el Hospital de Cayena. Los análisis de laboratorio se llevan a cabo en los servicios de los hospitales y en muchas instituciones privadas. En la Guayana Francesa y Guadalupe funcionan sendos Institutos Pasteur.

Las farmacias privadas (al menos una en cada comuna) y los dispensarios públicos instalados en la región selvática de la Guayana Francesa se encargan de suministrar medicamentos.

La atención preventiva abarca la salud ambiental (abastecimiento de agua y control de los servicios sanitarios, higiene de los alimentos y seguridad laboral, higiene doméstica), la higiene social (tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual, vacunaciones), los servicios de supervisión de la salud mental y el alcoholismo y de prevención del uso indebido de drogas, la parasitología, el control del *Aedes aegypti* y el SIDA. Los servicios de atención de la salud materno-infantil (control pre y posnatal) y de la salud en las escuelas (control de la salud de los estudiantes) también comprenden la atención preventiva de la salud de la familia. Las instituciones privadas participan activamente en la organización de medidas de prevención, que incluyen educación en salud, alcoholismo, planificación familiar y SIDA.

Todos los minusválidos, niños y adultos, son examinados y atendidos en establecimientos que prestan servicios medicosociales. Aunque en los últimos tiempos estos establecimientos han logrado importantes conquistas, los niños y adultos discapacitados siguen siendo enviados a Francia.

Entre 1982 y 1987 se organizaron actividades de investigación aplicada en epidemiología, inmunología, parasitología, bacteriología, entomología, virología y genética. Las investigaciones se ampliaron como consecuencia de la descentralización del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica.

En los tres departamentos se crearon unidades regionales de observación del estado de salud de la población para recolectar y difundir datos que contribuyan a mantener la vigilancia epidemiológica y permitan apoyar el proceso de toma de decisiones.

La razón de camas de hospitales públicos y privados por 1.000 habitantes es de 8,9 en la Guayana Francesa, 10,5 en Martinica y 11,2 en Guadalupe. Las camas empleadas en las salas de medicina general, cirugía, ginecología y obstetricia representan el 75% del total; los pacientes psiquiátricos ocupan el 15% y los que permanecen en los servicios de convalecencia o rehabilitación, el 10% restante.

En el período 1982–1987 se abrieron dos modernos hospitales regionales en Fort-de-France y Pointe-à-Pitre. Aunque los hospitales públicos de la Guayana Francesa

y Guadalupe han sido renovados, muchos de ellos siguen siendo anticuados.

Gradualmente se han ido adquiriendo elementos como aparatos de hemodiálisis, aceleradores de partículas, cámaras de centelleo de rayos gamma, rayos laser oftalmológicos y equipos de tomografía axial computadorizada, lo que ha permitido reducir el número de pacientes que tienen que ser trasladados a Francia.

Financiamiento de los servicios de salud

El sistema de seguro social cubre 80% del costo de la atención médica, que representa la parte más gravosa de los gastos del sector salud. Los gastos de prevención son compartidos por el Estado y los departamentos/regiones; estos últimos también sufragan el costo de la atención médica gratuita de los residentes que carecen de la protección del seguro social.

Los esfuerzos por controlar los gastos de salud, que empezaron a desplegarse en 1979, se intensificaron durante 1982-1987. Como la tasa de crecimiento demográfico de la Guayana Francesa es de aproximadamente 4% anual, será difícil satisfacer las necesidades de este departamento en materia de salud si no se aumentan los recursos disponibles.

En el pasado, los presupuestos de salud eran cada vez mayores y permitían, por un lado, la aceleración de los esfuerzos por recuperar el terreno perdido y, por el otro, la creación de unidades que se ocupaban de los problemas que iban surgiendo. Ya no es así. Tanto los criterios de salud y demográficos como la modificación del número de personal médico y paramédico se han de considerar cuando se reasignan o aumentan los presupuestos departamentales del sector salud.

Dada la complejidad del sistema de salud, es probable que las acciones conjuntas emprendidas por el Estado, las regiones y los departamentos resulten más eficaces y entrañen una utilización más eficiente de los recursos.

Recursos humanos

Los tres departamentos presentan razones similares de tipos seleccionados de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes (Cuadro 1); estas razones han aumentado rápidamente en los 15 últimos años. En 1986 había

CUADRO 1

Recursos humanos en salud por 10.000 habitantes, Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica, 1986.

	Guayana Francesa	Guadalupe	Martinica
Médicos	17,7	14,7	15,7
Enfermeras	53,9	35,0	34,1
Dentistas	4,8	3,4	4,1
Farmacéuticos	4,2	5,0	5,0

15 médicos por 10.000 habitantes (60% médicos generales y 40% especialistas), el doble de los existentes en 1972. La mayor parte de los médicos y, particularmente, de los especialistas se concentran en las capitales de cada departamento. En vista de la cantidad de estudiantes de medicina que se sigue capacitando, cabe esperar que el número de médicos aumente todavía más durante los próximos años. En 1986 había cuatro dentistas por 10.000 habitantes, también el doble de los de 1972.

La razón de personal de enfermería fue de aproximadamente 35 por 10.000 habitantes en 1986. Aunque el número de enfermeras también se duplicó entre 1972 y 1987 como consecuencia de la creación de muchos empleos en el sector público (principalmente en los hospitales) a principios del decenio de 1980, el ritmo de la tendencia se hizo más lento de 1982 a 1984.

La razón de parteras por 1.000 nacimientos es de 22 en Martinica, 14,2 en Guadalupe y 11 en la Guayana Francesa; la existencia de una escuela de parteras en Martinica explica el alto valor registrado en ese departamento. El número de parteras se multiplicó por 1,5 de 1972 a 1983.

Los programas de capacitación ofrecidos en asociación con los hospitales grandes brindan formación práctica en el empleo al personal de enfermería y auxiliar.

Hay cinco farmacéuticos por 10.000 habitantes en Guadalupe y Martinica y cuatro por 10.000 en la Guayana Francesa; casi todos tienen su propia farmacia. El número de farmacéuticos se duplicó entre 1972 y 1986.

Se ha decidido crear unidades departamentales de capacitación e investigación para que proporcionen a los estudiantes de medicina que están terminando su carrera las etapas finales de formación. La primera parte de la enseñanza todavía se suministra en Francia.

GUYANA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Guyana se independizó de Gran Bretaña en 1966 y se convirtió en república cooperativa dentro de la Mancomunidad Británica en 1970. La constitución de 1980, en la que se incorpora la filosofía socialista y la política de no alineamiento del Gobierno, estableció el Congreso Nacional de Organos Democráticos Locales, el Parlamento y el Supremo Congreso del Pueblo como órganos deliberativos centrales; la Presidencia y el Gabinete son los máximos órganos ejecutivos. El país, cuya extensión territorial es de 214.970 km², está dividido en 10 regiones administrativas, cada una de las cuales está regida por un consejo democrático regional dirigido por un presidente.

Los recursos naturales incluyen bosques, oro, diamantes y bauxita. La economía se basa en la producción y exportación de azúcar, arroz y bauxita. Se trabaja vigorosamente por exportar otros productos como madera, pescado, langostinos, frutas y verduras, con el fin de diversificar la base económica del país.

La planificación económica centralizada está bajo la dirección de la Secretaría de Estado de Planificación. La economía tuvo un crecimiento real de menos de 1% en 1986 y 1987 y esa tasa se redujo a -3% en 1988. En ese año, el producto interno bruto (PIB) fue de unos \$US28.570.000 y se distribuyó de la manera siguiente: agricultura y minería, 44,2%, manufacturas y construcción, 13,4% y servicios, 42,3%. La economía se ha visto adversamente afectada por una producción subnormal de rubros de exportación de importancia crítica como azúcar y bauxita, y hay una escasez permanente de divisas. Se estima que la inflación es de más de 25% anual. Está próximo a establecerse un programa de recuperación económica.

El tipo de cambio oficial introducido en abril de 1989 (\$G33 = \$US1) representó un aumento de más de 230% en relación con el anterior; esa devaluación fue acompañada de un incremento de 20% en los salarios pagados en el sector público.

Hay escasez de vivienda de costo módico que esté al alcance de la población, especialmente en el medio urbano. La mayor parte de la zona del litoral sufre graves

inundaciones cuando la lluvia es copiosa, situación que puede representar peligros para la salud.

El alfabetismo sigue siendo relativamente elevado y se sitúa en 81%. De un total de 217.955 estudiantes matriculados en el sistema educativo en 1986-1987, 11,6% estaban en jardines de infancia, 61,8% en escuelas primarias, 23,5% en escuelas secundarias, 1,9% en escuelas técnicas o vocacionales y 1,2% en planteles de nivel terciario.

En las regiones costeras existe una red de carreteras pavimentadas que se extiende por unos 724 km a lo largo de la costa y de las riberas oriental y occidental de los ríos Demerara y Berbice; unos 2.414 km de caminos sin pavimentar y senderos llevan a lugares del interior. Este se comunica con la mayoría de las principales zonas sobre todo por vía aérea, pero el servicio es costoso y poco fiable.

Características demográficas

En 1986, la población del país se estimaba en 756.072 habitantes, con una proporción casi igual de hombres y mujeres; 83% de la población vive en la llanura costera y el 17% restante, dispersa en poblados, aldeas y asentamientos del interior. Un 36% de la población vive en zonas urbanas y 70% de esta reside en Georgetown, la capital. En 1985, las mujeres de edad reproductiva (de 15 a 44 años) representaron 23% de la población, los niños menores de 5 años, 13%, los de 5 a 14 años, 28% y las personas mayores de 60, 6%, lo que dio como resultado una elevada tasa de dependencia.

La población está formada por indios, negros, chinos, amerindios, blancos y varias mezclas. Los dos primeros grupos citados representan más de 80% de la población. La tasa de crecimiento demográfico anual se ha reducido constantemente desde 1960, de 3,25% en ese año a 0,78% en 1986. Los principales factores a los que puede atribuirse esa situación son una nutrida emigración y una baja de la tasa bruta de natalidad. Esta última se estimó en 23,8 por 1.000 habitantes en 1986 y se ha reducido constantemente desde 1970, cuando se situó en 33,7 por 1.000.

La tasa bruta de defunción aumentó de 6,8 a 7,9 por 1.000 habitantes entre 1970 y 1986. La mortalidad en los hombres ha sido constantemente mayor que en las

mujeres, con una diferencia de 767 defunciones en 1984 (2.774 de hombres y 2.007 de mujeres). La esperanza de vida al nacer ha aumentado constantemente en los últimos 40 años y en 1986 la de los hombres fue de 65,8 y la de las mujeres, de 70,8. La tasa total de fecundidad en 1986 fue de 2,8 hijos por mujer.

Las discrepancias entre la migración neta notificada y la aparente han ocasionado una diferencia entre las estadísticas de población oficiales y oficiosas, las tasas de crecimiento demográfico y las estimaciones de población hechas entre un censo y otro. La emigración representa una fuga importante del segmento de personas más jóvenes e instruidas de la población. Sin duda alguna, ese proceso afectará a la estructura de la población a largo plazo.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Las estadísticas nacionales muestran que las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de defunción de personas de todas las edades notificadas en conjunto en 1979 y el primer lugar en 1984, cuando causaron 13,1% de las defunciones, excluidas las atribuibles a causas mal definidas. La clase correspondiente a enfermedades de otras partes del sistema digestivo ocupó el segundo lugar en 1984, pero en ese año las enfermedades infecciosas intestinales se incluyeron en un grupo de causas, en tanto que en 1979 se notificaron por separado. Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas causaron 45,8% de las 559 defunciones atribuibles a ese grupo de causas en 1984. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón ocuparon el tercer lugar en 1984, con 421 defunciones (9,9% de las defunciones, excluidas las atribuibles a causas mal definidas) (Cuadro 1). Las defunciones ocasionadas por síntomas y estados morbosos mal definidos representaron 13,2% del total en 1979 y 10,8% en 1984.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La incidencia de bajo peso al nacer en 1982 y 1984 fue de 18,4% y de 19,5% de todos los nacimientos, respectivamente. En una encuesta realizada en 1986 se de-

terminó que la incidencia de nacimientos de niños vivos con un peso inferior a 2.500 g fue de 20,7% entre los indios y de 20,3% entre los negros. Las bajas concentraciones de hemoglobina durante el embarazo pueden guardar relación con la insuficiencia de peso al nacer, aunque la atención prenatal deficiente se considera a menudo como el factor causal.

Entre 1984 y 1985, cerca de 10% de todos los nacimientos fueron atendidos a domicilio por parteras. La tasa de prematuridad fue de 4,7% y de 3,3%, respectivamente, en 1986 y 1987, cifra superior a la registrada durante 1984-1985. La tasa de partos de feto muerto fue también elevada (10,8 por 1.000 nacimientos en 1987). Aunque la tendencia se redujo en comparación con la de 1984, cuando se situó en 11,8 por 1.000 nacimientos, la de 1987 fue superior a la de 1985 (10,2 por 1.000 nacimientos) y 1986 (7,2 por 1.000 nacimientos).

En 1985, cerca de 51% de todos los nacimientos de que se tuvo noticia en Guyana fueron atendidos en el Hospital de Georgetown; en 1984-1987, 91,4% de los nacimientos fueron normales y 6,0% exigieron operación cesárea. La tasa de prematuridad representó cerca de 5% del número de nacidos vivos; la tasa de nacidos muertos fue elevada, con una proporción de 20 por 1.000 nacimientos; la tasa de mortalidad neonatal también fue elevada, con una cifra sin precedentes de 31,1 defunciones por cada 1.000 niños nacidos vivos en 1986.

Las tasas de nacidos muertos en partos atendidos a domicilio por parteras y en el hospital fueron elevadas y sugieren una alta tasa de mortalidad perinatal. En la encuesta citada, que se realizó en 1986, se notificó una tasa conjunta de nacidos muertos en el hospital y en el hogar de 23 por 1.000 nacimientos.

En el Cuadro 2 se indica la tasa bruta de defunción, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años en 1979, 1984 y 1986. Se observaron incrementos de todas esas tasas durante el período.

En 1984, el último año sobre el que se dispone de datos, hubo 549 defunciones de niños menores de 1 año. Las deficiencias de la nutrición, la principal causa de defunción, ocasionaron 23,8% de las defunciones infantiles, excluidas las atribuibles a causas mal definidas; en 1979 las deficiencias de la nutrición ocuparon el cuarto lugar en importancia. Las enfermedades de otras partes del sistema digestivo ocuparon el segundo lugar entre las principales causas, con 18,1% de las defunciones, excluidas las atribuibles a causas mal definidas. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal ocuparon el tercer lugar, con 12,3%. Esa fue la principal causa de mortalidad infantil en 1979 y ocasionó 25,0% del total, excluidas las defunciones por causas mal definidas. El número de defunciones por síntomas y estados morbosos mal definidos fue de 29 (5,3%) en 1984, lo que representa una reducción en comparación con la cifra de 82 (11,1%) registrada en 1979.

CUADRO 1				
Principales causas de defunción y tasas por 100.000 habitantes, Guyana, 1984 y 1979.				
Causas de defunción (en orden de importancia en 1984)	1984		1979	
	Lugar ocupado	Tasa	Lugar ocupado	Tasa
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	1	76.2	2	65.2
Enfermedades de otras partes del sistema digestivo (530-579)*	2	70.9	7	30.5
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (415-429)	3	53.9	1	88.9
Otras enfermedades del aparato respiratorio (466, 480-519)	4	37.1	3	54.2
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)	5	33.1	4	41.0
Enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (240-259, 270-279)	6	33.2	8	25.7
Deficiencias de la nutrición (260-269)	7	31.8	7	14.1
Otra violencia (E970-E999)	8	23.4	—	...
Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	—	...	5	39.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)	—	...	6	39.2
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	—	65.7	—	89.0

*En 1984, este grupo de causas incluyó las enfermedades infecciosas intestinales (001-009), notificadas por separado en 1979.

Fuente: Unidad de Estadística, Ministerio de Salud.

CUADRO 2			
Tasa bruta de defunción, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años, Guyana, 1979, 1984 y 1986.			
Tasa (por 1.000)*	1979	1984	1986
Tasa bruta de defunción	7.1	7.6	8.0
Mortalidad infantil	33.5	45.0	49.0
Tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años	2.7	3.4	4.4

*Tasa de mortalidad infantil por 1.000 niños nacidos vivos.
Fuente: Unidad de Estadística, Ministerio de Salud.

En 1984, las principales causas de defunción, en orden descendente, entre los niños de 4 años fueron las enfermedades de otras partes del sistema digestivo (33% de las defunciones, excluidas las atribuibles a causas mal definidas), las deficiencias de la nutrición (18% de las defunciones, excluidas las atribuibles a causas mal definidas) y otras enfermedades del aparato respiratorio (8%, excluidas las atribuibles a causas mal definidas). En total, hubo 201 defunciones en ese grupo de edad.

Aunque los datos están incompletos, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas siguen siendo las principales causas de morbilidad infantil en el país. Con excepción de la gastroenteritis y la malaria, no existe información sobre la incidencia de enfermedades por grupo de edad. Más del 90% de todos los casos de gastroenteritis notificados de 1984 a 1988 ocurrieron entre los niños menores de 5 años.

En los pabellones pediátricos del hospital de Georgetown, la gastroenteritis representó, en promedio, 29,1% del total de ingresos en 1984-1988, con reducciones en 1987 (23,5%) y 1988 (22,5%). Esa enfermedad fue la causa de 39,2% de las defunciones en la unidad pediátrica, con una tasa de letalidad de 22%.

Las estadísticas de salud muestran un aumento del número de casos de neumonía e influenza notificados entre 1985 y 1987. En el último año citado, se notificaron 254 casos de neumonía entre los niños menores de 5 años.

De octubre de 1987 a febrero de 1988 hubo un brote de sarampión agudo en las regiones del interior. El brote causó una tasa importante de mortalidad en el grupo menor de 20 años y muchos casos se complicaron con neumonía, quizá porque la atención médica se buscó demasiado tarde. En todo el país se identificaron oficialmente unos 500 casos de sarampión y se notificaron 43 defunciones. Este brote ocurrió por la baja cobertura de inmunización de la población susceptible.

En febrero de 1989 hubo un brote de tos ferina en la Región I (Barima-Waini) que dejó un saldo de 131 casos notificados, sin que se hubiera registrado ninguna defunción. Ese brote fue causado por falta de equipo de refrigeración apropiado que impidió dar la suficiente cobertura de inmunización.

En 1982 se realizó una encuesta de salud oral entre la población escolar. De acuerdo con lo notificado por el Jefe de Servicios Dentales, los resultados de dicha encuesta indicaron que la prevalencia de caries dental, identificada según las normas de la OMS, era elevada entre los niños de 6 años y baja entre los de 12.

Entre 1983 y 1986, en promedio, 57,0% de los niños hasta de 5 años de edad tratados en los dispensarios demostraron ser normales según la clasificación de malnutrición de Gómez, aunque el porcentaje fue ligeramente mayor en 1986 (59,5%). En 1985 y 1986 las cifras correspondientes al grado I se redujeron a 32,4% y a 30,1%,

CUADRO 3

Distribución porcentual de los casos de malnutrición de niños menores de 1 año y de 1 a 2 años tratados en los dispensarios, según la clasificación de Gómez, Guyana, 1986.

Clasificación	Menores de 1 año	De 1 a 2 años
Normal	76,4	44,3
Grado I	18,4	41,7
Grado II	4,3	12,1
Grado III	0,9	1,9

Fuente: Departamento de Salud Materno-infantil, Ministerio de Salud.

respectivamente, pero las de los grados II (9,1%) y III (1,3%) permanecieron elevadas.

En 1986 las diferencias en el estado nutricional en los años primero y segundo de vida fueron notables en todos los grados de clasificación (Cuadro 3). En ese año, el número de niños normales fue un 32% inferior en el grupo de 12 a 23 meses en comparación con el de menos de 11 meses.

En 1987 se realizó en todas las regiones una encuesta nutricional bajo la dirección del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Se examinaron las fichas clínicas de unos 36.095 niños menores de 5 años, que representaron casi 60% de la población total de ese grupo. Según el gráfico de crecimiento del Caribe, se determinó que alrededor de 23% de los niños estaban malnutridos y que la mayor proporción se encontraba en las Regiones VI y X.

De los 37.000 escolares examinados entre 1984 y 1986, más de 25% tenía algún problema de salud. En 1984 y 1986 un promedio de 9% recibió el diagnóstico de "palidez", denotativo de anemia, y en 1985 y 1986 hubo una elevada incidencia de problemas dentales (15,4% y 20,6%, respectivamente, entre la población infantil).

En el Cuadro 4 se presenta el porcentaje de niños menores de 1 año (basándose en estimaciones de la población) completamente inmunizados contra tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión entre 1984 y 1988. El grado de cobertura con todas las vacunas durante el período fue inferior al establecido en la meta del Programa Ampliado de Inmunización.

En diversas regiones se logró un grado diferente de cobertura de inmunización en el período en análisis y en las Regiones VII, VIII y IX se observó un grado mínimo con respecto a todas las enfermedades. Los principales problemas fueron la ineficacia de las instalaciones de la cadena de frío y la inaccesibilidad de las comunidades, aunque la falta de supervisión adecuada en el ámbito regional y de actividades de comunicación social consti-

CUADRO 4					
Porcentaje de niños menores de 1 año completamente inmunizados, según el tipo de vacuna, Guyana, 1984-1988.					
Vacuna	1984	1985	1986	1987	1988
BCG	—	—	75,5	68,6	64,0
DPT	69,8	75,0	63,7	67,0	64,3
Antipoliomielítica oral	66,8	77,2	67,0	76,7	69,4
Antisarampionosa	56,0	39,5	42,2	52,2	55,2

Fuente: Departamento de Salud Materno-infantil, Ministerio de Salud.

tuyeron también factores de importancia. El sistema de vigilancia del país necesita una mejora general.

Entre las principales causas de las tasas de deserción en el interior están la falta de información de los padres de familia sobre las vacunas ofrecidas, las grandes distancias que deben recorrer los padres con los hijos, la poca puntualidad de los equipos de vacunación y el temor a los efectos secundarios de las vacunas.

En abril de 1988 se inició un nuevo proyecto cuatrienal del PAI, con campos de acción, objetivos y actividades definidos y resultados previstos. Este proyecto es patrocinado conjuntamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la OPS, el UNICEF, el Club Rotario Internacional y el Ministerio de Salud.

Salud de los adolescentes y adultos

La información sobre mortalidad en este grupo de la población indica que los traumatismos son una de las causas de defunción más comunes. Los accidentes automovilísticos representan un gran porcentaje de las defunciones.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de defunción en Guyana; sin embargo, el infarto del miocardio no es la causa más importante entre ellas. De acuerdo con los datos más recientes sobre tasas de mortalidad (Ministerio de Salud, julio de 1988), el número de pacientes que sufrieron de diabetes e hipertensión no se ha reducido en los últimos años.

Las enfermedades de transmisión sexual al parecer han aumentado, aunque no es posible confirmar eso por falta de datos.

Los servicios de salud materna siguen revelando varios problemas, uno de los cuales es la anemia durante el embarazo. Las estadísticas de los centros de salud mostraron que en 1987 70,5% de las mujeres examinadas tenían una concentración de hemoglobina inferior a 11g/100 ml. En 1985, un menor porcentaje de mujeres em-

barazadas (56,6%) tenía concentraciones de hemoglobina inferiores a 11g/100 ml.

Una encuesta por muestreo de las fichas de los dispensarios de atención prenatal y salud infantil efectuada en 1986 indicó que 5,4% de las embarazadas tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a 8g/100 ml (anemia grave), 25,5%, entre 8g/100 ml y 10g/100 ml (anemia moderada) y 27,5%, entre 10g/100 ml y 11g/100 ml (anemia leve). En una encuesta realizada en 1985 por el Ministerio de Salud se notificaron resultados similares. En ambas encuestas se determinó que las concentraciones mínimas de hemoglobina eran más prevalentes en el tercer trimestre de embarazo. En algunos estudios de seguimiento se descubrió que la deficiencia de hierro era el principal factor contribuyente a la anemia.

En 1987 solo 33% de las madres acudieron a dispensarios de atención prenatal antes de las 22 semanas de gestación, lo que indica que, pese a los programas de educación, la comunidad no está consciente de lo que es el embarazo y son deficientes las actividades de promoción de la atención durante el mismo en el centro de salud. El número de embarazos de adolescentes es motivo de preocupación.

La tasa de mortalidad materna fue de 0,4 por 1.000 nacidos vivos en 1979 y de 0,6 en 1984; no se dispone de estadísticas nacionales sobre años subsiguientes. La mortalidad materna en el hospital de Georgetown aumentó a 2,7 por 1.000 nacidos vivos en 1985 y se redujo a 1,7 por 1.000 en 1987. Las principales causas de mortalidad materna son toxemia durante el embarazo, hemorragia y sepsis puerperal.

Se notificaron en promedio 7.874 accidentes ocupacionales anualmente de 1985 a 1986, una reducción en comparación con los 9.150 notificados en el período anterior, pero aun así una cifra alarmante si se considera la pequeña población del país. La industria del azúcar fue la más afectada, con una tasa de 95%; la de la bauxita solo registró 4,7%.

Salud del anciano

Los trastornos más importantes de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, más frecuentes cuando hay hipertensión, diabetes o ambas cosas. Son el resultado de la aterosclerosis, que se encuentra muy propagada y causa ataques cardíacos, apoplejía y trastornos mentales. Además, predominan la gangrena de las extremidades inferiores y otras manifestaciones de isquemia resultantes de las enfermedades vasculares periféricas. También se observaron hipertensión, diabetes, diversas clases de artritis y problemas del sistema musculoesquelético. La discapacidad permanente es otro problema frecuente y entre sus principales causas están la apoplejía y la ceguera. Los impedimentos visuales graves constituyen un problema de importancia y las cataratas siguen siendo la principal causa de ellos.

Los servicios hospitalarios de atención ambulatoria y de casos agudos están a cargo del sistema regional de atención de salud y del hospital The Palms, una institución que también presta servicios ambulatorios generales a grupos de todas las edades. Existen 18 residencias donde, por lo general, se atiende a los ancianos que están relativamente bien y se pueden cuidar a sí mismos, pero en ellas no se ofrecen servicios médicos.

Problemas que afectaron a la población general

De 1985 a 1987 la malaria fue la enfermedad parasitaria infecciosa más prevaleciente y la causada por *Plasmodium falciparum* se propagó en forma epidémica por el oeste del país. Aunque las zonas costeras habían estado prácticamente exentas de malaria desde los años 50, la exacerbación de la enfermedad en el interior y los crecientes desplazamientos de la población entre las dos zonas han llevado a la detección de casos de malaria importados de varios lugares a lo largo de la costa. Dado eso y si las condiciones son apropiadas para la transmisión a lo largo del litoral, la malaria se propagará una vez más a esa populosa zona del país, a menos que se tomen medidas de control eficaces en las zonas endémicas.

El número de casos de malaria aumentó de 3.006 en 1984 a 35.451 en 1988, lo que equivale a una tasa de morbilidad de 4.510 por 100.000. *P. falciparum* fue la especie predominante en más de 65% de los casos. El uso indiscriminado de medicamentos antimaláricos en las zonas endémicas podría acentuar la ya evidente farmacoresistencia de *P. falciparum*. *Anopheles darlingi* es el principal vector de malaria en las zonas endémicas.

La filariasis de Bancroft es un grave problema de salud pública, sobre todo en la capital, donde *Culex quinquefasciatus*, el principal vector que interviene en su transmisión, se encuentra en grandes densidades.

Aunque solo se han notificado en el país casos esporádicos de fiebre amarilla selvática, la elevada densidad de *Aedes aegypti* en las zonas urbanas es motivo de preocupación. Puesto que este mosquito propaga también la fiebre del dengue en otros países del Caribe y de América Central y del Sur, la introducción de personas infectadas al país podría producir una epidemia.

Siguieron registrándose casos de leishmaniasis cutánea y de la enfermedad de Chagas en los últimos años, pero la información sobre la propagación e importancia de esas infecciones en el interior está todavía incompleta.

Siguió en marcha el programa de control de la lepra, parcialmente financiado por la Asociación Holandesa de Socorro para la Lepra. El número de pacientes que se registraron para quimioterapia se redujo desde 1982; en 1986, había 152 pacientes registrados para tratamiento ambulatorio específico.

Aunque a fines de 1982 había un supuesto caso de SIDA, el primer caso no se notificó oficialmente sino hasta 1987. El número acumulativo de personas infectadas por el VIH hasta febrero de 1989 era de 50, incluidas cinco mujeres. Veintiséis de esas personas infectadas tuvieron los signos y síntomas característicos del SIDA y 25 murieron, incluso las cinco mujeres. En febrero de 1989 había 24 hombres clasificados en la categoría II del cuadro clínico de la infección (asintomática) por el VIH. La mayor prevalencia se observa entre homosexuales/bisexuales y en el grupo de 25 a 29 años. Es casi seguro que esta sea una subestimación de la verdadera magnitud del problema, dada la detección insuficiente de casos de SIDA y la falta de evaluación de seroprevalencia del VIH en diversos grupos de población.

A mediados de 1987, el Ministerio de Salud nombró un comité nacional del SIDA y se preparó un plan nacional de prevención y control de esa enfermedad a corto plazo, que se concentró sobre todo en actividades de información y educación y en el fortalecimiento de la infraestructura para el seguimiento y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Un proyecto trienal de la Comunidad Económica Europea (CEE) proporciona también equipo y suministros para mejorar los servicios de transfusión sanguínea, incluso para crear un laboratorio nacional para detectar infecciones por el VIH en donantes de sangre y apoyar la evaluación epidemiológica y clínica.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud y capacidad instalada

El Ministerio de Salud se encarga de establecer las normas nacionales de salud y de proteger la salud de todos

los ciudadanos y prestarles los servicios asistenciales necesarios. Vigila las normas sanitarias, establece políticas de salud, prepara y realiza planes y programas de salud, fiscaliza la calidad de los alimentos y medicamentos, supervisa lo relativo al suministro de agua potable y establece estatutos y reglamentos sobre todos los asuntos de salud pública. En 1987 se estableció un organismo para que se encargara de la educación en ciencias de la salud, el medio ambiente y la política alimentaria, con el fin de formular políticas y planes en esos campos y, con aprobación del Ministro correspondiente, ponerlos en práctica.

El sistema de salud de Guyana está formado principalmente por instituciones del sector público, aunque los hospitales privados y los médicos en ejercicio desempeñan una función importante. En cada región existe un consejo democrático regional apoyado por los consejos de distrito y de barrio. Los órganos democráticos locales se encargan de administrar los servicios de salud dentro de la región y el Ministerio de Salud realiza una función coordinadora.

Los servicios de salud se dividen en cinco niveles de atención. El nivel I consta de un puesto de salud, dotado de un trabajador de salud comunitario, que cumple sus funciones en los sectores populares de la comunidad. Hay 65 puestos de salud del nivel I localizados en seis de las 10 regiones. La atención del nivel II se presta por conducto de 104 centros de salud distribuidos en las 10 regiones y en Georgetown y dotados de auxiliares médicos, visitantes de salud, parteras, oficiales de salud ambiental y auxiliares de enfermería. La atención del nivel III se concentra en los hospitales de distrito, que existen en ocho de las regiones. La del nivel IV es prestada por hospitales regionales que existen en cuatro de las regiones y ofrecen servicios de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría. El nivel V consta de un hospital nacional de referencia en Georgetown y de tres hospitales especializados (psiquiátrico, infantil y uno para personas indigentes y ancianas). Seis de los siete hospitales particulares de Guyana se encuentran en Georgetown.

Las amplias políticas y los objetivos del sistema nacional de salud incluyen la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil (especialmente mortalidad materno-infantil); la reorganización de la estructura administrativa y el sistema de los servicios de salud; la mejora del proceso de planificación y programación de salud; el desarrollo de recursos humanos; la mejora del estado nutricional de la población; la mejora de los servicios de salud dental; el establecimiento de programas eficaces de control de vectores (particularmente de malaria); la mejora de los servicios de salud ambiental; el fortalecimiento de los servicios de educación pública; y la mejora y expansión de los servicios e instalaciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Producción de servicios y tecnología

En 1985 las consultas a servicios ambulatorios por habitante oscilaron entre 0,3 en las Regiones V y X y 3,6 en la Región VII. Los estudios efectuados han demostrado que muchos pacientes de las Regiones III y IV pasan por alto las instituciones locales y van directamente al hospital de Georgetown, lo que sugiere que los pacientes prefieren los servicios especializados y el acceso a los medicamentos y suministros médicos que ofrece ese establecimiento.

Los ingresos a los hospitales de todo el país son de unos 70.000 anuales y de 40 a 45% de esa cifra corresponde al hospital de Georgetown.

Los principales servicios de laboratorio se prestan en el hospital de Georgetown y existe un limitado número de servicios similares en los demás hospitales de las regiones. El gobierno ha establecido un servicio de banco de sangre que facilita los exámenes de detección del VIH. En los últimos años ha habido en Guyana una aguda escasez de medicamentos por falta de divisas. Sin embargo, en 1988, la Empresa Farmacéutica Nacional concluyó y puso en servicio una nueva fábrica para aumentar su actual producción limitada de medicamentos y reducir la necesidad de disponer de divisas para su compra.

Financiamiento de los servicios de salud

Los fondos del sector de salud pública provienen de rentas generales, donaciones y préstamos. La política nacional consiste en prestar atención de salud gratuita. Sin embargo, se cobra una pequeña suma por recetas y servicios dentales prestados a todos los pacientes ambulatorios, excepto a los niños, las mujeres embarazadas y los pensionados. En el hospital de Georgetown se prestan además servicios de internado particulares. A causa de graves restricciones presupuestarias, en los últimos años los gastos del sector de salud pública han correspondido sobre todo a costos ordinarios (96% del presupuesto total de 1986 y 1987). Por lo general, el gasto de capital se limita a reparaciones urgentes. Las asignaciones para costos ordinarios en el sector público fueron de \$G99,3 millones en 1986 y \$G137,4 millones en 1987, un incremento de 38,4%. El presupuesto de salud representó 6,75% (1986) y 6,5% (1987) del presupuesto total del gobierno. Los gastos de capital del sector de salud ascendieron a \$G4,1 millones en 1986 y \$G5,7 en 1987. De 1985 a 1988 los costos de personal absorbieron 54% de los gastos ordinarios de los hospitales y centros de salud. Eso era de esperarse si se consideran las restricciones de sueldos y el alto costo de las importaciones de suministros y equipo.

Recursos humanos

Hay una acentuada escasez de recursos humanos en el sector de salud pública (Cuadro 5). Es posible que continúe esa situación con la emigración de profesionales de salud y la incapacidad del sector público para atraer y mantener esa clase de profesionales. Noventa por ciento de los médicos están en el sector de salud pública, ya que la mayoría de los médicos y de otros profesionales de salud del sector privado son también empleados del sector público. El Gobierno ha tomado medidas en muchos frentes para resolver este problema, entre ellas el establecimiento de una facultad de medicina y el fortalecimiento de los programas de salud ofrecidos en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana.

CUADRO 5

Número de trabajadores de salud y razón por 10.000 habitantes, Guyana, 1987.

Trabajadores de salud	Total	Razón
Médicos	164	2.0
Dentistas	16	0.2
Enfermeras	789	9.8
Parteras	409	5.1
Auxiliares de enfermería	875	10.9
Auxiliares de odontología	37	0.5
Auxiliares médicos	126	1.6
Tecnólogos médicos	49	0.6
Radiógrafos y técnicos	17	0.2
Farmacéuticos	38	0.5
Auxiliares de dispensario	46	0.6
Inspectores de salud pública	58	0.7
Administradores de hospital	3	0.04
Auxiliares de estadística	15	0.2
Otros trabajadores	165	2.1

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Desde 1981, la infraestructura del sector de salud ambiental de Guyana se ha deteriorado mucho y las medidas correctivas no han mantenido el mismo ritmo del deterioro. En consecuencia, los servicios de acueducto y alcantarillado, recolección y evacuación de desechos sólidos, higiene de los alimentos, desagüe y otros han llegado a un estado crítico y varias enfermedades como la fiebre tifoidea, la hepatitis, la gastroenteritis y la malaria son endémicas hoy en día. En los últimos 10 años no ha

habido una inversión sustancial para rehabilitar esas infraestructuras de vital importancia en ninguna parte del país, excepto en Georgetown, donde se realizó un programa de rehabilitación del sistema de alcantarillado con una subvención de la CEE.

En lo que respecta al desarrollo institucional, el nuevo organismo creado para encargarse de la educación en ciencias de la salud, el medio ambiente y la política alimentaria ha dado nuevo dinamismo al desarrollo del sector de salud ambiental.

En 1984 todos los programas rurales de abastecimiento de agua se trasladaron a las administraciones regionales. Desde entonces, la Administración del Acueducto de Guyana ha venido funcionando como organismo nacional de planificación, diseño y construcción del sistema de acueducto y tiene la responsabilidad de prestar los servicios de consulta y reparación que se necesiten. La escasez de personal técnico idóneo y de recursos financieros en las administraciones regionales y la falta de piezas de repuesto y materiales han dejado inutilizados a casi todos los sistemas.

No ha aumentado mucho la cobertura del saneamiento. El programa de rehabilitación del sistema de alcantarillado realizado en Georgetown con apoyo de la CEE se limitó al reemplazo de bombas en las 24 estaciones de bombeo existentes, de los principales tubos de presión y del emisario de aguas negras en el centro de Georgetown, pero esa zona todavía sufre inundaciones frecuentes porque el programa destinado a reemplazar las alcantarillas de la calle y los patios no se ha cumplido por falta de recursos financieros.

El subsector de gestión de desechos sólidos necesita mejora sustancial. La recolección de basuras es irregular y la evacuación final es inapropiada a menudo, lo que lleva a botar basura en canales de desagüe, en los parapetos de las calles o en ambas partes. Se estima que a fines de 1988 se habían acumulado unas 11.000 toneladas de basura en las calles de Georgetown y que dentro de un año la ciudad ya no tendrá más espacio para basureros, a menos que se inicie inmediatamente la planificación de un relleno sanitario con capacidad para recibir desechos durante 25 años. La situación es menos crítica en otros poblados y aldeas.

El Departamento de Análisis del Gobierno se encuentra trabajando en la puesta en marcha de dos programas de protección de los alimentos: los de vigilancia de la contaminación y control de la calidad de los alimentos. Actualmente se inspeccionan los restaurantes, mercados, fábricas de elaboración de alimentos y mataderos. En el laboratorio de análisis del Gobierno se examinan regularmente muestras tomadas en fábricas de elaboración de alimentos. Se expide un permiso a todos los restaurantes y las personas que manejan alimentos reciben normalmente adiestramiento y una patente de sanidad. Son fre-

cuentas las inspecciones de la carne, pero como el transporte del matadero al mercado es deficiente, a veces el producto se contamina en ese trayecto.

El sistema de alcantarillado urbano de Georgetown y New Amsterdam tiene un declive mínimo, canales abiertos con emisarios controlados por compuertas y bombas para evitar que el agua del mar entre a los canales de desagüe cuando sube la marea. Esos canales también cumplen la función de un sistema de alcantarillado, ya que recogen toda clase de aguas negras como la esorrentía, las aguas servidas de la ciudad, los efluentes de los pozos sépticos, los desechos de los campos de caña de azúcar y los industriales. Además, la basura que no se recoge se bota a menudo en los canales, práctica que aumenta la posibilidad de inundación, aun con una lluvia leve.

Los principales problemas del sector son comunes a todos sus elementos: abastecimiento de agua, saneamiento, desechos sólidos, desagüe y servicios de protección de los alimentos. La falta de recursos financieros y de divisas, resultado de la crisis económica que ha azotado al país desde 1981, ha evitado la compra de nuevo equipo, material y piezas de repuesto para el debido funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones existentes. Además, las actuales prácticas de administración no son apropiadas para abordar la crisis.

También cabe considerar otros asuntos, como un sistema de transporte adecuado, el desarrollo de recursos humanos, las actividades de adiestramiento y un sistema integral de administración de personal para atraer y mantener personas idóneas en el sector.

HAITI

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Hasta 1986 la Constitución preveía un presidente vitalicio; en ese año se produjo un vacío constitucional, que duró hasta el fin del período, pese a que en 1987 mediante el voto masivo se aprobó una nueva Constitución. En 1989 el Gobierno puso en vigor la mayor parte de los artículos de dicha Constitución, la cual establece que el Presidente debe ser elegido por sufragio universal por cinco años, y no puede ser reelegido inmediatamente. Establece, también, la existencia de una cámara de senadores y otra de diputados. El Presidente nombra primer ministro, ministros y miembros del Poder Judicial. Durante el período 1985-1988 se han sucedido en la dirección del país cinco gobernantes.

Según las estimaciones del Instituto Haitiano de Estadística y de Informática, la situación económica general del país se deterioró a lo largo del período 1985-1988. El PIB disminuyó de 4.939,9 millones de gurdas en el año fiscal 1986 (1985-1986) a 4.919,9 millones en 1988 (1987-1988), es decir que mostró una tasa promedio de regresión equivalente a 0,45% en el curso de los tres años. En cuanto al producto interno bruto per cápita, disminuyó de 904 gurdas en 1985-1986 a 858 gurdas en 1987-1988 (una tasa promedio de regresión de 1,7%).

La agricultura, componente importante del PIB, siguió la misma tendencia: su valor agregado pasó de 1.387 millones de gurdas en el año fiscal 1986 a 1.422,8 millones en 1987 y 1.398,1 millones en 1988 (una reducción de 1,7% entre estos dos últimos años). Esta tendencia se manifestó también en la producción de alimentos provocando súbitamente un alza de precios de dichos productos, entre ellos el frijol, arroz y maíz. Por su parte, el sector industrial manifestó una tendencia hacia el descenso: su contribución al PIB fue de 822 millones de gurdas en 1986 y de 771,1 millones en 1988. La contribución del sector terciario al PIB siguió asimismo una tendencia descendente: disminuyó de 2.423 millones de gurdas en 1986 a 2.367,2 millones en 1988 (una disminución de 2,3%).

En cuanto a las transacciones internacionales, el contexto sociopolítico, caracterizado por la suspensión de la ayuda externa y por la inseguridad, influyó negativamente

en la balanza de pagos. El saldo aumentó de 146,2 millones de gurdas en 1986 a 170 millones en 1987, y bajó a 108,4 millones en 1988 (un descenso de 36,4%). Durante el año fiscal 1988, en la balanza comercial se observó una disminución de 25,7% en las exportaciones y un crecimiento de 8% en las importaciones.

El financiamiento externo descendió de 229,9 millones de gurdas en 1986 a 88,7 millones en 1988 (una disminución de 61,4%). Esta evolución desfavorable es consecuencia de la interrupción de la ayuda externa, en particular la proveniente del Gobierno de los Estados Unidos de América, a partir de noviembre de 1987. La tasa de cambio oficial, establecida por convención en 1919, es de cinco gurdas por dólar estadounidense; sin embargo, el mercado paralelo del dólar creció a partir de 1986.

La disparidad entre los recursos disponibles y las necesidades es cada vez más inquietante. En educación, el número de maestros y de salas de clase es insuficiente para satisfacer la demanda. Solamente 38% de la población de 6 a 24 años asiste a un establecimiento escolar. El índice de analfabetismo continúa elevado (63%).

La población económicamente activa representa el 66,2% de la población en edad de trabajar; sin embargo, se estima que el 12% carece de empleo. Esta proporción subestima la realidad, ya que mucha gente no busca trabajo porque sencillamente no espera encontrarlo; por otra parte, entre los "ocupados" son frecuentes la desocupación encubierta y el subempleo.

Características demográficas

La población total de Haití estimada en 1988 es de 5.510.917 habitantes. La distribución por grupos de edad y sexo se muestra en el Cuadro 1.

La estructura de la pirámide de edad es la de una población joven: los menores de 20 años representan más de la mitad de la población total. Entre los grupos que se consideran prioritarios para las acciones de salud se encuentran las mujeres de 15 a 49 años, que constituyen el 25% de la población, y los niños menores de 5 años, que componen el 15%.

La tasa de crecimiento de la población es de 1,4% anual, y aunque la intensa emigración a los Estados Unidos y el Canadá es significativa, el crecimiento demográfico es superior al del PIB del sector agrícola, lo cual

CUADRO 1

Población estimada por grupos de edad y sexo, Haití, 1988.

Grupos de edad	Ambos sexos	% del total	Masculino	Femenino
Total	5.510.917	100,0	2.664.797	2.846.120
Menores de 1 año	164.052	3,0	81.908	82.144
1-4	653.436	11,9	330.579	322.857
5-9	743.795	13,5	372.234	371.561
10-14	648.912	11,8	325.559	323.353
15-24	1.081.035	19,6	511.450	569.585
25-34	733.186	13,3	332.967	400.219
35-44	540.145	9,8	253.214	286.931
45-54	404.916	7,3	200.515	204.401
55-64	250.452	4,5	124.230	126.222
65 y más	290.988	5,3	132.141	158.847

Fuente: Instituto Haitiano de Estadística y de Informática, Ministerio de Salud Pública y de la Población.

muestra la incapacidad de dicho sector para proporcionar los alimentos que se necesitan. El índice de masculinidad es de 94,1 hombres por 100 mujeres. Esto se debe a la sobremortalidad masculina y al efecto de la emigración que es más intensa en los hombres. El 74% de la población vive en zonas rurales. La tasa de urbanización está sobrestimada, ya que las capitales de comunas se consideran integrantes del área urbana pese a que carecen de servicios de electricidad y abastecimiento de agua potable.

En cuanto al grado de urbanización, se observa gran disparidad entre los departamentos: el del Oeste, que incluye Puerto Príncipe, es la zona más urbanizada del país (49% de población urbana); le siguen el Norte, el Noreste y la Artibonita (23, 22 y 16%, respectivamente). En los otros departamentos la proporción de población urbana oscila alrededor de 12%, con excepción del Sudeste, donde se registra el valor más bajo (8%). El Sudeste representa la zona proveedora de migrantes al área metropolitana de Puerto Príncipe.

La concentración de la actividad económica en la capital, junto con el deterioro de las condiciones de vida en el medio rural, ocasionan el desplazamiento masivo de la población hacia el área metropolitana de Puerto Príncipe. La población de Puerto Príncipe (684.284 habitantes) tiene una tasa de crecimiento de 4,8% anual, y representa el 89% de la población urbana del oeste. Cabo Haitiano es la segunda ciudad y tiene 64.406 habitantes.

Los movimientos migratorios hacia el exterior afectan también a las zonas rurales de Haití. Los campesinos se desplazan masivamente hacia la República Dominicana para la cosecha de la caña de azúcar. Pese a la intensidad de las corrientes migratorias al exterior, es probable que

el crecimiento demográfico mantenga igual ritmo durante los próximos años debido a la superioridad del crecimiento natural. Según las Naciones Unidas (NU), para 1988 se estima una tasa de crecimiento natural de 2,1%, con una tasa bruta de natalidad de 34 por 1.000. La tendencia demográfica prevista en el futuro será un factor por considerar en la política social general y de salud en particular.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

La tasa bruta de mortalidad se estima en 13 por 1.000 (NU, 1988) y la esperanza de vida al nacer, en 55 años. Cerca de la mitad de las defunciones en todas las edades ocurren durante los primeros cinco años de vida. Entre 100 y 120 niños por 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir el primer año de vida, y aproximadamente 200 por 1.000 antes de alcanzar los 5 años. La mortalidad materna se calcula en 23 por 10.000 nacidos vivos.

Las precarias condiciones socioeconómicas de los sectores mayoritarios de la población permiten comprender esta situación, pues la mayor parte de las defunciones tiene por causa factores exógenos. La diarrea continúa siendo la principal causa de defunción entre los niños menores de 5 años: uno de cada dos niños muere de diarrea e infecciones respiratorias solas o asociadas. Su frecuencia es particularmente importante en los barrios urbanos pobres. El 36% de las defunciones de niños menores de 5 años se distribuye entre los habitantes de esos barrios). Pese a todo, la mortalidad sigue de modo general una tendencia descendente.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

En general, las enfermedades infecciosas y parasitarias son las causas más importantes de morbilidad. En el Cuadro 2 se presentan los casos de las principales enfermedades transmisibles notificados en 1985 y 1986.

En 1983 se implantó un programa de lucha contra la diarrea con el fin de reducir la mortalidad infantil y preescolar causada por la misma. Antes de esa fecha, 75% de las defunciones infantiles y 50% de las de niños de 1 a 4 años tenían como causa la diarrea. Esta enfermedad era responsable también del 20% de las defunciones en el

CUADRO 2						
Casos notificados de las principales enfermedades transmisibles, por edad, Haití, 1985 y 1986.						
Enfermedades	1985			1986		
	Todas las edades	Menores de 1 año	1-4 años	Todas las edades	Menores de 1 año	1-4 años
Diarrea	39.215	17.803	12.267	20.349	9.041	6.560
Parasitosis intestinal	32.949	1.463	7.992	...	...	...
Malaria	22.282	2.188	4.389	10.931	994	1.923
Neumonía	7.484	2.444	2.895	3.254	1.117	1.216
Tuberculosis pulmonar	4.993	106	445	3.287	130	300

Fuente: Boletín Epidemiológico de la Dirección de Higiene Pública, Ministerio de Salud Pública y de la Población.

país. Después de casi seis años de cumplimiento del programa, hay una aparente reducción en las defunciones por diarrea y un 54% de las madres conoce y prepara las soluciones de rehidratación oral.

Las enfermedades prevenibles por vacunación son frecuentes en todo el país. Sin embargo, el tétanos y la poliomiélitis, a pesar de que sus tasas de incidencia no son muy elevadas (Cuadro 3), todavía causan daños importantes en ciertos sectores de la población infantil y preescolar. En 1985, de 318 casos de tétanos 171 eran menores de 1 año de edad, y a ese mismo grupo de edad correspondió el 69% de las defunciones.

La cobertura de inmunización en los niños menores de 1 año es baja para las vacunas DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa, y regular para BCG (Cuadro 4). En el período 1985-1988 mejoraron sensiblemente las coberturas; en 1988 tuvieron lugar jornadas comunales y nacionales de vacunación.

CUADRO 3			
Morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación, Haití, 1985-1987 (tasa de incidencia por 100.000 habitantes).			
Enfermedades	1985	1986	1987
Tuberculosis	126,8	157,4	143,0
Sarampión	39,5	4,9	56,5
Tétanos neonatal	1,6	1,0	3,2
Tétanos toda edad	5,7	2,2	7,3
Difteria	1,0	0,07	0,1
Poliomielitis	1,6	0,0	0,2
Tos ferina	25,7	8,6	23,5

Fuente: Tuberculosis en Haití, años 1982-1986. Dirección de Higiene Pública, Servicio de Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública y de la Población, 1982-1986. Los datos discrepan con los publicados en los boletines de la misma dirección debido a información añadida con retraso.

Las deficiencias nutricionales son muy frecuentes en Haití y forman parte de las siete prioridades del Ministerio de Salud Pública y de la Población. No se dispone de datos recientes, pero se estima que en 1978, 75% de los niños en edad preescolar eran malnutridos: 46% padecían malnutrición leve, 25% moderada y 4% grave. La anemia carencial es frecuente, lo mismo que la avitaminosis A. Del total de 4.840 niños nacidos en el primer semestre de 1987 en el Hospital Universitario de Haití, 667 (14%) tuvieron bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).

Salud de los adolescentes y adultos (15-64 años)

El Ministerio de Salud Pública y de la Población realiza actividades específicas orientadas a las mujeres en edad fértil. Actualmente solo 27% de ellas están completamente vacunadas contra el tétanos.

Durante el período 1985-1988 aumentó la utilización de marihuana y otros estimulantes entre los adolescentes. Para el tratamiento de las enfermedades mentales se cuenta con dos asilos públicos (200 camas) y varias clínicas privadas (50 camas).

Se estima que la prevalencia nacional de diabetes es de 15%. No existe un registro nacional ni programas de control del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. Según datos de biopsia de los últimos ocho años del servicio de patología del Hospital Universitario, las localizaciones más frecuentes de cáncer corresponden a ovario, mama, cuello uterino, próstata, pene, recto y estómago.

Problemas que afectaron a la población general

Alrededor del 85% de la población habita en áreas maláricas. El vector es *Anopheles albimanus* y el parásito

CUADRO 4								
Cobertura de inmunización en niños menores de 1 año, Haití, 1982-1988.								
Año	DPT		Poliomielitis		BCG		Sarampión	
	3ª dosis	%	3ª dosis	%	dosis	%	dosis	%
1982	2.241	12,6	11.075	6,3	101.232	57,5	...	...
1983	15.765	8,8	15.518	6,6	109.657	61,1	...	...
1984	23.327	12,8	20.197	11,0	122.580	67,0	...	...
1985	43.083	19,4	40.950	18,5	165.826	74,8	...	...
1986	49.108	21,8	56.909	25,2	140.681	62,3	...	...
1987	68.129	29,6	67.898	29,5	91.224	39,6	...	...
1988	109.829	54,5	109.125	54,0	97.994	48,5	126.780	62,8

Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población.

predominante, *Plasmodium falciparum*, aunque se han registrado casos por *Plasmodium vivax* en una zona circunscrita del país.

En 1984 el Servicio de Control de Endemias Mayores notificó 72.000 casos. Esta cifra es muy superior a la proporcionada en 1985 por la Dirección de Higiene Pública, porque a partir de 1985 los colaboradores voluntarios comunitarios dejaron de ser requeridos como notificadores de casos. El programa comprende básicamente distribución de medicamentos a casos febriles e incluye actividades de eliminación de criaderos y rociado contra el vector.

Los primeros casos de SIDA se remontan a 1979. Entre 1981 y 1988 se registraron 1.849 casos. El número aumentó rápidamente: entre 1979 y 1983 se diagnosticó un caso por mes; desde 1986 se diagnosticaron 40 casos por mes. Los pacientes se localizan sobre todo en Puerto Príncipe y las ciudades principales. El grupo de edad de 20 a 40 años es el más afectado. La proporción de mujeres en el total de casos mostró una tendencia ascendente de 10 a 30%.

Las dos zoonosis más importantes son el carbunco y la rabia; el primero es endémico en Haití. En el período 1985-1988 se registraron 1.396 casos y cinco defunciones (una tasa de letalidad de 3 por 1.000). La ley establece la obligatoriedad de la vacunación del ganado vacuno, caprino y equino; prohíbe el sacrificio de animales no vacunados, y precisa que todo animal que se sospeche haya muerto de carbunco debe ser incinerado. En promedio, durante el período se notificaron dos casos de rabia humana por año.

No existe en el país un programa de salud oral. La falta de odontólogos y la limitación de material y equipo son características de la situación; las actividades están restringidas a las extracciones.

Entre 1985 y 1988 el país padeció inundaciones y se-

quías focalizadas; en 1988 el ciclón Gilbert azotó la región sur y causó grandes daños.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sector salud de Haití comprende tres subsectores: el público, el privado no lucrativo y el sector privado lucrativo. La seguridad social aún es incipiente. Si bien hay problemas de coordinación entre estos tres subsectores, se están haciendo esfuerzos para disminuirlos mediante la coordinación entre el Ministerio y la Asociación de Obras Privadas en Salud. La insuficiencia de la coordinación sectorial constituye un grave obstáculo para el desarrollo del sector.

El subsector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y de la Población, que se rige por una ley orgánica que data de 1983. Este subsector es responsable de la concepción, definición y ejecución de la política de salud del país. Haití está dividido en cuatro regiones sanitarias que, a su vez, se subdividen en 15 distritos y algunos subdistritos.

La política y las estrategias del Ministerio se adoptaron en 1982 y se basan en la idea de permitir que la población goce del derecho fundamental del hombre a la salud a través del sistema de atención primaria. Las prioridades, seleccionadas en función de la situación epidemiológica, de la tecnología existente y de los recursos disponibles, son: enfermedades diarreicas, enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, protección maternoinfantil incluyendo la planificación familiar, malnutrición y malaria.

En 1986 se incluyó el SIDA. Para la ejecución de cada prioridad se estableció una estructura específica; desde octubre de 1988 se cuenta con una oficina de coordinación de programas prioritarios.

A fin de conseguir la repartición y una utilización racionalizadas de los recursos, se adoptó un sistema regionalizado y se inició un proceso de descentralización. Desde 1983 los servicios están distribuidos según un sistema piramidal, desde el trabajador primario de salud o de la enfermera auxiliar hasta los niveles más complejos de atención representados por los hospitales. Sin embargo, la falta de personal, la escasez de equipamiento y otros factores hacen que el sistema sea inoperante.

La descentralización avanza con lentitud. Las regiones y los distritos participan más activamente en la planificación, pero aun las pequeñas decisiones se siguen tomando a nivel central.

Una unidad de planificación y de evaluación tiene por misión estudiar y definir la estrategia general del Ministerio, y de establecer, normalizar y actualizar los planes de acción. Esta unidad, que comprende un servicio de planificación y un servicio de asistencia externa, no tiene la capacidad necesaria para cumplir sus tareas; durante el período no se emitió ningún informe anual.

El subsector privado no lucrativo está compuesto por organizaciones no gubernamentales que administran establecimientos de salud diseminados en las zonas más apartadas del país y que prestan atención a una proporción importante de la población. Algunas de las organizaciones se agruparon en la Asociación de Obras Privadas en Salud, que ayuda en la ejecución de las actividades de

salud comunitaria conforme con las estrategias del Ministerio de Salud. El subsector privado lucrativo está constituido por establecimientos en los cuales la entidad propietaria es privada.

En cuanto a la seguridad social, dos instituciones dependientes del Ministerio de Asuntos Sociales realizan actividades sanitarias: El Instituto de Bienestar Social y de Investigación y la Oficina de Seguros de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad. El Instituto de Bienestar Social y de Investigación tiene una clínica de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual para prostitutas y proporciona médicos a los orfanatos que administra.

La Oficina de Seguros de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad presta atención de salud a sus asegurados. En 1986 había 53.027 asegurados repartidos en 2.787 establecimientos. Ellos son examinados cada año para la detección de tuberculosis y sífilis. La Oficina cuenta con un hospital de 50 camas en Puerto Príncipe, donde se tratan los accidentes de trabajo.

Las actividades intersectoriales son escasas, pero la participación de diversas instituciones y de la propia comunidad desempeñaron un papel determinante en el éxito de las jornadas de vacunación de 1988.

El 60% de la población se encuentra a una hora de viaje de un algún establecimiento de salud.

Existen 49 hospitales, 50 centros de salud con camas, 88 centros de salud sin camas y 219 dispensarios (Cuadro 5), administrados por los distintos subsectores. El 60% de los establecimientos son públicos, 18% privados y 22% mixtos. Algunos establecimientos donde la

CUADRO 5					
Establecimientos de salud por tipos en 1987, y número de camas y razón por 1.000 habitantes en 1985, según región sanitaria, Haití, 1987.					
Rubro	Total	Norte	Transversal	Oeste	Sur
Hospitales	49	2	6	36	5
Centros de salud con camas	50	13	18	6	13
Centros de salud sin camas	88	10	27	46	5
Dispensarios	219	44	71	41	63
Total de establecimientos	406	69	122	129	86
Total de camas	4.956	665	904	2.779	608
Camas por 1.000 habitantes	0,94	0,85	0,63	1,36	0,60

Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población.

entidad propietaria es privada pero recibe algún tipo de ayuda pública se denominan mixtos.

Existen 4.956 camas de hospital concentradas en la capital y las principales ciudades (véase el Cuadro 5). La capital cuenta con 1.776 camas en 22 establecimientos (2 camas por 1.000 habitantes) y el promedio nacional es de 1 cama por 1.000 habitantes.

Tecnología de los servicios de salud

Existen dos laboratorios que fabrican los medicamentos básicos. El suero oral utilizado por el programa de rehidratación oral se fabrica en Haití desde 1981.

Los laboratorios de análisis están concentrados en las ciudades y en general tienen posibilidades muy limitadas, por lo que realizan solamente algunos exámenes básicos. Los establecimientos públicos con laboratorios con frecuencia carecen de personal y material apropiados. Los laboratorios de diagnóstico radiológico se localizan principalmente en Puerto Príncipe.

Hasta 1986 existían algunos centros de transfusión sanguínea de la Cruz Roja Haitiana y un banco de sangre en el Hospital Universitario del Estado, que fue clausurado en 1986. En ese año se reglamentó la obtención, conservación y distribución de sangre humana y de plasma sanguíneo y sus derivados para asegurar el principio de la gratuidad de la sangre donada y de la transfusión sanguínea, bajo el control de la Cruz Roja. Actualmente existen centros de transfusión en las grandes ciudades y en algunos hospitales rurales. La prueba para la detección del SIDA se está implantando en todos los centros.

Financiamiento de los servicios de salud

Las fuentes de financiamiento para la salud son el Estado (presupuesto de funcionamiento o de desarrollo), los organismos bilaterales tales como la AID (EUA) o multilaterales como la OPS/OMS, el UNICEF, el BID, el Club Rotario Internacional, la Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica, y los ingresos correspondientes a las prestaciones de servicios.

Los gastos públicos pasaron de \$US23 millones en 1981 a \$US45 millones en 1987 (un aumento del 95% en seis años). De 1981 a 1986, los gastos de las organizaciones no gubernamentales que reciben financiamiento, sobre todo de la AID, pasaron de \$US6 a \$US30 millones, poniendo en evidencia su importancia en la provisión de servicios de salud. Los gastos totales en salud durante 1987 se estimaron en \$US128 millones (un aumento del 77% con relación a 1981). En 1987 el gasto en salud representó el 5,6% del PIB.

Los gastos per cápita aumentaron 65%: de \$US14,4 en 1981 a \$US23,2 en 1987. En cuanto a los gastos por concepto de pago al personal, la proporción correspondiente se mantuvo igual (85%), pese al incremento del presupuesto, porque el personal recibió al mismo tiempo un aumento de salarios del 50 al 75%.

Recursos humanos

En general, el personal de salud se ha formado en las 12 instituciones docentes ligadas al Ministerio: una facultad de medicina y de farmacia, una facultad de odontología, tres escuelas de enfermería, cinco escuelas de auxiliares y dos escuelas de técnicos en salud.

El Ministerio de Salud cuenta con 8.054 empleados (1988), ubicándose como segundo empleador del país. Puerto Príncipe concentra 66% de los médicos, 58% de las enfermeras, 26% de las auxiliares y 50% del personal de servicios generales.

El Ministerio carece de capacidad para absorber todo el personal, es así que de 298 médicos, 229 enfermeras y 483 auxiliares formados entre 1985 y 1987 solo se contrataron 164 enfermeras y 267 auxiliares.

La distribución del personal es tan desproporcionada como los establecimientos (Cuadro 6). Además de insuficiencias, existen disparidades interregionales marcadas. La mayor proporción de personal se encuentra en la región Oeste, que incluye la capital del país. El hospital más grande está en Puerto Príncipe. Hay una carencia marcada de especialistas en los hospitales de distrito que no pueden proporcionar los servicios básicos de medicina, pediatría, cirugía y obstetricia.

Los salarios del personal de salud se modificaron en 1986. A partir de ese año, un médico gana entre 2.500 y 3.000 gurdas, una enfermera entre 1.750 y 2.400, una auxiliar entre 800 y 1.000, y el personal técnico entre 1.100 y 1.700. No existe una política de salarios ni tablas de salarios que sean observadas.

CUADRO 6			
Número de habitantes por médico, enfermera y auxiliar de enfermería, por región sanitaria, Haití, 1985.			
Región	Habitantes por:		
	Médico	Enfermera	Auxiliar
Total	6.593	8.028	3.637
Norte	11.938	8.919	3.079
Transversal	21.017	23.729	3.955
Oeste	3.700	5.078	5.706
Sur	9.962	10.947	2.349

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Una encuesta socioeconómica realizada en 1986 por el Instituto Haitiano de Estadística y de Informática reveló que en los barrios populares de Puerto Príncipe 63% de las viviendas son de tipo rudimentario, 1% disponen de servicios de saneamiento, 30% carecen de retrete o letrina y 90% carecen de servicios de abastecimiento de agua potable.

La distribución del agua potable está a cargo de dos organismos dependientes del Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Comunicaciones: el Centre Autonome Métropolitain d'Eau Potable (CAMEP) y el Service National d'Eau Potable (SNEP), y uno dependiente del Ministerio de Salud Pública: el Poste Communautaire d'Hygiène d'Eau Potable (POCHEP). El CAMEP tiene a su cargo la zona metropolitana de Puerto Príncipe y el SNEP las ciudades de provincia. El POCHEP aporta la agua a las pequeñas comunidades rurales. La cobertura de abastecimiento de agua potable se presenta en el Cuadro 7.

CUADRO 7			
Cobertura de abastecimiento de agua potable, Haití, 1980-1987.			
Area geográfica	1980	1985	1987
Capital	48%	54%	51%
Ciudades secundarias	47%	65%	66%
Medio rural	8%	30%	35%

Fuente: Datos recopilados por OPS/OMS mediante los programas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, Haití, 1980-1987.

En los barrios urbanos con disponibilidad de agua corriente la eliminación de excreta se realiza por lo general mediante pozos ciegos sin fosos sépticos. En los barrios pobres se usan letrinas con fosas secas. En el medio rural la carencia de letrinas es un problema grave.

Los índices de cobertura en relación con la eliminación correcta de excreta pasaron de 19% en el medio urbano y 12% en el medio rural en 1984 a 42 y 14%, respectivamente, en 1987.

La capital produce aproximadamente 847 toneladas de desechos sólidos por día, y el sistema actual de eliminación no puede hacer frente sino a una cuarta parte. Cerca de 635 toneladas diarias de desechos no son recolectadas; esta basura obstruye el sistema de drenaje de las aguas de lluvia y constituye lugares de atracción para roedores e insectos. En Puerto Príncipe la recolección de basura depende de la alcaldía; en otras ciudades es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

No existe una legislación sobre saneamiento del medio. La Dirección de Higiene, en cooperación con la OPS/OMS, ha comenzado al final del período la elaboración de un código de higiene del medio.

En diciembre de 1987 se depositaron en Haití unas 3.000 toneladas de desechos tóxicos provenientes de los Estados Unidos de América, en contradicción con las disposiciones de la Constitución promulgada en marzo del mismo año. Estos desechos, que aún permanecen en las proximidades del puerto principal de la ciudad de Gonaives y representan un riesgo para la salud pública, no fueron retirados del país pese a las protestas reiteradas, y está en curso la instalación de cubas de hormigón para su disposición final.

HONDURAS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El período 1985–1988 forma parte del proceso de democratización del país iniciado en 1982, cuando se interrumpió una serie de gobiernos militares que controlaron el Estado desde 1972. Este proceso ha debido enfrentar importantes factores que condicionaron la dirección del mismo. Así, a la gran cantidad de refugiados legales e ilegales se agrega la conflictiva situación política en el Istmo Centroamericano, los compromisos de Esquipulas II, los problemas limítrofes con El Salvador aún no resueltos y la difícil situación relacionada con la guerra interna de Nicaragua.

La deuda externa y los ajustes estructurales que proponen el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional condicionan un clima de incertidumbre en la política interna del país.

Los signos de la crisis económica internacional se manifiestan en Honduras a partir de 1981 y se han recrudecido en el cuatrienio 1985–1988. Hubo un brusco descenso de la actividad productiva, aumento de la desocupación, aceleración de la inflación, desequilibrios de la balanza de pagos y de las finanzas públicas, deterioro del ingreso real de una proporción importante de la población, dificultades de abastecimiento interno de insumos importados y disminución de la inversión privada ocasionada por los problemas políticosociales de la región, y desórdenes cambiarios y monetarios. Esto se agrava porque la economía de Honduras es vulnerable a las fluctuaciones externas de la demanda y de los precios de sus principales productos de exportación tales como el banano y el café.

En el período comprendido entre 1976 y 1979, la economía experimentó un crecimiento real alto y sostenido (8,5 y 4,7% anual per cápita), pero entre 1980 y 1985 el PIB creció apenas 0,9% anual, y de 1986 a 1988, 1,1%, lo cual, aunado al alto crecimiento demográfico (superior al 3%), ha ocasionado un fuerte deterioro de las condiciones de vida de la población, sobre todo de los grupos de escasos recursos económicos. Desde 1982, y con el apoyo financiero del Fondo Monetario Internacional y posteriormente con el de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América, el Gobierno de Honduras ha adoptado una política de

estabilización sujeta a la no devaluación del lempira y se ha operado un proceso de ajuste distributivo, intentando reducir los desequilibrios externo y fiscal. A ello se agregó el denominado sistema de “criterios de esencialidad”, mediante el cual el Banco Central de Honduras autoriza la obtención de divisas de acuerdo con una lista de prioridades en la que los pagos de financiamiento externo están en el primer lugar.

Conforme con estudios de la CEPALC, en 1980, 50% de la población de Honduras percibió el 17% del ingreso nacional, 30% obtuvo el 23,7% y 20% de la población, el 53,3%. En el 50% de la población que percibió los ingresos más bajos se encuentran los dos grupos más pobres: un 20% en estado de pobreza extrema y un 10% considerado como “indigente”. Suponiendo que se mantuviera la distribución del ingreso de 1980 y se aplicara a las cifras de población y del ingreso nacional bruto de 1986, se observaría el deterioro de las condiciones de vida en general y de los grupos de más bajos ingresos en especial. En efecto, en 1986, el grupo de pobreza extrema se había incrementado en 166.000 personas, y el estrato de pobres, en 245.000, es decir un 23% más que en 1980.

Una característica estructural de la economía es su limitada capacidad de generar empleo productivo en cantidad suficiente para absorber la creciente oferta de mano de obra, aun en períodos de elevado crecimiento económico. En el período de crisis económica (1980–1985), la situación tendió a agravarse y el desempleo abierto pasó de 8,2% en 1980 a 11,4% en 1987; en este último año el subempleo alcanzó el 32%. De acuerdo con la Encuesta Agrícola Nacional de 1980, 90% de los trabajadores del sector agropecuario son empleados estacionales y se pueden caracterizar como subempleados.

Las altas tasas de analfabetismo y los bajos niveles de escolaridad, sobre todo en las zonas rurales, así como la inadecuada orientación y formación en los niveles medio y superior, dan lugar a que más de las dos terceras partes de la población económicamente activa tenga un escaso nivel de calificación o una formación en áreas saturadas. Esta inserción ocupacional deficiente determina niveles mínimos de productividad de trabajo.

Características demográficas

Según datos preliminares del Censo Nacional de Población y de Vivienda de 1988 corregido por una tasa

estimada de omisión censal, la población de Honduras se estimó en 4.377.000 habitantes. Esta cifra representa un crecimiento de 3,6% en relación con la cifra del censo de 1974. La tasa de crecimiento parece algo elevada en función de las tasas de natalidad y mortalidad para ese mismo período intercensal: según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 1987, la tasa bruta de natalidad se estimó en 38 por 1.000 habitantes, y la tasa bruta de mortalidad, en 8 por 1.000 habitantes. La tasa global de fecundidad en 1984 se estimó en 5,3 hijos por mujer, y la tasa de fecundidad general, en 192 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años. El tamaño deseado de la familia varía de tres hijos para las mujeres de 15 a 19 años a 4,5 hijos para las de 20 a 44 años, cifras inferiores a las de los niveles de fecundidad observados.

En cuanto a la composición por edad, según las proyecciones de población para 1988 basadas en el censo de 1974 y la Encuesta Demográfica Nacional de Honduras de 1983, se estima que 45,9% de la población pertenece al grupo de 0 a 14 años; 51,1% al de 15 a 64, y 3,0% al de 65 y más años.

En 1988 la densidad de población fue de 39 habitantes por km², pero no refleja la ocupación desigual del territorio nacional. Datos provisorios para 1988 indican que el 58% de la población vive en zonas rurales, en comparación con un 70% registrado en el censo de 1974.

Los contingentes de refugiados en las fronteras con El Salvador, Guatemala y Nicaragua se estiman en alrededor de 40.000 personas, que se encuentran bajo la responsabilidad del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

Para el año 2000 se espera una población de aproximadamente 6,85 millones de habitantes, una desaceleración del ritmo de crecimiento, un relativo envejecimiento y una mayor tendencia a la urbanización.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Según la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC), la tendencia de la mortalidad general en Honduras es descendente y va de 9,3 defunciones por 1.000 habitantes en 1960 a 4,7 en 1983, el año más reciente con información disponible. Si se comparan los datos de mortalidad registrados con la información obtenida en las Encuestas Demográficas Nacionales de Honduras realizadas en 1972 y en 1983, que permitieron estimar tasas de mortalidad de 14,2 y 8,3 por 1.000 habitantes, respectivamente (Cuadro 1), se aprecia que estas cifras son

CUADRO 1			
Algunos indicadores de salud, Honduras, 1972, 1983 y 1987.			
Indicadores	1972	1983	1987
Tasa bruta de mortalidad general ^a	14,2	9,5	8,0
Urbana	9,0	...	...
Rural	16,5	...	...
Tasa de mortalidad infantil ^b	117,0	78,6	62,0
Urbana	85,0	50,9	...
Rural	127,0	93,5	...
Esperanza de vida al nacer (años)	53,1	61,0	...
Hombres	50,1	59,8	...
Mujeres	55,5	63,7	...
Tasa bruta de natalidad ^c	49,2	44,0	38,0
Tasa global de fecundidad	7,5	6,0	5,6

^aTasa por 1.000 habitantes.

^bTasa por 1.000 nacidos vivos.

Fuentes: Encuesta Demográfica Nacional de Honduras, 1972 y 1983; Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1987.

prácticamente el doble de las registradas por la DGEC. Si se aplica la tasa de mortalidad general suministrada por la Encuesta Demográfica de 1982 se obtienen 31.176 defunciones, en comparación con las 19.304 registradas por la DGEC.

Algo similar se observa en relación con la mortalidad infantil, que según los datos de la DGEC descendió de 52,0 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1960 a 17,4 en 1983. Sin embargo, los datos proporcionados por las Encuestas Demográficas de 1972 y 1983 (véase el Cuadro 1) revelan cifras que son 3 y 4,5 veces el valor consignado por la DGEC. El análisis de la mortalidad infantil en Honduras, basado en diferentes encuestas realizadas en el país, corrobora la tendencia descendente notificada por la DGEC, pero con cifras más altas.

Los datos de mortalidad deben interpretarse con cautela, ya que existen indicios de que el subregistro es importante, sobre todo en las zonas rurales, donde reside el 60% de la población. Además, en 1983, 48,2% de las defunciones se clasificaron en la categoría de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Una evaluación reciente reveló que solo 11% de las defunciones registradas fueron certificadas por médico; los formularios utilizados no siguen los lineamientos del Certificado Internacional de Defunción. En las demás defunciones, la causa de muerte es declarada por personal auxiliar de la comunidad con poca o ninguna preparación para ello.

CUADRO 2					
Casos notificados de las principales enfermedades de notificación obligatoria, por 100.000 habitantes, Honduras, 1984-1988.					
Causa	1984	1985	1986	1987	1988
Infecciones respiratorias	2.688,6	7.530,5	9.322,1	13.839,4	14.409,6
Enfermedades diarreicas	4.373,2	4.462,1	4.732,3	6.210,8	5.965,9
Malaria	645,9	773,7	645,3	410,1	619,3
Infecciones gonocócicas	195,7	161,8	144,2	183,4	142,4
Sífilis	111,0	98,7	99,4	125,5	85,7
Tuberculosis (aparato respiratorio)	46,0	49,2	77,1	84,7	77,1
Hepatitis infecciosa	38,8	37,2	35,4	36,2	38,9
Sarampión	118,8	148,1	13,4	30,9	24,1
Fiebre tifoidea	11,0	4,3	6,1	7,8	10,5
Leishmaniasis	4,1	4,4	8,1	6,5	6,6
Dengue	8,8	7,0	12,6	4,3	20,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Cuadro 2 presenta el número de casos notificados, por 100.000 habitantes, de las principales causas de morbilidad de notificación obligatoria registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1984 a 1988.

El Cuadro 3 presenta las principales causas de egresos hospitalarios de 1985 a 1987 y el Cuadro 4 muestra las

CUADRO 3			
Diez primeras causas de egreso hospitalario, Honduras, 1985-1987.			
Causa	1985	1986	1987
Total de egresos	120.980	125.911	135.999
Parto normal	32.898	33.032	32.479
Aborto	5.508	6.151	6.053
Otros problemas del feto que afectan la atención de la madre	3.161	4.731	4.801
Infección intestinal mal definida	4.628	4.485	3.585
Asma	2.051	2.243	2.329
Síndrome de dependencia del alcohol	1.893	1.966	2.068
Parto prematuro	...	1.910	1.863
Hernia inguinal	1.658	1.794	1.681
Embarazo prolongado	...	1.553	1.592
Bronconeumonía	1.768	1.537	2.221

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO 4				
Diez principales causas de morbilidad ambulatoria, Honduras, 1982 y 1985.				
Causa	1982		1985	
	Casos	%	Casos	%
Infección intestinal mal definida	20.308	8,0	9.642	7,1
Parasitosis intestinal	22.682	8,9	9.383	6,9
Influenza	14.606	5,7	5.541	4,1
Anemias	15.349	6,0	4.831	3,6
Amigdalitis aguda	5.921	2,3	4.239	3,1
Bronquitis no especificada	8.929	3,5	3.729	2,7
Resfriado común	6.761	2,7	3.123	2,3
Desnutrición	7.707	3,0	3.120	2,3
Trastornos de la uretra	7.093	1,6	2.819	2,1
Asma	...	...	2.317	1,7

Fuente: Muestra aleatoria del 5% del Informe Diario de Atenciones. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

10 principales causas de morbilidad ambulatoria obtenidas por muestreo aleatorio.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Las infecciones intestinales y respiratorias son los problemas predominantes, a los que se agregan los originados

en el período perinatal. En 1983, 69% de las defunciones registradas por diarrea ocurrieron en niños menores de 5 años. Se produjo una disminución sostenida de las enfermedades prevenibles por vacunación; en 1980 se registró el último caso de difteria. La tos ferina muestra un descenso continuo (en 1988 se notificaron 4,9 casos por 100.000 habitantes).

En 1984 se presentó un brote de enfermedad paralítica con 57 casos de poliomielitis parálitica, principalmente por el poliovirus tipo 1; también se aislaron, aunque en menor proporción, los tipos 2 y 3. Una alta proporción de los casos confirmados (42%) tuvieron esquemas completos de vacunación antipoliomielítica, lo que podría indicar una importante falla en la cadena de frío, una alta interferencia a nivel intestinal por otros enterovirus, o ambas circunstancias. En 1987 se confirmaron 13 casos de poliomielitis y cinco en 1988.

En 1984 el tétanos neonatal se estableció como una entidad separada para fines de información; desde ese año hasta 1986 su tasa ha aumentado moderadamente. Sin embargo, un estudio operacional demuestra que existe subregistro de casos, y define áreas de riesgo en las que debe suministrarse vacuna antitetánica a las mujeres en edad fértil. El tétanos no neonatal prácticamente ha mantenido tasas estables, excepto en 1986 y 1987, cuando se observó un ligero aumento.

En 1966 se realizó una encuesta nutricional a nivel nacional y se examinaron 657 niños menores de 60 meses. En 1987 se examinaron 3.412 niños del mismo grupo de edad (31,6% de zonas urbanas y 68,4% rurales). Analizando los datos de ambas encuestas de acuerdo con el patrón de referencia del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (EUA), se observaron cifras de prevalencia de desnutrición global de 43% en 1966 y 38% en 1987 con el indicador peso/edad; de 60% en 1966 y 44,7% en 1987 para la desnutrición crónica con el indicador talla/edad, y de 4,7% en 1966 y 3,9 en 1987 para la desnutrición aguda con el indicador peso/talla. En ambas encuestas estas cifras de prevalencia se deben a la desnutrición leve y moderada.

Salud de los adolescentes y adultos

La situación de los adolescentes ha sido muy poco estudiada; sin embargo, hay signos de que en este grupo el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción y las enfermedades mentales están aumentando.

Honduras no cuenta con programas para definir y atender la situación de salud del adulto. La información disponible sugiere que las violencias y los accidentes constituyen un problema importante en la población adulta.

Según la Encuesta Demográfica Nacional de Honduras de 1983, la edad promedio a la primera unión conyugal fue 15 años; según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (1987), de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 24 años, únicamente el 4,2% usó algún método anticonceptivo. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil (1984), el 5,3% de los embarazos ocurrió en adolescentes.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (1987), 27% de las mujeres en edad fértil usaban anticonceptivos; 65% de las embarazadas tuvieron atención prenatal institucional y 54% recibieron atención prenatal por parte de una partera capacitada, lo que indica que algunas embarazadas reciben ambos tipos de atención; 60% iniciaron el control en el primer trimestre del embarazo y 67% tuvieron más de tres controles institucionales. Según la misma encuesta, solo 24% de los partos son institucionales; de estos, 90% son partos normales, 29% son atendidos por parteras tradicionales capacitadas y 47% por parteras tradicionales y otro personal no capacitado y sin vínculos con el sistema de servicios de salud.

En 1987, la mortalidad materna hospitalaria fue de 11,3 por 10.000 nacidos vivos. Las principales causas de defunción fueron las complicaciones hemorrágicas, seguida de infecciones e hipertensión; 14% de las defunciones maternas se presentaron en menores de 18 años, 64% en mujeres de 18 a 35 años y 22% en mayores de 35 años.

Un estudio realizado en cinco hospitales del país mostró que de los partos en adolescentes, 5,3% fueron distócicos, en el 50% se aplicaron fórceps y un 14% terminó en cesárea. La primera complicación del parto en este grupo fue la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, y las principales causas de defunción fueron la eclampsia, la inmadurez obstétrica y las infecciones.

Según la Encuesta de Nutrición de 1987, 12,3% de las mujeres en edad fértil padecen algún tipo de anemia. El cáncer cervicouterino constituyó el 38% de todos los tumores malignos en la población general y el 53% en la femenina.

En 1987, la población económicamente activa representaba el 30% de la población general (1.313 millones de habitantes), de la cual solo 14,0% está protegida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Según los registros del IHSS, en 1987 se registraron 2.147 accidentes de trabajo (un aumento del 2,4% con relación a 1983). Unos 1.220 accidentes (57%) se registraron en la industria manufacturera; 281 en el sector de comercio (13%); 220 en la industria de la construcción (10%) y 426 en el resto de las actividades. El 91% corresponde al sexo masculino y el grupo de 20-29 años es el más afectado. El 63% del total de accidentes ocurrió en la ciudad de San Pedro Sula, que concentra la mayor actividad industrial del país. Los accidentes de trabajo más frecuentes son contusiones y abrasiones; cortaduras y laceraciones; fracturas, y cuerpos extraños en los ojos.

Salud de las personas de edad avanzada

En Honduras se consideran de edad avanzada los mayores de 54 años, que constituyen el 6,5% de la población total. Entre los múltiples problemas de salud que afectan a este grupo de edad pueden destacarse los nutricionales, ocasionados entre otras cosas por el bajo nivel económico. A esto se suman enfermedades artríticas y defectos visuales no corregidos. Las causas de defunción en este grupo son difíciles de definir, ya que el 75% se registra en las categorías de signos, síntomas y estados mórbidos mal definidos. Del 25% restante 7,2% corresponde a enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, 4% a enfermedades de otras partes del aparato digestivo y 3,6% a otras enfermedades del aparato respiratorio. El Ministerio de Salud Pública es la única institución que atiende a este grupo de población, pero no cuenta con programas específicos. En el país existen únicamente cinco asilos para ancianos e inválidos.

Problemas que afectaron a la población general

Durante los años 1985 y 1986, Honduras sufrió una sequía que tuvo sus mayores efectos en la región sur, particularmente en los departamentos de Choluteca y Valle, que obligó a la creación de un programa especial de donación de alimentos y apoyo para esa región. Por el contrario, en 1988 el invierno fue muy lluvioso, situación que se agravó más aún con el paso de los huracanes Gilbert y Joan, que, si bien no azotaron directamente el país, provocaron abundantes precipitaciones que intensificaron las inundaciones y los deslizamientos de tierra en asentamientos humanos ubicados en la falda de los cerros.

El conflicto armado de Nicaragua continuó afectando las zonas fronterizas con ese país. A fines de 1988, la atención médica de los refugiados registrados en los campamentos creados para este propósito (alrededor de 40.000) pasó al Ministerio de Salud Pública.

El primer caso de SIDA en Honduras se descubrió en 1985, y a partir de esa fecha se han ido acumulando hasta llegar a 232 al 31 de diciembre 1988, la mayoría del sexo masculino. El 84,5% tiene entre 20 y 49 años de edad; 14,2% son homosexuales y 66,8% heterosexuales. La enfermedad se concentra en San Pedro Sula (55,6%) y Tegucigalpa (15,9%).

La lepra se presenta en la región sur del país, particularmente en los departamentos de Valle y Choluteca, donde están registrados unos 100 enfermos.

Persiste una gran incidencia de caries y periodontopatía. En 1987, una encuesta nacional que incluyó 4.800

niños mostró que solo el 2% no tenía caries dentales. Asimismo, se estimó el nivel de higiene bucal, con base en depósitos blandos y cálculos dentarios, y se encontró que la gran mayoría de los niños examinados (más del 90%) tenía un nivel de higiene malo o pésimo, sin diferencias notables entre zonas rurales y urbanas.

La rabia humana registró un promedio de ocho casos por año durante 1976-1987; en enero de 1988 ocurrió el único caso de ese año. Hasta marzo de 1989 había transcurrido más de un año sin casos de rabia humana.

La cisticercosis continúa siendo un problema importante en cerdos, y el ciclo se mantiene por la eliminación inadecuada de excreta humana. La brucelosis es a la vez un problema de veterinaria y una enfermedad ocupacional de los trabajadores de los rastros. Por pruebas realizadas ocasionalmente en individuos aislados se sabe que hay toxoplasmosis en el país, pero se desconoce la extensión y magnitud del problema.

La población en riesgo de contraer malaria representa el 93,2%, y los indicadores que se mencionan se basan en la población del área malarica. De 1982 a 1984 la información del programa antimalárico mostraba una franca tendencia de disminución de la enfermedad; así, la incidencia por 100.000 habitantes pasó de 1.585 a 999 y luego a 707. En 1985, la tendencia a la disminución continuó durante el primer semestre en todas las regiones sanitarias, aunque fue más acentuada en unas que en otras. En el segundo semestre de 1985, diferentes problemas administrativos y especialmente la falta de insumos (medicamentos antimaláricos e insecticidas) repercutieron en el deterioro del programa y la incidencia subió a 846 por 100.000. Durante los años 1986 y 1987, la incidencia registrada disminuyó a 697 y 441 por 100.000 respectivamente; esta última fue la cifra más baja en los últimos 10 años. En 1988, la incidencia fue de 665 casos por 100.000 habitantes, con grandes variaciones regionales. El deterioro del programa de control de la malaria fue causado en gran medida por problemas administrativos y laborales; por su parte, los fenómenos naturales agravaron un problema que ya existía.

El país tiene un programa regular de control del vector del dengue solamente en las principales ciudades, y aunque no siempre cumple sus metas, mantiene los índices de infestación por debajo de límites estimados como aceptables. La vigilancia epidemiológica y la información disponible son insuficientes. En 1987 la ciudad de Choluteca sufrió un brote epidémico de dengue serotipo 4. Encuestas de confiabilidad estadística permiten concluir la ocurrencia de 9.500 casos. En Honduras se han detectado los serotipos de dengue 1, 2 y 4.

No existe un programa de control vectorial de la enfermedad de Chagas ni de los enfermos, solamente se ha realizado un estudio de prevalencia del vector y de casos, con base en el cual se está diseñando el Programa de

Control. En 1983, una encuesta nacional permitió estimar que 6,7% de las viviendas están infestadas con el vector, y 7,2% de los habitantes son serológicamente positivos.

No existe un programa de control de la leishmaniasis, ni se han realizado estudios de prevalencia que precisen la magnitud del problema en Honduras. Sin embargo, por la atención de la demanda hospitalaria y pequeños estudios focalizados en las áreas de mayor detección de enfermos, se sabe que es un problema de salud que hay que enfrentar.

La información disponible sobre el estado de nutrición de la población hondureña proviene principalmente de las encuestas nutricionales de 1966 y 1987 en menores de 5 años (ver *Salud del niño*).

Una encuesta en 1.049 familias reveló que aproximadamente 50% consumieron menos de 2.000 kcal; de estos, 40% consumieron menos de 1.900 kcal. En suma, 63% de las familias encuestadas consumieron menos de lo recomendado y de estas, 5% consumieron menos de la mitad de lo requerido.

En cuanto a nutrientes específicos como el yodo, en la encuesta sobre prevalencia de bocio realizada en 1987 se examinaron 4.414 niños en edad escolar, estimándose una prevalencia de bocio de 8,8%, lo que significa una disminución del problema en casi 50% respecto a las cifras detectadas en 1966 (17%). Se encontró mayor prevalencia en las zonas rurales que en las urbanas (9,1 y 8,6%, respectivamente). La prevalencia fue mayor en mujeres (9,7%) que en hombres (8%). Si bien las cifras muestran una disminución clara de la prevalencia del bocio en los últimos 20 años, son inferiores a las cifras mínimas requeridas para la consideración de zona endémica. Al analizar las cifras por zonas geográficas se observa que tres regiones sanitarias presentan cifras de prevalencia superiores a las mínimas requeridas para la consideración de zona endémica de bocio. En esta misma encuesta se realizó un estudio nacional sobre la yodación de la sal de uso doméstico, y se encontró que 70% de las muestras de sal tenían niveles de yodo inferiores a 5 mg por 100 g de sal (según la Ley sobre yodación de la sal en Honduras). Al relacionar los datos sobre prevalencia de bocio y niveles de yodo en la sal, se puso de manifiesto que las regiones sanitarias con menores índices de yodación tenían las cifras más altas de prevalencia de bocio. En las regiones más afectadas, más de 60% de las familias consumen sal insuficientemente yodada.

Respecto a vitamina A, datos recolectados en 1987 indican que 73% de las familias consumen menos del 50% de los niveles recomendados. En ese mismo año, 67% de las familias tuvieron una ingesta per cápita diaria de hierro inferior a 15 mg, pero mayor que 10 mg, lo que se considera un nivel aceptable, tomando en cuenta que más de la mitad de las familias utilizan como fuente principal hierro de origen animal.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Las prestaciones de salud están a cargo de los subsectores público y privado. El subsector público está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (60% de cobertura), como organismo regulador, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, la Junta Nacional de Bienestar Social y el Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo. El subsector privado lo constituyen alrededor de 26 hospitales (con más de 1.000 camas), algunos de los cuales son financiados y administrados por grupos religiosos.

Los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública están organizados en seis niveles de atención, articulados por un débil sistema de envío, que se inician en el primer nivel comunitario y culminan en los hospitales nacionales de máxima complejidad. La red de servicios está organizada en ocho regiones sanitarias, que a su vez se dividen en áreas de salud (35); esta división no coincide con la división politicoadministrativa del país.

Capacidad instalada

En 1988 la red de servicios del Ministerio de Salud Pública contaba con 705 establecimientos (un aumento del 20% en relación con 1984), distribuidos en 22 hospitales, dos clínicas materno infantiles, 156 centros de salud con médico y 525 centros de salud rurales sin médico. El mayor incremento se ha producido en los primeros. De los 22 hospitales, seis son considerados de referencia nacional. Existen cuatro hospitales con aproximadamente 800 camas que, a más de dos años de finalizada su construcción, todavía no han sido abiertos por razones de presupuesto.

En relación con la capacidad hospitalaria, el sector público cuenta con 4.334 camas (3.672 del Ministerio de Salud Pública y 662 del IHSS), es decir una cama por 1.000 habitantes. En el período 1984-1988, el número de camas solo aumentó un 9%, sobre todo en el IHSS. Los egresos revelan una relación de 3,1 egresos por 100 habitantes; 33% de los mismos son por partos. En el sector privado se produce alrededor del 30% de todos los egresos del país. En promedio, el porcentaje de ocupación en los hospitales del Ministerio de Salud Pública fue de 73%. La gran mayoría de los partos en las zonas rurales son atendidos por parteras tradicionales, lo cual

responde a una política del Ministerio; en las urbanas, este servicio lo proveen los hospitales.

Tecnología de los servicios de salud

Durante el período, el área de medicamentos se caracterizó por la escasez, tanto pública como privada, debido a la falta de divisas y a factores de orden administrativo y político. La escasez de medicamentos ha incidido seriamente en el prestigio y funcionamiento del sector.

Entre los factores que afectaron el suministro de los medicamentos merecen citarse los siguientes: 1) en el país se produce apenas el 10% de los medicamentos necesarios; 2) debido a la escasez de divisas, solo se ejecuta una parte de la disponibilidad presupuestaria (60% en 1988); 3) los trámites burocráticos para la compra de medicamentos por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y del Ministerio de Salud son engorrosos; 4) no existe un uso racional de los medicamentos, y se producen pérdidas por falta de control de inventarios, malas prácticas de prescripción, mal almacenamiento y mala distribución. Además, no hay control de calidad de los medicamentos adquiridos en el exterior, ni de los fabricados localmente.

Financiamiento de los servicios de salud

Durante el período se ha producido una reducción del gasto y frecuentes recortes presupuestarios, sobre todo durante 1988, razón por la que el Ministerio de Salud Pública ha tenido que implantar una política de atención básicamente asistencial, ya que los recursos originados en las cuotas de recuperación o pagos por servicios solo llegan al 3-4%; el financiamiento procede de fondos de cooperación externa (24-26%) y del presupuesto central (70%). Los gastos dedicados a servicios de salud del subsector público representaron durante el período un 5,6% del PIB. En términos generales, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública destina 59% a gastos de personal, 23% a suministros y el resto a transferencias e inversiones.

El IHSS financia 90% de sus gastos con las cuotas obrero-patronales, y el 10% con aportaciones del Estado. Esta institución ha sido afectada por una seria crisis económica generada por el desempleo, su propia estructura de cuotas y una competencia creciente de otras instituciones de previsión social, además de la mora estatal.

Debido a que no se espera crecimiento importante del presupuesto de salud ni del general en el futuro inmediato, el actual proceso de conducción y gerencia del Ministerio de Salud Pública está dirigido a fortalecer la programación y administración local en un marco de

plena participación social, para contribuir a disminuir la deuda sanitaria existente.

Planificación y gestión en salud

El proceso de extensión de la cobertura de salud iniciado a comienzos de la década de 1970 continuó con altibajos. Durante el período 1986-1988 ha comenzado su revisión a partir del reconocimiento de que para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 se requiere elevar los niveles de bienestar de la población, y que tanto la meta como los objetivos acordados se orientan a asegurar la contribución del sector salud a la reducción de las desigualdades sociales entre los distintos grupos que componen la sociedad hondureña. En consecuencia, durante 1987-1988 el Ministerio de Salud Pública ha dirigido sus esfuerzos a intensificar la comunicación entre las distintas instancias con base en el análisis de los problemas de salud: accesibilidad, situación de salud, eficacia y eficiencia. En 1988 se logró un acuerdo nacional sobre los sistemas locales de salud (SILOS). Los mismos, teniendo como eje integrador las relaciones entre las unidades productoras de servicios y los espacios-población, profundizan los procesos tanto de extensión de la cobertura como de desarrollo del sistema de salud y de la conducción (formulación de políticas) y gerencia (administración) del proceso de cambio.

Además, se han realizado importantes esfuerzos de coordinación, en especial con el Instituto Hondureño de Seguridad Social. A nivel político se están gestando iniciativas legislativas para facilitar la coordinación interinstitucional, tales como la Ley del Código Sanitario y el Sistema Único de Salud.

Recursos humanos

En el período 1984-1988 se mantuvo una tasa promedio de 4,2 médicos, 1,6 enfermeras y 0,8 odontólogos por 10.000 habitantes. Esta situación es más crítica para el personal técnico, que solo se forma en cuatro áreas (rayos X, laboratorio, anestesia y registros médicos), y auxiliar, que solo se capacita en enfermería. La disponibilidad continúa siendo escasa o nula especialmente en el caso de higiene dental, nutrición y mantenimiento de equipos.

La información global sobre disponibilidad de recursos humanos en el sector salud muestra que 59,5% trabaja en el Ministerio de Salud Pública, 14,2% en el IHSS, 4,9% en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y 21,4% en instituciones privadas; este último dato contrasta con la baja cobertura del sector privado. Del personal de salud que trabaja en el Ministerio de Salud

Pública 21% son médicos, 9% enfermeras y 70% auxiliares de enfermería. En el Instituto Hondureño de Seguridad Social, la disponibilidad proporcional de personal por categorías no varió durante los años 1984-1988, con excepción del personal administrativo que se triplicó.

Si bien no se dispone de datos completos sobre la disponibilidad de recursos humanos por categorías ocupacionales en el subsector privado, información parcial y preliminar proveniente de un estudio de la Unidad de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud Pública revela que de 1.917 médicos colegiados, 1.138 trabajan en el Ministerio, 699 en el IHSS y 779 en el subsector privado; la mayoría de estos últimos trabajan también en alguna de las dos instituciones mencionadas.

A pesar de la baja disponibilidad del personal de salud, hay muestras de desempleo que afecta principalmente a médicos y enfermeras. Esto es consecuencia de la baja capacidad de contratación del Ministerio y del IHSS, el bajo poder adquisitivo de la población y la creciente formación de recursos humanos. Análisis recientes parecen indicar que la mayor parte del personal de salud formado no satisface las necesidades de la política y el modelo asistencial que el país intenta poner en práctica en respuesta al perfil epidemiológico. Por ejemplo, hay una tendencia desequilibrada a la especialización (50% de los médicos) con ausencia de algunas especialidades básicas (patología).

Por otra parte, en el Ministerio de Salud, 66,2% del personal trabaja en servicios hospitalarios y 25,9% en la atención ambulatoria. Igual situación se observa en el IHSS, donde 48,3% labora en la atención hospitalaria y 26,5% en la ambulatoria. El resto del personal está ubicado en servicios administrativos y técnicos. Esta situación es producto de una concepción de la atención de salud eminentemente curativa, biológica y centrada en los hospitales. La distribución por zonas geográficas continúa siendo desigual, con una mayor concentración del personal médico, de enfermería y auxiliar del Ministerio en la capital.

El Ministerio de Salud Pública ha hecho un gran esfuerzo por incorporar a la comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud; para ello ha capacitado a miles de parteras, guardianes de salud, representantes de salud, colaboradores voluntarios, distribuidores de litrosol y, recientemente, a maestros vacunadores, quienes apoyan los distintos programas de salud. Su capacitación y permanencia han sido severamente afectadas por la capacidad de supervisión del Ministerio, la debilidad de la red de suministros, la ausencia de un programa formal de incentivos y la lentitud en la profundización del proceso de participación social en salud, siendo este último factor predominantemente político y extra-sectorial. Esta área estratégica se retomó en 1986, a partir del inicio del proceso de conducción y gerencia.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

A pesar de que en los últimos años se han producido importantes progresos en campos tales como suministro de agua potable en zonas rurales y urbanas, saneamiento y control de la contaminación, las condiciones generales de salud ambiental en Honduras siguen siendo insatisfactorias.

En la actualidad, las acciones de salud ambiental están a cargo del Ministerio de Salud Pública, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el Departamento Metropolitano de Limpieza Urbana de la Alcaldía de Tegucigalpa, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Ministerio de Trabajo y Asistencia Social, la División Municipal de Aguas de la Alcaldía de San Pedro Sula, la Empresa Nacional de Energía Eléctrica y otras instituciones tales como universidades y municipios.

En las zonas urbanas, el servicio de abastecimiento de agua se hace por medio de conexiones domiciliarias, con restricciones y suspensión temporal durante la época de verano; la población urbana que no tiene conexiones domiciliarias, pero que reside en áreas de fácil acceso a la red de distribución, se abastece de llaves públicas; el resto de la población sin este servicio se suplente mediante la compra de agua en las grandes ciudades y de fuentes superficiales, que por lo general están contaminadas. El servicio de eliminación sanitaria de excreta en las localidades urbanas se realiza en parte mediante conexión a redes de alcantarillado y en parte con letrinas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 1987, 68,2% de la población tiene servicios de abastecimiento de agua, y 59,5% de saneamiento. Las coberturas con agua y saneamiento en el sector urbano no se han modificado sustancialmente en el período comprendido entre 1973 y 1987, si bien ha aumentado la proporción de habitantes servidos con conexiones domiciliarias. Los servicios de abastecimiento de agua potable se han incrementado notablemente en las zonas rurales, ya que en 1973 se abastecía al 12% de la población y en 1987, al 55,7%.

La cobertura de eliminación de residuos líquidos en las zonas urbanas creció de 49% en 1973 a 88,5% en 1987. En las rurales, la eliminación sanitaria de excreta se realiza fundamentalmente por medio de la utilización de letrinas. Las coberturas se han elevado de 11% en 1973 a 41,8% en 1987.

El acelerado crecimiento demográfico, así como los cambios sociales y económicos que ha experimentado el país, han ocasionado efectos nocivos profundos en el medio ambiente. Los patrones crecientes de consumo requieren producir, transformar y transportar cada vez mayor cantidad de sustancias químicas y materias primas

que generan más desechos industriales, que se suman a los desechos sólidos orgánicos producidos por la población.

La rápida deforestación de los bosques está cambiando el microclima de las principales cuencas del país, afectando la producción de los ya limitados recursos hídricos e intensificando la desertificación y erosión de los suelos.

A comienzos de 1986, Honduras dio un paso sustancial al crear el Centro de Estudio y Control de Contaminantes (CESCCO) como un proyecto conjunto del Ministerio de Salud Pública, el Gobierno de Suiza y la OPS/OMS. Están en marcha una investigación sobre la contaminación del lago de Yojoa con metales pesados; actividades tendientes a preservar la calidad del embalse El Cajón y de su cuenca, y una investigación sobre los efectos de los plaguicidas en la salud de los habitantes del área de Ajuterique. Conviene recordar que existen 360 marcas de plaguicidas registradas y que Honduras es una de las naciones catalogadas con uso "excesivamente alto" de productos químicos.

Aunque en Honduras los desechos sólidos representan una de las causas de contaminación ambiental, las actividades para tratarlos tienen poco desarrollo. El crecimiento de la población, particularmente en las zonas urbanas, produce aumentos notables del volumen generado de desechos sólidos; por otra parte, el desarrollo industrial origina residuos que pueden ser altamente peligrosos y causantes de graves problemas de contaminación. En 36

de los 284 municipios existen los servicios de manejo y tratamiento de desechos sólidos llamados "trenes de asco", con una cobertura de 20,4% de las viviendas. Solo en Tegucigalpa y San Pedro Sula, la eliminación final que se lleva a cabo podría catalogarse como relleno parcialmente controlado. En el resto de las ciudades se utilizan vaciaderos a ciclo abierto que están contaminando el ambiente, corrientes superficiales de agua, pozos no protegidos y, naturalmente, el suelo. Los desechos líquidos generalmente se descargan en las corrientes de agua superficiales que cruzan las ciudades, con la consiguiente contaminación; esto es muy notorio en el área de Tegucigalpa. El personal profesional y técnico en este campo es muy escaso y la legislación y reglamentación es anticuada y pobre, además de que no se aplica, especialmente en lo relativo a organismos de planificación, promoción y coordinación.

En Honduras existen unos 35.000 establecimientos que elaboran, manipulan y expenden alimentos; el 80% de ellos está catastrado. Según la División de Control de Alimentos del Ministerio de Salud Pública, el 50% de las muestras de productos alimentarios indica que estos son inadecuados para el consumo humano. En general, los productos lácteos son los más vulnerables, ya que el 90% se elabora en forma artesanal y se considera poco seguro para el consumo humano. Debido sobre todo a limitaciones de personal, solo se controla el 45% de los aproximadamente 6.580 alimentos que circulan en el país.

ISLAS CAIMAN

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las Islas Caimán, que una vez fueron una colonia de Jamaica, son un territorio dependiente de la Corona Británica, estado por el que optaron al independizarse de Gran Bretaña en 1962. El territorio está regido por un gobernador, una asamblea legislativa de 12 miembros y un consejo ejecutivo de siete (cuatro elegidos y tres nombrados). El gobernador representa al Gobierno del Reino Unido, preside la asamblea legislativa y dirige el consejo ejecutivo; cada miembro de este último órgano tiene la responsabilidad de administrar una determinada parte de la cartera pública.

El territorio comprende tres islas con una extensión total de 250 km²: Gran Caimán, la de mayor tamaño y sede de George Town, la capital, Caimán Brac y Pequeña Caimán, conectadas entre sí por vía aérea.

Las islas han tenido siempre estabilidad política y económica. La economía ha crecido, sobre todo por una floreciente industria bancaria, seguida de la industria del seguro, el turismo y la construcción para apoyar empresas comerciales, residenciales, industriales y turísticas.

Se ha tratado de diversificar la economía, ampliar el comercio con los Estados Unidos de América, realizar actividades de planificación para el desarrollo a largo plazo, en un período de 20 años, y establecer programas quinquenales de desarrollo en varios sectores, que se ajusten a la realidad del país. Dentro de este marco, se ha establecido un plan nacional de desarrollo.

El presupuesto del Gobierno para 1989 fue de \$US123 millones, 8,2% de los cuales se asignaron al sector de salud. El producto interno bruto (PIB) en 1987 fue de \$US395 millones, con un PIB per cápita de \$US15.860.

La educación primaria y secundaria es gratuita para todos los ciudadanos y se cobra una matrícula por un valor nominal a los extranjeros. El Gobierno subvenciona la educación privada en las islas. El alfabetismo de los adultos se estima en 95%.

El Gobierno se interesa mucho por la protección ambiental. Entre las nuevas actividades de mayor importancia cabe citar un plan para la conservación de parques donde existe vida marina, el establecimiento de un criadero de tortugas y la construcción de un sistema de al-

cantarillado en Gran Caimán y de un sistema público de acueducto en George Town.

Características demográficas

En 1988 la población de las Islas Caimán se estimaba en 24.900 habitantes, de los cuales 94% viven en Gran Caimán. El 8,6% de la población total es menor de 5 años y 23,8% menor de 15 (1988). Las mujeres de edad reproductiva comprenden 27,0% de la población.

El crecimiento anual de la población (1979 a 1988) se estima en 4,9%. Un factor importante en el crecimiento de la población es el número de extranjeros residentes. A fines de 1988 la población extranjera representaba 37% del total de residentes.

La tasa general de fecundidad en 1988 era de 54 por 1.000 mujeres. La tasa de natalidad era de 15,8 por 1.000 habitantes en 1987 y de 15,3 en 1988. La esperanza de vida al nacer es de 74,5 años, sobre la base de los cálculos de 1983.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

La tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes fue de 6,1 en 1986, 4,5 en 1987 y 4,4 en 1988. Hubo una defunción de un lactante en 1987 y dos en 1988, todas durante el período neonatal.

Las principales causas de defunción en 1988 fueron los neoplasmas malignos, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes, la neumonía y la influenza. Las enfermedades del corazón, los neoplasmas malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes representaron casi 70,5% de las defunciones durante el período de 1984 a 1988. Hay una continua preocupación por la elevada tasa de defunciones causadas por accidentes de tráfico.

La diabetes y la hipertensión son importantes causas de mortalidad y uno de cada cuatro pacientes atendidos en los dispensarios sufre uno o ambos trastornos.

Situación de salud de grupos humanos específicos

La proporción de niños menores de 12 meses inmunizados contra DPT y poliomielitis es de 93 y 95%, respectivamente. Cerca de 99% de la población destinataria ha recibido la vacuna triple contra la parotiditis, el sarampión y la rubéola y 86%, la BCG (1988).

El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual reciben más atención hoy en día. Hasta abril de 1989 se habían registrado 13 seropositivos al VIH, incluso cuatro casos de SIDA, y se habían notificado dos defunciones. En 1988 la incidencia notificada de sífilis fue de 3,7 por 1.000 habitantes y la de infección gonocócica, de 4,5 por 1.000 habitantes.

Los problemas de salud mental y de uso indebido de alcohol y de drogas son motivo de preocupación cada vez mayor. Las instalaciones y los servicios en esos campos son todavía inadecuados.

La atención de los ancianos está entre las prioridades de salud.

El problema del embarazo de adolescentes se agudiza cada vez más. Cerca de 18% de las mujeres que dieron a luz en 1988 tenían menos de 20 años y 1,3%, menos de 16. No se registraron defunciones maternas entre 1986 y 1988.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los médicos de los servicios públicos y privados prestan atención de salud y el Gobierno asume una función directiva. El Departamento de Servicios de Salud se encarga de la atención de salud prestada por el Estado, incluso los servicios de salud pública y los hospitales. El Gobierno administra el hospital de las Islas Caimán de 52 camas (excluidas 8 camas que se encuentran en la Casa de Retiro Pines para enfermos crónicos) y el hospital Faith de 12 camas en Caimán Brac.

El servicio de salud pública tiene dos divisiones. Una administra el servicio de salud comunitaria, presta atención primaria por medio de los centros distritales de salud y se encarga de otras funciones especificadas en las leyes de salud pública. Estos programas son supervisados por un oficial médico al que competen los asuntos de salud. La otra es la división de salud ambiental, dirigida por el jefe de ese campo.

Los dispensarios de distrito ofrecen atención regular de enfermería, atención de salud maternoinfantil, atención prenatal, servicios de planificación familiar, inmunización, educación para la salud, orientación genética y consultas a domicilio. El servicio de atención dental mantiene un dispensario en el hospital de George Town en

Gran Caimán, otro en el hospital Faith en Caimán Brac y varios en seis escuelas de Gran Caimán.

Se ha hecho hincapié en las mejoras en materia de tecnología médica. Se han implantado programas de detección efectivos, como los de control de la diabetes, detección de defectos visuales en los niños de edad escolar y control del SIDA. Además, se han intensificado las actividades de educación de pacientes y de la comunidad, incluso de control del uso indebido de drogas y de enfermedades de transmisión sexual.

En 1988 las Islas Caimán tenían seis centros de salud (cuatro centros distritales de salud, un centro de salud maternoinfantil en Gran Caimán y un dispensario en Pequeña Caimán), dos hospitales y dos centros de salud escolar. Ese mismo año, había 2,9 camas por 1.000 habitantes, 14 médicos y 3,6 dentistas por 10.000 habitantes y 4,8 enfermeras y parteras por 1.000 habitantes.

El servicio de salud está a disposición de toda la población de las islas, pero el gobierno concentra sus actividades en los niños de edad escolar, los funcionarios públicos y su familia inmediata, los indigentes y las personas con discapacidades físicas y mentales.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La división de salud ambiental siguió haciendo hincapié en la mejora del control de roedores, la vigilancia de la calidad del agua, la inspección de la carne y los alimentos, la vigilancia de los expendios de alimentos y la gestión de los desechos sólidos. Se trató de entablar estrecha coordinación con las entidades encargadas de mejorar el abastecimiento de agua y la evacuación de excretas y de hacer cumplir las normas de construcción.

Gran Caimán tiene dos sistemas de acueducto, alimentados con agua desalada; estos sistemas proporcionan agua por medio de unas 2.000 conexiones, que sirven a un 45% de la población de las islas. La Administración de Abastecimiento de Agua, órgano establecido por la Ley, abastece a toda la zona de George Town y emplea el calor desperdiciado de una empresa de energía eléctrica para destilar agua del mar; la demanda de conexiones al sistema de George Town aumenta rápidamente. La Administración de Abastecimiento de Agua también tiene a su cargo dos empresas de extracción de agua subterránea. Se ha adjudicado un contrato a una compañía privada para abastecer de agua a la principal zona de balnearios, con destilación por medio de compresión de vapor a alta temperatura. Varios edificios de apartamentos y hoteles grandes tienen pequeñas plantas de osmosis inversa. En muchas casas se recoge y guarda el agua de lluvia en cisternas de concreto y se utilizan pozos de patio para almacenar la que no es para beber. En camiones de em-

presas privadas se transporta agua desde las instalaciones de la Administración de Abastecimiento de Agua para suplementar las existencias de agua de lluvia en cada lugar.

En Caimán Brac y Pequeña Caimán no hay ningún sistema público de abastecimiento de agua y los residentes deben establecer puntos de captación de agua de lluvia y construir pozos de patio. En tres hoteles hay plantas de osmosis inversa y la Administración de Abastecimiento de Agua tiene varias bombas manuales públicas conectadas a una pequeña fuente de agua subterránea. Algunos residentes beben agua envasada importada, aunque el volumen de esas importaciones comienza a reducirse.

Ha mejorado el programa de vigilancia de la calidad del agua. En 1988, de las 1.670 muestras de agua examinadas, 25% de las de las cisternas y 38% de las de los pozos estaban contaminadas con materia fecal. No se observó contaminación en los sistemas de acueducto.

La Administración de Abastecimiento de Agua termino hace poco las obras del alcantarillado central y de tratamiento de aguas negras en la zona de West Bay Beach, la más densamente poblada y la principal zona turística. Por ley, las edificaciones que estén dentro de la zona de desagüe deben estar conectadas al sistema de alcantarillado público; las situadas dentro de la zona de West Bay Beach se conectaron con arreglo al contrato para obras de ingeniería civil adjudicado a una empresa privada. El sistema incorpora varias estaciones de bombeo y estanques de estabilización de desechos. Se pretende reutilizar los efluentes tratados para riego. De momento existe un problema de salinidad causado por el uso de agua salada para el lavado de los sanitarios de varios hoteles. La Administración de Abastecimiento de Agua está abordando ese problema actualmente y existe la posibilidad de proporcionar efluentes tratados a los hoteles para reemplazar el agua salada que usan actualmente. En cada sitio se realizan otras actividades de tratamiento y evacuación de aguas servidas, utilizando pozos sépticos con inyección o filtración en pozos profundos. Los edificios de apartamentos y oficinas y los hoteles de mayor tamaño fuera de la zona de desagüe del sistema de alcantarillado tienen plantas autónomas de tratamiento. Se ha comprobado que el tratamiento y la evacuación de aguas negras en

cada lugar representa una gran amenaza para la contaminación de los pozos de patio.

El ambiente limpio y sano de Gran Caimán es prueba de la idoneidad e integridad del servicio de gestión de desechos sólidos de la isla. La gestión de desechos sólidos, que constituye el centro de las actividades de salud ambiental, incluye los servicios domiciliarios de recolección de basura, la distribución de canecas para evacuación de desechos comerciales y comunitarios, el retiro de vehículos abandonados, la recolección de basura y la limpieza de las calles y el mantenimiento de las playas e instalaciones públicas. Semanalmente se producen unas 500 toneladas de desechos sólidos y la evacuación se efectúa en rellenos sanitarios. La falta de espacio y de material de cobertura ha sido un obstáculo para las operaciones, lo que ha causado contaminación de las fuentes de agua subterránea por los productos de lixiviación. Se trabaja en la limpieza del agua contaminada y se planea seguir comprando terrenos hasta cuando se seleccionen otras técnicas de evacuación.

Se han puntualizado algunos problemas de contaminación del aire; la sección de salud ambiental y los propietarios de las fuentes de contaminación trabajan conjuntamente en su solución.

La protección de los alimentos es sobre todo una responsabilidad de la división de salud ambiental. Tres inspectores vigilan regularmente las condiciones sanitarias y la calidad del agua de los restaurantes y otros expendios de alimentos; también examinan los animales destinados al consumo local antes y después del sacrificio.

Los departamentos de planificación, abastecimiento de agua y salud aprueban el establecimiento de subdivisiones y nuevas actividades. La inocuidad de las condiciones sanitarias y los métodos de evacuación de excretas se garantizan mediante la aplicación del código de construcción, que exige mejores prácticas en cuanto a la instalación de tuberías y evacuación de excretas, un proceso para certificar y licenciar a los plomeros y la aprobación de acuerdos sanitarios. El departamento de planificación se propone establecer una unidad de control de edificaciones para examinar los problemas de las urbanizaciones ilegales, especialmente las viviendas de calidad inferior.

ISLAS TURCAS Y CAICOS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las Islas Turcas y Caicos, un territorio dependiente de la Corona británica, comprenden ocho islas principales, seis de las cuales están habitadas, y muchos cayos pequeños. Un Gobernador es el representante del Gobierno del Reino Unido y preside el Consejo Ejecutivo formado además por el Primer Ministro, cuatro ministros (a cargo de Servicios Sociales, Obras Públicas, Recursos Naturales y Comercio y Desarrollo) y tres miembros oficiales (el Secretario Principal, el Procurador General y el Secretario de Hacienda). El Consejo Legislativo se compone de 11 miembros electos y cuatro designados. El Primer Ministro es elegido por el Consejo Legislativo y confirmado en su cargo por el Gobernador.

La economía está basada en el turismo, la pesca y la banca extraterritorial. El turismo ha aumentado, especialmente en Providenciales. A partir de 1980 funcionan una pequeña banca y compañías extraterritoriales. La pesca comercial de caracoles y langostas también incrementa la renta pública. Los derechos aduaneros siguen siendo la principal fuente de ingresos. No se cobran impuestos sobre la renta ni sobre los bienes inmuebles.

En 1989 las islas dejaron de tener el déficit de gastos ordinarios registrado en el pasado. Por consiguiente, ese año no se necesitó la ayuda del Reino Unido para financiar el presupuesto ordinario, pero sí para cubrir los gastos de capital. Los fondos antes proporcionados como sostenimiento de los gastos ordinarios se suman ahora a la asistencia de capital. El presupuesto ordinario (revisado) de 1988-1989 totalizó \$US20.067.000. Los ingresos de capital provenientes de la asistencia para el desarrollo, del Reino Unido, ascienden a \$US23.923.000. La renta per cápita se estima en \$US3.000.

Aunque no se dispone de datos confiables sobre el empleo, se estima que la desocupación alcanza a 20% de la fuerza laboral. La mayoría de los nuevos empleos creados en el curso de los últimos cuatro años se encuentran en Providenciales. Los nuevos empleados son fundamentalmente inmigrantes de Haití y la República Dominicana.

El sistema de educación pública está formado por las escuelas primarias y secundarias, un instituto nocturno

que ofrece más oportunidades de completar la educación secundaria, un colegio comercial y un centro de capacitación vocacional que abrió sus puertas en 1984. Funcionan unas pocas escuelas privadas. El Departamento de Salud procura cooperar con el de Educación para establecer dentro del sistema de enseñanza un programa de formación preparatoria en ciencias de la salud. El alfabetismo entre los adultos se estima en 85%.

Aunque las viviendas son todavía insuficientes, se ha observado cierto incremento en la construcción de unidades nuevas. Se han promulgado leyes que establecen normas de edificación.

Prácticamente todos los alimentos que se consumen son importados.

Características demográficas

Se estima que en 1989 la población total era de 14.000 habitantes. De conformidad con las cifras correspondientes a los sectores de salud y educación, se calcula que la distribución de la población por edad era la siguiente: menos de 5 años, 1.780 (12,7%); 5 a 14 años, 4.370 (31,2%), y 15 y más años, 7.850 (56,1%). Hay 3.220 mujeres fértiles de 15 a 44 años.

Entre 1980 y 1987 el crecimiento de la población fue del 7,5% anual y obedeció fundamentalmente a la migración de trabajadores de Haití y la República Dominicana. Este crecimiento acelerado ejerce presión sobre los servicios de salud existentes. Se han originado nuevas necesidades como consecuencia de la afluencia de personas pobres que no hablan inglés.

La esperanza de vida al nacer se estima en 66 años. La tasa bruta de natalidad fue de 23,1 por 1.000 habitantes en 1986 y la tasa bruta de mortalidad, de 6,1 en 1985. La tasa de mortalidad infantil fue de 22 por 1.000 nacidos vivos (1986). El pequeño tamaño de la población trae aparejados cambios sustanciales en las distintas tasas anuales.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Las principales causas de defunción son los accidentes cerebrovasculares, las insuficiencias cardíacas congestivas,

el cáncer y los infartos del miocardio. Las principales causas de morbilidad son los trastornos cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes mellitus, la influenza y las infecciones del tracto urinario.

En el Plan Nacional de Salud se establece que el control del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual es una cuestión prioritaria. En 1987, la incidencia de gonorrea fue de 42 por 10.000 y la de sífilis, de 30 por 10.000. Se han diagnosticado nueve casos de SIDA y se ha comprobado que 143 personas eran seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), conforme a la prueba de Western Blot. Estos datos proceden de un programa de exámenes de alcance limitado.

Otras cuestiones prioritarias determinadas en el Plan Nacional de Salud son mejor atención en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas (afecciones cardíacas, hipertensión, diabetes mellitus); mejor educación en salud y mejores servicios de asesoramiento; mejor atención de los enfermos mentales; suministro de servicios a los discapacitados mentales y físicos; mejor salud oral; control y mejoramiento del estado de nutrición; prevención de los accidentes de tráfico, y control de la tuberculosis y de la lepra.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El director del Departamento de Salud es el Médico Jefe y a la vez el Director Médico del Hospital. Hay otros tres funcionarios médicos en Gran Turca, uno en Providenciales y otro en Caicos meridional.

Los principales problemas del sistema de salud, según fueron determinados en el Plan Nacional de Salud, son el perfeccionamiento del sistema de información sobre salud; la disponibilidad y capacitación de recursos humanos; el mejor mantenimiento de las instalaciones y equipos; el mejoramiento de los dispensarios; la provisión de más servicios de salud en Providenciales, y el continuo mejoramiento del Hospital de Gran Turca.

La creciente importancia del turismo para la economía requiere que se aborden los problemas de salud ambiental y se asegure la prestación de una adecuada atención de emergencia. En el sector privado de Providenciales, la isla turística principal, se dispone de servicios apropiados de atención de emergencia para turistas. Sin embargo, los servicios existentes en esta isla deben extenderse para que satisfagan las necesidades de salud locales.

Diez dispensarios distribuidos en las islas proporcionan atención pre y posnatal, servicios de salud infantil y de medicina general, educación en salud y servicios de asesoramiento. Todos los partos ocurren en el hospital o los centros de salud.

El Hospital de Gran Turca (36 camas) es el centro de

los servicios de atención de la salud en las islas. Recientemente ha sido renovado y ampliado para que pueda dar cabida a la unidad administrativa de salud y proporcionar servicios en casos de accidente y de otras emergencias. Aunque queda mucho por hacer, se están reforzando las funciones que desempeña el hospital en cuanto a la atención primaria de salud. El sector privado proporciona servicios de salud y asistencia médica en Providenciales.

El mantenimiento de las instalaciones y equipos del sector todavía es deficiente. Los repuestos de los equipos se deben importar de Europa y las dificultades que se experimentan para conseguirlos siguen constituyendo un problema importante.

Las islas han solicitado ingresar en el Programa de Servicios de Medicamentos del Caribe Oriental y su incorporación aumentaría la cantidad de suministros disponibles y mejoraría el control de la calidad de los fármacos.

Los servicios de laboratorio y de rayos X han experimentado una mejora.

En cuanto al presupuesto ordinario de salud, fue de \$US1.257.406 en 1986-1987, \$US1.297.885 en 1987-1988 y \$US2.118.556 en 1988-1989. En el período 1987-1988, el presupuesto de salud representó 9,9% del total de los gastos. Las estimaciones hechas para 1988-1989 indican que los gastos en salud constituyen aproximadamente 10,5% del total de los gastos ordinarios.

Los recursos humanos disponibles en salud comprenden cinco doctores en medicina, dos dentistas, 40 miembros del personal de enfermería (incluida una enfermera jefe), 16 enfermeras de sala (incluida la principal), cuatro enfermeras de salud pública (incluida una principal) y 16 enfermeras de dispensarios. Hay también tres inspectores de salud pública, dos técnicos de laboratorio médico, dos auxiliares dentales, cinco asistentes de geriatría y nueve auxiliares de salud de la comunidad. En los últimos años ha mejorado notoriamente la situación de los recursos humanos, en particular en el campo de la enfermería. Se están capacitando 16 profesionales nacionales: uno como doctor en medicina, nueve como enfermeras de sala y seis como auxiliares de salud de la comunidad.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Las necesidades del 90% de la población en materia de provisión de agua se cubren exclusivamente con la captación de agua de lluvia y de pozos, casi siempre cavados, pero los rendimientos son muy limitados excepto en pequeños yacimientos en las islas Caicos septentrionales y centrales. Tan solo 50% de la población de Gran Turca dispone de un depósito para los 2.000 galones por persona necesarios para pasar los 200 días que dura la temporada de sequía anual. La cantidad de agua que sumi-

nistra el sistema público (unos 2,5 galones per cápita por día) es insuficiente para hacer frente a las necesidades básicas de agua potable. Por consiguiente, no hay agua que fluya en los inodoros y se originan condiciones anti-higiénicas.

El programa de control de la calidad del agua a cargo del Departamento de Salud Pública es limitado. Sin embargo, revela que el agua es de mala calidad, principalmente porque no son apropiadas las fuentes de abastecimiento (métodos de recolección y almacenamiento). Los principales problemas son el sabor, olor y color, y la mala calidad bacteriológica.

Parte de la población que vive en las cuatro ciudades utiliza un sistema de eliminación de excreta en el mismo sitio. En Gran Turca no existe ningún sistema público de alcantarillado. Los hoteles, los edificios públicos y cerca de 40% de las viviendas particulares dependen de sistemas de limpieza de inodoros con agua salina, que descargan directamente al mar por conductos subterráneos. Las tres cuartas partes de la población utiliza excusados. Aunque el Gobierno brinda orientación al respecto, muchos de los excusados están mal contruidos y ubicados. En ge-

neral, las formaciones rocosas del terreno hacen muy difícil y costosa la instalación de fosos sépticos, lo que constituye un factor de contaminación de los pozos superficiales poco profundos. El Departamento de Salud Pública ha iniciado un programa de asesoramiento y asistencia parcial para fomentar la construcción de letrinas con el esfuerzo de cada uno.

En Gran Turca y Caicos meridional la recolección y eliminación de los desechos sólidos se realizan por medio de camiones públicos. Sin embargo, en las otras islas, contratistas particulares recogen y descargan la basura en vertederos públicos.

El Departamento de Salud Pública desarrolla un activo programa de inspección de los establecimientos que venden comidas y exige certificados a las personas que manipulan alimentos. Actualmente no rigen disposiciones reglamentarias sobre el control sanitario de las viviendas.

Los mosquitos y los simúlidos constituyen problemas que se prolongan a lo largo de los años. El Departamento de Salud Pública procura conseguir asistencia para establecer y poner en marcha un programa de control de vectores que resulte eficaz en función de su costo.

ISLAS VIRGENES BRITANICAS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las Islas Vírgenes Británicas (Tórtola, Virgen Gorda, Jost Van Dyke, Anegada y algunas otras islas pequeñas) constituyen un territorio dependiente de la Corona Británica. Un Gobernador, a cargo de la seguridad y de los asuntos exteriores, representa al Gobierno del Reino Unido. El territorio goza de autonomía interna.

La economía de las Islas Vírgenes Británicas está basada en el turismo y los servicios. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de \$US7.093 en 1983 a \$US9.492 en 1987. La tasa de inflación ha disminuido de 2,5% en 1984 a 1,8% en 1987. El desempleo ha sido bajo y fue estimado en un 5% en 1987. El alfabetismo asciende al 98% de la población adulta y todos los niños menores de 15 años están inscritos en escuelas.

Características demográficas

La población aumentó de 11.890 habitantes en 1985 a 12.240 habitantes en 1987. La población es joven: el 34% tiene menos de 15 años y solo el 5,9% tiene 65 y más años. La tasa de natalidad fue de 18 por 1.000 en 1986 y 22 por 1.000 en 1987. Se estimó que la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 44 años varió entre 79 por 1.000 en 1986 y 93 por 1.000 en 1987; como estas cifras son bajas, los cambios experimentados deben considerarse con suma precaución. El porcentaje de mujeres fértiles (15 a 44 años) fue de 23% en todo el período 1985-1987.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

De 1985 a 1987 hubo 15 nacidos muertos en un total de 735 nacimientos, lo que representa una tasa de 20,4

por 1.000, y 16 muertes neonatales, o sea una tasa de 22,2 por 1.000 nacidos vivos. En 1987 hubo una sola muerte posnatal y otra en el grupo de 1 a 4 años. La prematuridad y la dificultad respiratoria fueron los principales factores causantes de las defunciones infantiles; la gastroenteritis y las infecciones respiratorias motivaron la mayor parte de las admisiones en el hospital de pediatría.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) alcanzó el 100% de la cobertura para la DPT y la poliomielitis, el 70% para el sarampión y el 80% para la BCG. En la actualidad el programa de salud escolar comprende un examen de la visión, enjuagues con flúor y desparasitación como prácticas permanentes; también se ha introducido recientemente un examen audiométrico.

Salud de los adolescentes y adultos

La hipertensión y la diabetes son las principales causas de morbilidad. El hecho de que las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares figuren entre las principales causas de defunción refleja la importancia de la hipertensión como factor que contribuye a la mortalidad. Los tumores malignos constituyen otra causa importante de mortalidad. Durante los últimos diez años se ha elevado el número de muertes provocadas por accidentes con automotores.

Los servicios de salud mental se limitan a la capital, Roadtown; el servicio de enfermeras de la comunidad coordina las distintas actividades vinculadas con la salud mental. No hay psiquiatras que residan en el territorio.

Solo se registró una muerte materna, que se produjo en 1987. La proporción de niños nacidos de mujeres de menos de 20 años es relativamente baja (10% a 15%). La cobertura de atención prenatal aumentó apreciablemente en 1987, con la introducción de clases prenatales nocturnas; más de la mitad de las embarazadas se inscribían antes de la duodécima semana. Se continúa desarrollando un activo programa de planificación de la familia y educación para la vida familiar. Un ciclo educativo para padres y madres y un consultorio piloto para adolescentes son las características distintivas de este programa.

Salud del anciano

Los ancianos constituyen uno de los sectores de esta pequeña población que más rápidamente crece. Sin em-

bargo, se dispone de poca información documentada sobre su estado de salud.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La provisión de servicios de salud pública incumbe al Departamento de Salud del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar. El Ministro toma las decisiones políticas sobre los servicios de salud con el asesoramiento de altos funcionarios técnicos y del Secretario Permanente, que es el encargado de la administración diaria del Departamento. El Ministro responde ante el Gabinete ministerial de su gestión como proveedor de los servicios de salud que ofrece el gobierno.

El Ministro promueve la cooperación entre el sector público y otros grupos cívicos como parte de la actividad que desarrolla para movilizar los recursos nacionales. Un funcionario a cargo de la educación en salud fomenta una colaboración similar dentro del sector de salud y entre este y otros sectores gubernamentales.

El Secretario Permanente es la máxima autoridad ejecutiva y contable en el Ministerio. El Médico Jefe informa al Secretario Permanente y tiene a su cargo tanto la administración y dirección técnica de todas las áreas de los servicios de salud como el manejo del personal del sector. La enfermera jefe cumple funciones similares con respecto al servicio de enfermería. El Departamento de Salud emplea a cinco médicos, un dentista, sesenta enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería y dos inspectores de salud pública.

La política del gobierno consiste en proporcionar atención integral de salud en los sectores público y privado, especialmente a madres, niños, ancianos, enfermos mentales y discapacitados. El plan nacional de salud exige que se despliegue una actividad más intensa para reducir los riesgos para la salud derivados del medio ambiente y establece la necesidad de comprometer a la comunidad en la planificación y movilización de recursos para mejorar la salud de sus miembros.

Toda la población tiene acceso a la atención de salud en instituciones locales. Las instalaciones de salud oficiales son: el Hospital General Peebles (50 camas); el Centro de Salud Pública de Roadtown; el Pabellón Geriátrico (sin inaugurar); la Sala de Observación, y ocho centros de salud en Tortola y las islas de Anegada, Jost Van Dyke y Virgen Gorda. Además, hay en Roadtown un hospital privado con ocho camas que brinda servicios generales, ginecológicos y de cirugía plástica. Esto representa un total de 58 camas para casos agudos (5 por 1.000 habitantes).

La atención primaria se presta por medio de servicios de salud comunitarios, el departamento para casos de accidente del Hospital Peebles, el Centro de Salud Pública de Roadtown y dispensarios distritales que funcionan en Tortola y otras islas. Los servicios particulares que ofrecen los médicos cubren una parte significativa (se estima que alrededor del 50%) de la atención primaria de salud.

La atención secundaria está a cargo del Hospital Peebles y comprende: servicios para casos de accidente o emergencia; internación en salas generales y pabellones de medicina clínica, cirugía y obstetricia, y servicios de diagnóstico. El personal del hospital está compuesto por una matrona, una matrona auxiliar, enfermeras de guardia, enfermeras principales, auxiliares de enfermería, mucamas y una enfermera-anestesiista capacitada.

Especialistas residentes y visitantes proporcionan atención terciaria de salud. Muchos residentes, especialmente los que gozan de una posición acomodada, viajan a St. Thomas o a Puerto Rico para aprender de los especialistas y sacar provecho de los servicios que allí se ofrecen.

Tres médicos residentes no dependen del gobierno; se permite que todos los médicos del sector público ejerzan su profesión en consultorios particulares. También se dispone de los servicios de especialistas que llegan de visita de territorios vecinos.

Ocho médicos trabajan en forma privada en Roadtown: tres de ellos con farmacias contiguas y otro dispone de una unidad de rayos X. En Virgen Gorda el médico residente tiene su consulta particular en un dispensario del Gobierno.

Hay un consultorio dental privado en Roadtown.

Existen en Roadtown tres farmacias importantes y un local que vende accesorios médicos. Otros dos comercios en Tortola y un tercero en Virgen Gorda disponen de gran variedad de medicinas para la venta.

En las Islas Vírgenes Británicas solo se brinda capacitación en salud a las auxiliares de enfermería. Ingresan con el certificado de estudios básicos y emprenden un aprendizaje que dura 18 meses en salas de hospital. Las que logran descollar se trasladan a las escuelas de enfermería del Caribe, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América o a los Estados Unidos de América, donde siguen un programa de capacitación de tres años para enfermeras diplomadas y después un curso de obstetricia que dura un año.

La formación de personal es limitada en el plano local; por consiguiente, las islas tienen que depender para ello de instituciones del exterior. Cabe esperar que se mantenga la elevada tasa de movimiento de personal que se registra actualmente hasta que se reduzca el número de funcionarios contratados y desaparezcan los incentivos para que el personal local más capacitado emigre a los Estados Unidos de América.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Las 36 islas de caliza que abarcan las Islas Vírgenes Británicas proporcionan un entorno costero que atrae al turismo. A pesar de la amenaza de contaminación de las costas en Tortola y Virgen Gorda, el territorio cobra cada día más conciencia del valor de sus limitados recursos ambientales en tierra y mar.

La intrusión de agua salada y otras formas de contaminación de las aguas freáticas plantean desafíos muy reales a la provisión de agua de buena calidad. Las fuentes superficiales son muy limitadas y carecen de protección; por otra parte, los controles legislativos de la salud pública son tan insuficientes que permiten que las aguas servidas sin tratar o incompletamente tratadas sean descargadas de hoteles y otras instalaciones turísticas en las aguas costeras; a estas descargas se añaden las que provienen de pequeños sistemas de alcantarillado en el centro de Tortola y de buques en dársenas. Los desechos sólidos generados por los turistas constituyen otro problema y su eliminación en Tortola se efectúa por medio de un vaciamiento antihigiénico. Los recipientes públicos donde se guarda la basura son a menudo elementos muy contaminantes del área, especialmente cuando se encuen-

tran cerca de las dársenas o en zonas comerciales.

Estos problemas reflejan la falta de leyes y normas modernas en materia de salud ambiental, a la vez que una debilidad institucional que se manifiesta en la dotación de personal y en los presupuestos y que impide la puesta en marcha de iniciativas encaminadas a mejorar la salud ambiental. En todas estas iniciativas, como el tratamiento de los desechos, influyen la industria del turismo y la creciente sensibilidad acerca de las amenazas que se ciernen sobre el medio ambiente costero. La salud ambiental resultará beneficiada si tanto el fortalecimiento institucional como la actualización de las leyes, la educación ambiental y el desarrollo tecnológico se ponen al servicio de los limitados recursos ambientales de las islas.

Hay un programa de control de vectores verticalmente estructurado que se cumple de manera rutinaria en todo el territorio cada dos o tres meses. Se utilizan peces larvivos en cisternas y se examinan y tratan focalmente con insecticidas otros tipos de recipientes. Se están estudiando planes de investigación de la potencialidad del control biológico con el copépodo *Mesocyclops aspericornis*. En 1988 se efectuaron intensos rociamientos y tratamientos con larvicidas tras haberse detectado varios casos de dengue en Tortola.

JAMAICA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Jamaica, que ocupa el tercer lugar entre las islas más extensas del Caribe, se independizó de Gran Bretaña en 1962. Es gobernada como una democracia bipartidista, con un Gobernador General como Jefe de Estado, un cuerpo legislativo formado por dos cámaras y un órgano judicial.

El partido que asumió el poder en 1980 pudo manejar la economía con éxito y la llevó del deterioro al crecimiento. Sin embargo, las estrictas políticas seguidas ocasionaron graves desplazamientos en los planos individual y familiar. El partido de oposición recién elegido, que asumió el mando en febrero de 1989, ha contraído el compromiso de "poner al pueblo primero" y ha hecho hincapié en la continuidad de los programas de desarrollo económico y social en marcha. Se prevé que los cambios de orientación se centrarán en lo siguiente: mayor autoridad y responsabilidad de los gobiernos locales, fortalecimiento del servicio civil, mejores relaciones con los países de CARICOM y mayor participación de la comunidad en los niveles decisivos.

La economía del país se ha basado tradicionalmente en la agricultura, cuyos principales productos de exportación comprenden azúcar, banano y frutas cítricas; desde los años cincuenta, el turismo y la explotación de bauxita han sido las principales fuentes de divisas. La economía de Jamaica se vio gravemente afectada por la vertiginosa reducción del ingreso proveniente de las exportaciones de bauxita y por la recesión económica mundial de los años ochenta. El turismo es actualmente la principal fuente de divisas.

Las políticas de estabilización y ajuste estructural, incluso la devaluación del dólar jamaicano y el estricto control del gasto público, mostraron resultados favorables en 1988. El déficit fiscal se redujo de 17,7% del producto interno bruto (PIB) en 1980-1981 a 6,6% en 1984-1985, 3,2% en 1986-1987 y 2,2% en 1988.

El PIB a precios constantes mostró una tendencia descendente (pese a una pequeña recuperación) hasta 1985. En 1986, fue de \$1.870 millones, un incremento de 2,2% en comparación con el monto de 1985; el monto estimado (\$1.967 millones) de 1987 fue 5,2% superior

al de 1986. La contribución porcentual al PIB en 1987 fue la siguiente: agricultura, silvicultura y pesca, 8,4%; minería y explotación de canteras, 5,4%; manufacturas, 16,6%; construcción e instalación, 5,8%, y servicios, 69,6%, con una deducción de 5,7% por costos de servicio imputados. Todos los sectores, excepto los de servicios públicos y agricultura, experimentaron un sólido crecimiento.

La agricultura, las manufacturas y el turismo fueron los sectores más afectados por el huracán Gilbert en septiembre de 1988, seguidos del subsector de la vivienda. El crecimiento del PIB real, pronosticado entre 4 y 5% en 1988-1989, se estima ahora entre 1 y 2% en 1988 y 3% en 1989. El PIB per cápita, a precios constantes, se redujo de 1981 a 1984. Aunque la población aumentó 0,4% de 1986 a 1987, este incremento fue sobrepasado por el del PIB corriente y real, lo que resultó en un aumento de 4,8% en el PIB per cápita a precios reales, de 1986 a 1987.

La deuda externa se estimó en \$US4.013,4 millones en diciembre de 1987, un incremento de 13,9% en relación con el total del año precedente. Es pesada la carga de la deuda para la economía. Entre 1985 y 1987, de 41 a 43% del gasto total se destinó a amortización y pagos por concepto de interés.

En general, entre 1984 y 1987 el gasto en importaciones excedió del monto de los ingresos de exportación. Han aumentado las exportaciones no tradicionales como las de ropa y las importaciones de alimentos, materiales de construcción y equipo de transporte.

La tasa de inflación, medida por el índice de precios al consumidor, fue de 8,4% en 1987. Hubo una reducción constante de la tasa de crecimiento de dicho índice de 31,2% en 1984 a 8,4% en 1987. En 1988 el cambio podría ser superior a la cifra estimada de 10,5%, como resultado del huracán Gilbert. De 1987 a 1988, el tipo de cambio se mantuvo estable.

En 1987, 21% de la fuerza de trabajo estaba desempleada; esta es la menor tasa de desempleo que se ha registrado desde 1979 y representa una baja de 2,7% en relación con la de 1986. El sector manufacturero mostró el mayor aumento de la tasa de empleo y entre las mujeres esta pasó de 64% en 1984 a 71% en 1987. Las tasas de desempleo de los hombres menores de 25 años, pese a haber aumentado en 1987 (28%) en relación con 1986 (26%), fueron inferiores a las de 1984 (30%). En

1987 también se redujo el trabajo de tiempo parcial, pero la proporción de mujeres trabajadoras con ese arreglo fue mucho mayor que la de hombres. Se prestó mayor atención al cuidado y a la protección de los niños y a los programas de adiestramiento y desarrollo destinados a los jóvenes, que han ayudado a reducir el desempleo.

Se estima que 83% del grupo de 3 a 5 años de edad está matriculado en jardines de infancia y más del 95% del grupo de 6 a 11 años, en escuelas primarias. En ocho condados seleccionados con programas de registro obligatorio de la asistencia, esta es de 55 a 69% en todas las escuelas y de 67 a 77% en las primarias. El 85% de la población estimada del grupo de 12 a 16 años está matriculada en instituciones secundarias. La matrícula en instituciones terciarias se redujo 2,9% en 1987. Cerca de 25% de la población es prácticamente analfabeta.

El gobierno ha pasado de principal proveedor de albergues a catalizador y gestor y ha fomentado las inversiones en albergues. Esta estrategia entrañó una mejora del financiamiento de la vivienda y mayor accesibilidad al crédito. Se estima que anualmente se necesitan 15.000 unidades residenciales nuevas y en 1987 se terminó la construcción de unas 2.000. En 1988 el sector de la vivienda sufrió graves daños a consecuencia del huracán Gilbert, estimados en J\$1.900 millones. Después de ese desastre, se inició un programa de distribución de cupones para construcción con el fin de ayudar a unas 100.000 familias de bajos ingresos; sin embargo, ese programa no llegó a concluirse y ha habido un cambio de gobierno.

Se prestan servicios de seguridad social por medio de un plan nacional de seguro basado en contribuciones, que ofrece subvenciones y pensiones a los contribuyentes y las personas a su cargo, y del programa de asistencia social, que no exige contribuciones y cubre alimentos, socorro para los pobres y asistencia pública. En un principio se prestó ayuda alimentaria a aproximadamente 400.000 personas. En 1987 se pagaron alrededor de J\$37 millones en alimentos y beneficios. Después del huracán Gilbert, el monto del programa de distribución de cupones para alimentos aumentó J\$21 millones con el fin de ayudar a las familias damnificadas a comprar víveres.

Características demográficas

En 1987 la población se estimaba en 2.355.400 habitantes. Los residentes de las zonas rurales representan 52,2% de esa cifra y los de las urbanas, 47,8%. Las mujeres constituyen 50,9% de la población y casi la mitad de ellas (22,4% de la población total) tienen de 15 a 44 años. Los niños menores de 5 años representan 12,2% de la población y los de 5 a 14, 26,1%.

En 1987, la tasa bruta de natalidad se redujo a 22,2

por 1.000 habitantes y se notificó que la de defunción era de 5,3 por 1.000. En esas cifras no se tiene en cuenta el reconocido problema del subregistro.

Ha habido un aumento de la emigración del país, sobre todo del grupo en edad de trabajar formado por personas de 20 a 59 años. Se estima que alrededor de 20% de los emigrantes están bien calificados. La emigración y las menores tasas de fecundidad han reducido el crecimiento demográfico, que se estimaba en 16,9 por 1.000 habitantes en 1987. La tasa de crecimiento anual de la población se ha venido reduciendo desde 1983.

Pese a haberse reducido la tasa de dependencia de la población joven, la mayor esperanza de vida (69,1 años para los hombres y 73,9 para las mujeres) ha causado un aumento de la de personas ancianas a cargo. La tasa total de dependencia en 1982 fue de 83 por 100 habitantes de 15 a 64 años.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

El sistema nacional de registro de nacimientos y defunciones y de certificación médica de la causa de defunción es deficiente (se dejan de registrar muchos nacimientos y defunciones). Sin embargo, la gran proporción de nacimientos que ocurre en los hospitales beneficia el registro de los nacidos vivos. Algunas instituciones tienen registradores de tiempo completo y existe un sistema de registro obligatorio de los nacimientos atendidos en los hospitales, con o sin la participación de los padres de familia.

Un estudio del registro de los nacidos vivos, los nacidos muertos y las defunciones neonatales efectuado en 1986 indicó que había subregistro, particularmente de los nacidos muertos y las defunciones neonatales. Se estima que 28 defunciones por 1.000 nacidos vivos sería una cifra real de la tasa de mortalidad infantil. También hay subregistro de las defunciones violentas y accidentales debidas a demoras en su investigación. En el Cuadro 1 se presentan las 10 causas de defunción más importantes.

Las principales causas de hospitalización, que representan 59% de los ingresos a los hospitales, son partos normales, accidentes y violencia, complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, enfermedades del sistema genitourinario (algunas de las cuales están relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual) y enfermedades cardiovasculares. El mayor número de ingresos a

CUADRO 1				
Defunciones y tasas brutas de mortalidad por las 10 causas principales certificadas, Jamaica, 1981 y 1982.				
Causas de defunción (en orden de importancia en 1981)	Defunciones		Tasa por 100.000	
	1981	1982 ^a	1981	1982 ^b
Todas las causas	12.578	10.799	581,66	490,84
Enfermedades cerebrovasculares	1.967	1.772 (1)	90,96	80,54
Enfermedades del corazón	1.933	1.703 (2)	89,39	77,41
Neoplasmas malignos	1.648	1.657 (3)	76,22	75,31
Hipertensión	762	653 (4)	35,24	29,68
Diabetes mellitus	484	517 (5)	22,38	23,50
Neumonía e influenza	400	287 (7)	18,50	13,04
Enfermedades intestinales infecciosas	365	336 (6)	16,88	15,27
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	220	176 (9)	10,17	7,99
Accidentes y efectos adversos	202	131 (10)	9,34	5,95
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	188	185 (8)	8,69	8,41
Todas las demás causas certificadas	4.409	3.382	..	..

Nota: Las tasas presentadas en este cuadro se basan en defunciones certificadas que ocurrieron en 1981 y 1982 en lugar de defunciones registradas en esos años.

^aEl orden de importancia correspondiente a 1982 se indica entre paréntesis.

^bEstas tasas se calculan a partir de una población estimada de 2 200.100 habitantes en 1982.

los hospitales corresponde a lactantes, seguidos del grupo de 65 y más años.

Los servicios curativos en los centros de atención primaria se utilizan sobre todo para tratamiento de traumatismos y lesiones, hipertensión, úlceras de las piernas, infecciones de las vías respiratorias, afecciones de la piel y diabetes mellitus. Estas causas importantes representaron 55% de la atención prestada a los usuarios de esos servicios en 1986.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de defunción de los niños menores de 5 años y ocupan el segundo lugar después de las afecciones originadas en el período perinatal. La malnutrición y las enfermedades relacionadas con la nutrición están entre las principales

causas de mortalidad y la mayor gravedad del problema debido a la recesión económica es un asunto que causa preocupación. En 1986 los casos de malnutrición y gastroenteritis como porcentaje del total de ingresos aumentaron considerablemente en el principal hospital infantil. La encuesta del estado de salud realizada en 1985 indicó que solo 59% de los niños menores de 59 meses tenía un estado nutricional normal y que 32,8% sufría del grado I de malnutrición (medido por la clasificación de Gómez), 6,9% del grado II y 1,0% del grado III. La anemia ferropénica de los niños lactantes y de las mujeres embarazadas y lactantes está todavía bastante propagada. El aumento de la gastroenteritis guarda relación con una mayor prevalencia de malnutrición, problemas de la salud ambiental y de higiene y escasez y altas tasas de rotación de personal en el sector de la salud. Ahora se notifican con mayor frecuencia casos de maltrato de los niños y aunque se ha iniciado un programa para corregir esa situación, se necesitan más recursos para abordar el problema.

El programa de inmunización marcha bien; en 1988

hubo un caso probable de poliomielitis pero no confirmado. La cobertura del programa de inmunización se ha extendido aproximadamente 82,8% con la vacuna contra la poliomielitis, 82,1% con la DPT y 34,1% con la vacuna contra la rubéola.

Con el fin de reducir la mortalidad infantil, el programa de salud maternoinfantil se concentra en los siguientes campos: disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles de la infancia como el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y la tuberculosis, por medio de educación de las madres e inmunización de todos los niños hasta los 7 años de edad, dando prioridad a los menores de 1 año; reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas de los niños menores de 5 años, por medio de educación y empleo de la terapia de rehidratación oral; y disminución de la tasa de mortalidad perinatal, por medio de educación, promoción de la búsqueda de atención en los dispensarios y adiestramiento continuo para mejorar la calidad de la atención.

Salud de los adolescentes y adultos

La muerte por accidentes y violencia exige atención más urgente. Las defunciones por esa causa mostraron el aumento porcentual más importante de la tasa de mortalidad en los últimos años, particularmente de hombres jóvenes.

También es importante la tasa estimada de mortalidad materna de 11,0 por 10.000 nacidos vivos, ya que en las tasas registradas se subestima el problema. Además, muchas de esas defunciones se consideran prevenibles. Por medio de educación, promoción de la búsqueda de atención en los dispensarios, adiestramiento continuo para mejorar la calidad de la atención y esfuerzos para incrementar el número de personas que aceptan la planificación familiar, el programa de salud maternoinfantil trata de reducir el número de defunciones maternas.

La hipertensión se destaca como la principal causa de mala salud y muerte prematura y es la causa más importante de mortalidad materna. Se estima que unas 50.000 personas podrían beneficiarse del tratamiento de la hipertensión grave en el país.

Se considera que anualmente se diagnostican 1.600 casos nuevos de cáncer. Los tumores malignos representan aproximadamente 12% de todas las defunciones. Es importante el carcinoma del cuello uterino, con una incidencia de 36 por 100.000 habitantes. El cáncer del cuello uterino y de mama representan 44% de los casos de cáncer en la mujer, lo que subraya la necesidad de ampliar los programas de detección.

Los servicios para las personas de edad mejoraron pero aún no permiten atender las necesidades existentes.

Problemas que afectaron a la población general

Las importaciones y una mayor producción interna han puesto a disposición de los consumidores una amplia variedad de alimentos. Son raras las deficiencias de determinadas vitaminas y la desnutrición es el resultado de una ingesta alimentaria inapropiada más bien que del consumo insuficiente de determinados nutrientes. El aumento de los casos de obesidad también es motivo de preocupación.

Los trastornos psiquiátricos se tratan a menudo con tranquilizantes y es posible que se subestime el alcance y la gravedad del problema. El uso indebido de drogas ha surgido como importante problema en el sector de la salud y en otros. El Consejo Nacional de Toxicomanía coordina las actividades nacionales de prevención y control.

El SIDA merece ahora atención prioritaria entre las enfermedades transmisibles. El total de casos es todavía relativamente bajo y el número identificado es de 80; han ocurrido unas 56 defunciones. Otras enfermedades de transmisión sexual siguen siendo un grave problema y se ha observado una mayor incidencia de sífilis congénita.

También hay una elevada incidencia de enfermedades dentales. Se realizan programas preventivos y se ha introducido la práctica de fluoruración de la sal.

Tras la devastación causada por el huracán Gilbert, se reconoce que la preparación para casos de desastre debe constituir una gran prioridad. El país es susceptible a huracanes, terremotos e inundaciones; en consecuencia, una mejor preparación en el ámbito de las instituciones y los condados reviste importancia crítica. La respuesta a los desastres es coordinada por la Oficina de Preparación para Casos de Desastre.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Características del sistema de salud

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de atención de salud en el país, que incluyen una amplia gama de actividades preventivas y curativas, en salud ambiental y adiestramiento para varias profesiones de salud. Los servicios de salud públicos están divididos en cuatro niveles administrativos principales: nacionales, regionales, de condado y distritales.

En el plano nacional, el Ministerio está organizado en divisiones administrativas y técnicas. El Secretario Permanente, además de coordinar el trabajo del Ministerio,

supervisa la división administrativa. La división técnica está dirigida por el Médico Jefe, que coordina y supervisa las unidades con funciones tecnológicas especializadas, incluso servicios de atención primaria y secundaria de salud.

El sector privado también participa activamente, sobre todo en el nivel de la atención primaria. Hay cinco hospitales privados en Kingston, uno en Mandeville y otro en Montego Bay, con una capacidad total de 282 camas. Estas instituciones representan menos de 1% del número de pacientes internados al año. Además, se presta atención basada en el costo de cada servicio en las casas de convalecencia, los dispensarios especializados y de propiedad de las empresas y los consultorios de unos 450 profesionales en ejercicio particular que trabajan a tiempo completo o parcial. El sector privado ofrece también algunos planes de seguro populares.

El Oficial Médico Principal asignado a atención primaria, que es también jefe de la unidad de atención primaria del Ministerio, se encarga de los servicios prestados sobre el terreno en todo el país. La isla se ha dividido en cuatro regiones de salud, pero hasta la fecha solo se han establecido dos, si bien se han nombrado algunos funcionarios para las otras dos.

En los condados, nivel básico administrativo de atención primaria de salud, el Oficial Médico (encargado de los asuntos de salud) coordina las actividades de un equipo multidisciplinario de trabajadores en el departamento de salud local. Cada condado presta una amplia gama de servicios preventivos y curativos a una población definida en su zona de influencia y se vale para ello de los centros de salud de los tipos I, II y III, en conjunto. El distrito es el nivel básico de operaciones; ahí, el centro de salud del tipo III constituye la base y el Oficial Médico Distrital es el dirigente designado del grupo.

El centro de salud del tipo I es el más sencillo y está dotado de una partera y de dos auxiliares de salud comunitarios; atiende a una población de 4.000 a 5.000 habitantes. El centro de salud del tipo II tiene una población de unos 10.000 a 12.000 habitantes en su zona de influencia y ofrece servicios de consulta médica y dental. El centro de salud del tipo III es el principal proveedor de servicios curativos y está dotado de un médico, una enfermera en ejercicio y un dentista. En los principales poblados de cada condado, la oficina de administración local y el centro del tipo III forman una unidad, designada como centro del tipo IV. Los grandes centros de salud (policlínicas) localizados en las capitales de las zonas urbanas se han designado como centros del tipo V y ofrecen servicios ambulatorios especializados a una extensa población de su zona de influencia, además de servicios básicos de atención primaria. Un centro de salud "satélite" recibe visitas periódicas del personal de un centro "ma-

triz" y presta servicios a la población desatendida y a la que vive en zonas remotas.

Entre 1985 y 1986, el programa de racionalización de hospitales patrocinado por el Gobierno convirtió a cinco hospitales pequeños de atención de casos agudos en establecimientos de atención primaria. En la actualidad, hay 19 hospitales públicos de atención de casos agudos, además de un hospital universitario, uno psiquiátrico y tres públicos de atención de casos crónicos. Estos hospitales (excepto el psiquiátrico) están organizados en 10 regiones hospitalarias, cada una de las cuales es administrada por una junta elegida por el Ministro de Salud cada dos años.

Los hospitales se clasifican según el nivel de servicios y la población atendida en su respectiva zona de influencia. Los hospitales del tipo C son los establecimientos básicos de distrito vinculados al sistema de atención primaria de salud de los condados. Se prestan servicios de medicina general, atención infantil y de maternidad a pacientes internados y ambulatorios. Estos hospitales también ofrecen servicios básicos de radiografía y laboratorio a los pacientes internados, los servicios de atención primaria de salud y los sectores público y privado.

Los hospitales del tipo B, por lo general situados en centros urbanos más grandes, prestan servicios especializados a pacientes internados y ambulatorios, por lo menos en los campos de cirugía general, medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría. Puesto que los servicios de apoyo en la mayoría de estos establecimientos no han mejorado ni se han mantenido lo suficiente, esas instituciones no han podido cumplir a cabalidad con su función de establecimientos de segundo nivel de referencia, como medio de apoyo del trabajo realizado en los hospitales del tipo C.

Los hospitales del tipo A, que se limitan al hospital regional de Cornwall en Montego Bay y al complejo regional de Kingston, que incluye el hospital público de Kingston, el hospital infantil Bustamante, el hospital Victoria Jubilee y el hospital universitario, prestan servicios de atención secundaria y terciaria a la población de toda la isla.

Además, cada hospital ofrece atención primaria para la población de su zona de influencia inmediata. También hay hospitales de atención de casos crónicos, con servicios de salud mental, tratamiento de enfermedades torácicas, oncología y rehabilitación física.

Producción de servicios

En 1987 hubo 2.421.800 consultas de atención primaria distribuidas de la manera siguiente: 43,9% curativas, 16,7% de salud infantil, 13,9% de planificación familiar, 10,2% domiciliarias, 6,3% dentales, 6,2% pre-

natales y 2,9% posnatales. Entre 1985 y 1987 el número total de consultas y el correspondiente a cada servicio se mantuvieron relativamente estables.

Entre 1984 y 1987 se redujo el número de egresos de pacientes internados y de casos atendidos en hospitales públicos. En 1984 hubo 147.437 egresos, cifra que se redujo a 128.724 en 1986 y aumentó de nuevo a un total estimado de 133.019 en 1987. El número de pacientes ambulatorios atendidos fue de 551.844 en 1984, 420.640 en 1986 y 545.074 en 1987. Se atendieron 530.879 víctimas de accidentes en 1984, 383.608 en 1986 y 494.982 en 1987.

Dos factores influyeron en la reducción de la utilización de los hospitales entre 1984 y 1986. A fines de 1984, el Ministerio de Salud reintrodujo el sistema de pago de honorarios por parte de los pacientes atendidos en los hospitales. Aunque la suma cobrada es modesta en comparación con los costos reales, indudablemente influyó en el número de personas atendidas y egresadas en 1985 y los años ulteriores. Además, entre 1985 y 1986, el Ministerio de Salud convirtió en policlínicas a cinco de los hospitales más pequeños y redujo el número de camas en varios otros. Esto influyó particularmente en el número de egresos en 1986, aunque se ha comprobado que, según lo previsto, esta carga de trabajo fue absorbida por otros hospitales que recibieron pacientes en 1987.

Capacidad instalada

En 1987 había 361 centros de salud públicos: 191 del tipo I, 87 del tipo II, 78 del tipo III, 3 del tipo IV y 2 del tipo V. Además, había 10 dispensarios de planificación familiar, 18 clínicas dentales escolares y 6 unidades móviles. El número de camas en los hospitales generales públicos era de 5.678 en 1985, 5.472 en 1986 y 5.463 en 1987.

Tecnología de los servicios de salud

Los servicios de diagnóstico y terapéutica del país han sufrido durante este período por pérdida de mano de obra calificada, mal mantenimiento y falta de equipo moderno.

A comienzos de 1990 se espera poner en servicio un nuevo laboratorio central de salud pública, construido por medio de un proyecto de la Comunidad Económica Europea; este proyecto también mejorará el equipo de laboratorio en los hospitales. Algunos servicios especiales siguen centralizados. Un banco de sangre, situado junto al nuevo laboratorio, ofrece un servicio nacional en el que la toma de sangre se realiza en el centro principal, en algunos hospitales rurales y en unidades móviles.

Todavía no se dispone de servicios básicos de radiología

en 25% de los hospitales; se prestan servicios por medio de radiógrafos visitantes o se envían pacientes a otros hospitales. Los principales problemas son la falta de recursos humanos y las averías del equipo. Este servicio cubre la red de centros de salud y acepta los pacientes enviados por los médicos generales. Hay dos máquinas para tomografía computadorizada, una en el hospital universitario y la otra en el sector privado (también en Kingston). Los hospitales públicos tienen acceso limitado al equipo del hospital universitario. En la isla hay dos unidades donde se ofrecen servicios de radioterapia, pero ambas necesitan modernizarse para atender la creciente demanda.

El servicio de farmacia se ha visto adversamente afectado por la pérdida de mano de obra calificada que se ha desplazado al sector privado; el adiestramiento de técnicos en farmacia y la utilización de sus servicios ha ayudado algo, pero este sigue siendo un grave problema.

Financiamiento de los servicios de salud

El gasto en salud en Jamaica incluye la asignación de recursos a una amplia gama de proveedores y actividades. Los proveedores incluyen los hospitales públicos y los centros de salud, los médicos particulares en ejercicio, las farmacias y los laboratorios; las actividades de atención de salud comprenden prestación de servicios hospitalarios, control ambiental, educación en salud y adiestramiento para profesionales de atención de salud.

En términos nominales, el gasto total en salud ascendió de \$268 millones en 1981 (cifra que incluye el año civil de 1981 en el caso del gasto privado y el ejercicio de 1981-1982, en el del gasto público) a \$620 millones en 1986. Sin embargo, en términos reales, el gasto se redujo de \$547 millones en 1981 a \$539 en 1986 (dólares constantes de 1985). La modesta reducción en este período de seis años oculta mayores fluctuaciones interanuales; el gasto total aumentó en 1982 y 1986, pero se redujo en los demás años. Por tanto, aunque dicho gasto disminuyó solo 1,3% entre 1981 y 1986, bajó 12% entre 1982 y 1985.

El gasto de capital mostró una drástica reducción en términos reales (casi de 80%), de \$51,2 millones en 1981 a \$10,5 millones en 1985, pero volvió a aumentar en 1986, situándose en \$20,2 millones, cifra cercana a la de 1983. Si se excluye el capital y se considera solo el gasto ordinario total en salud, el monto de \$520 millones correspondiente a 1986 es 4,8% superior al de 1981. Sin embargo, dado el gran incremento observado en 1982, hubo una baja de 3,6% en el gasto ordinario real entre 1982 y 1986.

En términos reales per cápita, el gasto se redujo en el período, con inclusión y exclusión del capital, aunque

cuando se incluyó este fue más pronunciada la disminución. El máximo gasto per cápita, que fue de \$267, se registró en 1982 y el mínimo, de \$223, en 1985 (una baja de 16%), antes de volver a subir a \$231 en 1986.

En 1982, el gasto del sector público representó cerca de 68% del gasto total en salud, pero ya en 1986 esa cifra había disminuido a cerca de 55%. Esa reducción ocurrió porque el gasto público real estaba disminuyendo y el gasto privado aumentó constantemente en términos reales después de 1983. El aumento del gasto privado real mitigó esa reducción hasta cierto punto, pero no compensó plenamente la baja del gasto público.

Recursos humanos

La mayoría de los servicios de salud del país se prestan por medio del Estado, que tiene 95% de las camas de los hospitales y la capacidad para emplear 10.972 trabajadores en puestos establecidos (1986); si se agrega el personal del hospital psiquiátrico de Bellevue y la farmacia del Estado, la cifra total alcanza 12.000 personas. Puesto que los servicios de salud exigen uso intensivo de mano de obra, los recursos humanos correspondientes son críticos para el buen funcionamiento del sistema de salud. En consecuencia, 65% del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud se asigna a personal de salud. Del total de puestos establecidos, 63% corresponden a servicios hospitalarios, 26% a servicios de atención primaria, 3% a administración general y el resto a unidades especializadas del Ministerio.

En 1987, la razón de personal de salud por 100.000 habitantes era de 14,1 médicos, 70,6 enfermeras diplomadas, 7,5 enfermeras de salud pública, 36,0 auxiliares de enfermería, 20,0 parteras, 21,7 auxiliares de salud comunitarios, 3,2 farmacéuticos, 5,2 técnicos en farmacia, 2,3 dentistas y 5,9 enfermeras dentales.

Se adiestran las siguientes categorías de personal en el país: médicos (5 años), enfermeras (3 años), parteras (curso básico de partería de dos años y curso posbásico de un año), enfermeras de salud pública (1 año), enfermeras en ejercicio (1 año), enfermeras anestelistas (18 meses), radiólogos (3 años), farmacéuticos (5 años), tecnólogos médicos (4 años), nutricionistas (2 años) e inspectores de salud pública (3 años).

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En 1987, la responsabilidad de los servicios nacionales de acueducto y alcantarillado se trasladó del Ministerio de Servicios Públicos y Transporte al Ministerio de Gobierno Local. La población con servicio de agua potable

por medio de conexiones domiciliarias era de 1.344.000 habitantes (57% de la población total) y por medio de fuentes públicas, de 336.000 (14,3%); el resto, 675.400 habitantes (28,7%), recibía agua de fuentes sin tratar como manantiales y puntos de captación de agua de lluvia.

La vigilancia de la calidad del agua potable indica que ha habido algunas mejoras: 74% de las muestras acusó resultados positivos en la lectura bacteriológica en 1985, pero en 1988 ese porcentaje fue solo de 23%. Ese es el resultado de un gran esfuerzo del Gobierno y de la OPS centrado en el establecimiento de una red de vigilancia de la calidad del agua potable.

Un 16% de la población total tiene acceso a sistemas municipales de alcantarillado, 50% dispone de letrinas de foso, 28% usa pozos sépticos y de filtración y 6% carece de sistemas de evacuación de excreta. De las 102 plantas de tratamiento, 25 se encuentran en la zona metropolitana; la vigilancia de esas plantas indica que 38% funcionan satisfactoriamente.

Hay 25 sitios de evacuación de desechos sólidos; solo 3 se pueden considerar rellenos sanitarios y están mal administrados. Si bien la recolección de basura ha mejorado muchísimo con el correr del tiempo, sobre todo en la zona metropolitana de Kingston, se presta menos atención al aspecto de la evacuación. En consecuencia, los productos de la lixiviación contaminan las fuentes acuíferas, playas y corrientes.

No se ha prestado la debida atención a la contaminación del aire. No existe ni personal calificado ni un reglamento para el control de la contaminación atmosférica, aunque el Ministerio de Salud tiene estaciones de muestreo. Esas estaciones de vigilancia se establecieron alguna vez en Kingston, pero el trabajo nunca se realizó a cabalidad.

Las visitas efectuadas a 531 industrias indican que solo 366 (69%) tenían un ambiente de trabajo satisfactorio. Entre los principales problemas en ese campo están la falta de un reglamento de protección y de personal adiestrado. En un estudio de la concentración sanguínea de plomo de los trabajadores en fábricas de baterías se descubrió que 76% tenían concentraciones superiores a las recomendadas por la OMS. Se han dado casos de envenenamiento por plomo en la sangre entre los trabajadores de esas fábricas y las personas que viven en sus alrededores, sobre todo los niños. Se observó que 44% de los niños de edad preescolar tenían concentraciones sanguíneas de plomo superiores a las recomendadas por la OMS. Se han tomado medidas para eliminar ese problema.

Todas las nuevas subdivisiones y urbanizaciones residenciales se aprueban después de presentar al Ministerio de Salud planes apropiados de recolección y evacuación de aguas negras y desechos sólidos. Sin embargo, no se realiza la debida inspección de las obras de construcción por causa de restricciones presupuestarias.

MEXICO

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La década de 1980 marcó el fin de una etapa de crecimiento acelerado de la economía y el inicio de otra, de redefinición de las relaciones productivas, políticas y sociales. En ese decenio, después de una corta etapa de mejoría asociada al boom petrolero, la economía entró en un período de bajos niveles de actividad productiva. Resultado de la propia crisis, el nivel de vida de la mayoría de la población se deterioró rápidamente. Entre 1982 y 1986 el PIB disminuyó de \$Mex4.832.000 millones a \$Mex4.725.000 millones, y el PIB per cápita lo hizo de \$Mex66.210 a \$Mex59.390 (en pesos de 1980). A partir de 1982 y 1983 las disminuciones del PIB se asociaron con ritmos elevados de aumentos de precios. En 1983 la política económica instrumentada para combatir la inflación se caracterizó por reducir los niveles de demanda agregada y ofrecer todo tipo de condiciones para que crezca la oferta. Se estableció una política salarial restrictiva por un lado, y la disminución del control de precios por el otro. En los años siguientes, junto con el descenso relativo del ritmo de crecimiento de los precios, disminuyó el poder adquisitivo del salario, según cálculos preliminares. En 1987 la economía volvió a crecer, pero los ritmos de crecimiento de los precios también alcanzaron niveles nunca antes experimentados.

En 1986 disminuyeron los productos de los sectores agropecuario, minero, manufacturero, de la construcción y del comercio. En los dos primeros trimestres de 1987 también se registraron contracciones en las actividades agropecuarias, industriales y de servicios. Sin embargo, a pesar de esta recesión, en 1987 la tasa de desocupación abierta en la ciudad de México disminuyó a 4,4%.

La deuda externa, que en 1979 era de \$US36.000 millones, pasó a \$US100.500 millones en 1988. La paridad cambiaria evolucionó de \$Mex23 por dólar en 1979, a \$Mex2.230 en noviembre de 1987. La tasa anual de inflación, que en 1980 fue de 26% y se mantuvo alrededor de 100% hasta 1987, se redujo a 51,7% en 1988 en virtud del Pacto de Solidaridad Económica. El Índice Nacional de Precios al Consumidor aumentó 105% en 1986 y 159,2% en 1987, con el consiguiente deterioro del poder adquisitivo del salario. En marzo de

1987 el costo de la canasta de consumo básico aumentó 132,4% respecto a 1986, mientras que el salario mínimo legal en la ciudad de México lo hizo en solo 84,8%.

Las restricciones del gasto público coinciden con la falta de voluntad para establecer un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. A nivel nacional, los únicos datos sobre comunidades rurales provienen de las unidades médicas del sistema de atención rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos muestran un descenso de la prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años de 34,5% en 1985 a 27% en 1987, aunque ello pueda deberse al sesgo en la población atendida. Estudios realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición en 1979, 1982 y 1986 en la sierra norte del estado de Oaxaca, una de las zonas críticas, muestran una persistencia de la prevalencia de desnutrición en preescolares que varía de 62 a 87%. Una situación similar observó el Instituto en el estado de Chiapas.

A partir de 1983 se reorientó la política agroalimentaria del Gobierno y se estableció el Programa Nacional de Alimentación (PRONAL), que coordina las diferentes dependencias del Gobierno y paraestatales que tienen que ver con el sector alimentario. El PRONAL previó una disminución de la ingesta calórica de 18% en el período 1982-1984 para la población agrícola de bajos ingresos, y de 10% para la población ocupada en otras actividades.

Las encuestas realizadas por el Instituto Nacional del Consumidor y el de la Nutrición muestran que en 1988 el poder adquisitivo del salario era 50% menor que en 1980, y que las familias recurrían a estrategias tales como la incorporación de mayor trabajo asalariado o informal al ingreso familiar, la contracción del gasto en bienes de consumo intermedio o duradero y la sustitución de bienes de mayor calidad; en alimentos, recurrían a la sustitución de carne de res y cerdo por la de pollo, de pan dulce por pan blanco y de este por tortillas.

Características demográficas

En 1988 se estimaba una población de 82.700.000 habitantes con una densidad de 35,6 por km². El elevado crecimiento demográfico de México se produjo en el período comprendido entre 1950 y 1970, en el cual el país duplicó su población. En el decenio 1960-1970 se mantuvieron las tasas de crecimiento en 3,5% por año. El

Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala que a partir de 1970 se ha operado un descenso sostenido en las tasas de crecimiento demográfico; en 1988 se estimó una tasa de 1,8. En 1980, 43% de la población eran menores de 15 años y solo 3,4%, mayores de 65.

En 1940, 2,3 millones de personas vivían en seis ciudades con más de 100.000 habitantes; en 1980, más de 32 millones de personas vivían en 52 ciudades de similar tamaño. En 1987, 68% de la población era urbana y 32% rural, con gran dispersión de esta última en comunidades pequeñas. La zona metropolitana de la ciudad de México y 25 municipios circunvecinos concentran una población de 18,7 millones de habitantes; Guadalajara, 2,8; Monterrey, 2,6, y Puebla, 1,4 millones de habitantes. Se estima que en 1986 los estados más poblados eran México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Michoacán y Nuevo León (Cuadro 1).

En 1973, el Gobierno de México aprobó una política de población favorable a la regulación del crecimiento y distribución de la población; desde entonces realiza acciones específicas en este sentido. Para el total de mujeres en edad fértil (15-44 años) la tasa global de fecundidad bajó de 6,76 por 1.000 nacidos vivos en 1968 a 3,76 por 1.000 en 1986.

Las migraciones interestatales han aumentado considerablemente. De 1960 a 1980 el número de migrantes se elevó de 5 a 11,6 millones. Baja California, Nuevo León, Tamaulipas, Morelos y Quintana Roo se caracterizan por una fuerte atracción migratoria, con tasas de migración de hasta 7 por 1.000 habitantes. Se estima que aproximadamente 3 millones de personas habitan en asentamientos humanos irregulares y ciudades perdidas en el Distrito Federal.

En cuanto a la migración externa, en 1980 residían en los Estados Unidos de América 2,5 millones de mexicanos. Según el censo de 1980, 269.000 personas declararon haber nacido fuera de México. En la actualidad el número de extranjeros puede ser mayor, debido a la inmigración de indocumentados centroamericanos, principalmente de origen guatemalteco y salvadoreño, en la década de 1980.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

El subregistro de la mortalidad es mayor en las zonas rurales y en la población menor de 5 años. Existe cobertura casi total de las defunciones en el Distrito Federal y algunos estados del norte del país. La cobertura de cer-

tificación médica de las defunciones es relativamente alta: 90,2%, con variaciones entre 61,6 y 99,0% en los distintos estados. Sin embargo, el porcentaje de subregistro de la mortalidad infantil, estimado por métodos indirectos, fue de 19,7% en 1976.

La mortalidad general ha experimentado una tendencia clara hacia el descenso desde comienzos del siglo, de 33 a aproximadamente 6 defunciones por 1.000 residentes en 1981-1987. Según datos de la Dirección General de Bioestadística de la Secretaría de Salud, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 68,5 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 29,1 por 1.000 en 1984. Sin embargo, la mortalidad infantil sigue teniendo importancia relevante pues ocupa el segundo lugar en la mortalidad por grupos de edad, superada solo por el grupo de edad de 65 y más años.

Las diarreas e infecciones respiratorias constituyen la primera causa de defunción; sin embargo, la emergencia de las enfermedades crónicas (diabetes y enfermedades cardiovasculares) y de los accidentes comienza a caracterizar el nuevo perfil de mortalidad del país (Cuadro 2).

Los accidentes ocupan el segundo lugar en los hombres y los afectan 3,8 veces más que a las mujeres. Las tres primeras causas de defunción en la población general son las infecciones intestinales, la neumonía y las causas perinatales. Estas últimas constituyen la primera causa de defunción en la población infantil.

En los lugares intermedios de la mortalidad de la población general se ubican las enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis hepática y enfermedades cerebrovasculares; los últimos lugares están ocupados por algunas causas violentas: accidentes de tráfico y homicidios. En los hombres, los accidentes de tráfico y los homicidios ocupan el quinto y sexto lugar, respectivamente. Para las mujeres, la diabetes ocupa el tercer lugar, antes de las causas perinatales.

De acuerdo con esta agrupación, las violencias no aparecen entre las 10 principales causas de defunción para las mujeres; sin embargo, al ordenar las causas con base en la magnitud de los años de vida potencial perdidos (AVPP), adquieren mayor importancia aún las causas que producen defunciones a edades tempranas, sobre todo en el caso de los AVPP con límite inferior 0. De esta manera, en los AVPP de 0 a 65 y 0 a 70, las infecciones intestinales, las causas perinatales y la neumonía ocupan también los primeros lugares. Las enfermedades crónicas, a excepción de la cirrosis hepática, son desplazadas por las violencias, que ocupan los lugares intermedios, acompañadas de trastornos de los líquidos y electrolitos, septicemia, bronquitis no especificadas, desnutrición y tuberculosis. La diabetes ocupa el decimocuarto lugar, y las enfermedades cerebrovasculares y los padecimientos renales se encuentran entre los últimos cinco lugares. En el quinquenio 1965-1970, la mortalidad por diabetes era más impor-

CUADRO 1			
Estimación de la población por sexo y entidad federativa, México, 1986 (en miles de habitantes).			
Entidad federativa	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	79.564	39.947	39.617
Aguascalientes	648	323	325
Baja California Norte	1.349	676	673
Baja California Sur	291	150	141
Campeche	553	280	273
Coahuila	1.841	928	913
Colima	405	205	200
Chiapas	2.435	1.246	1.189
Chihuahua	2.206	1.108	1.098
Distrito Federal	10.052	4.938	5.114
Durango	1.347	681	666
Guanajuato	3.440	1.726	1.714
Guerrero	2.470	1.249	1.221
Hidalgo	1.771	905	866
Jalisco	5.049	2.508	2.541
México	10.650	5.329	5.321
Michoacán	3.282	1.645	1.637
Morelos	1.194	599	595
Nayarit	825	420	405
Nuevo León	3.033	1.532	1.501
Oaxaca	2.609	1.320	1.289
Puebla	3.923	1.966	1.957
Querétaro	906	458	448
Quintana Roo	352	183	169
San Luis Potosí	1.952	987	965
Sinaloa	2.255	1.150	1.105
Sonora	1.744	887	857
Tabasco	1.252	638	614
Tamaulipas	2.208	1.105	1.103
Tlaxcala	644	327	317
Veracruz	6.389	3.225	3.164
Yucatán	1.254	635	619
Zacatecas	1.235	618	617

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 1980-2010. México, D.F., 1985.

tante que la provocada por otras causas crónicas y degenerativas.

Los AVPP de 0 a 70 por infecciones intestinales son 7,3 veces mayores que los correspondientes a la cirrosis; si esta comparación se hace con la diabetes mellitus, la

relación es de 14 a 1, lo que tiene un valor especial para los programas preventivos de salud.

En el período 1985-1990, la esperanza de vida se estimó en 72,2 años para las mujeres y 65,7 para los hombres. Al finalizar el siglo, se estima que la esperanza de

CUADRO 2						
Tasa de mortalidad y años de vida potencial perdidos (AVPP) antes de los 70 años de edad, según grandes grupos de causas y sexo, México, 1983.						
Causa	Total		Hombres		Mujeres	
	Tasa ^a	AVPP ^b	Tasa	AVPP	Tasa	AVPP
Enfermedades infecciosas y parasitarias	113,4	534,7	120,1	571,5	105,1	490,1
Tumores malignos	40,9	52,9	37,1	45,5	44,5	59,9
Enfermedades del corazón	67,9	65,6	67,5	71,4	67,9	59,1
Accidentes	61,2	224,7	96,0	350,0	25,2	94,6

^aTasa por 100.000 habitantes.

^bAños de vida potencial perdidos por 10.000 habitantes.

Fuente: Investigación Perfiles de Salud OPS/Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, México, D.F., febrero de 1988.

vida al nacer será de 75 para las mujeres y de 68,3 para los hombres.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

La tasa de mortalidad infantil fue de 35 por 1.000 nacidos vivos en 1981 y de 30,1 por 1.000 en 1983. En comparación con 1986 se observa una disminución aproximada de 29% en la mortalidad infantil. Las malformaciones congénitas, las infecciones y los traumatismos del nacimiento figuran entre las primeras causas de defunción. Las anomalías congénitas y las afecciones originadas en el periodo perinatal constituyeron 14% de las defunciones, mientras que las infecciones representan 36,9%, los traumatismos del nacimiento 26% y la desnutrición proteinoenergética 1,65%.

En 1983, la mortalidad neonatal fue de 13,2 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal, de 16,9 por 1.000; la tasa de mortinatalidad fue de 11,0 por 1.000 nacidos vivos. Existe una diferencia muy marcada de los niveles de mortalidad infantil entre los diferentes estados de México (Cuadro 3). Desafortunadamente, el conocimiento adecuado de la mortalidad infantil se ha visto restringido por deficiencias tanto del registro de nacidos vivos como de defunciones.

La tasa de mortalidad en los niños de 1 a 4 años bajó de 274,0 por 100.000 en 1981 a 128,4 por 100.000 en 1986. En 1984, las cinco primeras causas de defunción en orden de importancia fueron las enfermedades infecciosas intestinales y los accidentes en general, neumonía, bronquitis, enfisemas y asma, y deficiencias nutricionales. En 1983 casi la cuarta parte de la mortalidad registrada

en los menores de 5 años se debió a infecciones respiratorias agudas. En 1984, la neumonía constituyó la segunda causa de defunción en los menores de 1 año y la tercera en los de 1 a 4 años. La muestra de la morbilidad atendida en la consulta externa de la Secretaría de Salud en el primer trimestre de 1988 indica que las enfermedades de las vías respiratorias superiores constituyen la primera causa de consulta y que 45,1% del total de las consultas por enfermedades de las vías respiratorias superiores corresponde a niños menores de 5 años.

Aunque el conocimiento de las características nutricionales de la población es solo parcial, se estima que entre 30 y 70% de los niños menores de 5 años padecen de algún grado de desnutrición. Una causa importante de la desnutrición infantil es el abandono de la lactancia materna. En la ciudad de México, solo entre 18 y 31% de las madres en las zonas marginales amamantan a sus hijos a los 3 meses de edad. En los estados del sureste del país, la desnutrición asociada a los parásitos reviste tal importancia que los programas de control de parásitos son una prioridad dentro de la atención de salud.

La inmunización contra la poliomielitis redujo efectivamente su incidencia, pero su irregularidad propició repuntes en periodos no esperados. En 1985 se notificaron 148 casos; en 1986, año en que se establecieron los Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica, se registraron solo 65 casos confirmados. En 1987 se confirmaron 81 casos. En 1988 se registraron 196 casos probables de poliomielitis, de los cuales hasta el 27 de marzo de 1989 fueron confirmados 21; de estos, 38% tenían el antecedente de haber recibido tres o más dosis de VPO y 66% tenían menos de 5 años. Se produjeron 12 defunciones. En 1987 se notificaron 31 casos de difteria. El tétanos afectó más al grupo de 0 a 28 días (28,8% de los casos), seguido del de 15 a 44 años con 23,7%; 54,2% no tenían antecedentes de vacunación. Durante 1987 se notificaron 914 casos de tos ferina, 49,8% en el grupo

CUADRO 3			
Tasas de mortalidad infantil por sexo y entidad federativa, México, 1984.			
Entidad federativa	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos*	29,16	31,78	26,32
Aguascalientes	36,24	38,44	34,00
Baja California Norte	24,11	26,72	20,90
Baja California Sur	26,05	29,05	23,01
Campeche	27,48	29,15	26,64
Coahuila	19,59	21,16	17,61
Colima	28,37	32,84	22,64
Chiapas	27,82	30,14	24,99
Chihuahua	26,27	27,96	22,28
Distrito Federal	30,25	33,68	26,64
Durango	12,69	13,09	11,38
Guanajuato	44,06	48,16	39,56
Guerrero	15,63	17,29	13,43
Hidalgo	30,47	32,81	27,84
Jalisco	31,99	34,04	29,42
México	47,46	51,93	42,30
Michoacán	26,03	28,04	23,44
Morelos	18,22	20,43	15,79
Nayarit	14,40	16,81	11,82
Nuevo León	22,77	24,96	20,49
Oaxaca	28,90	31,37	26,13
Puebla	39,27	42,10	35,19
Querétaro	36,00	37,49	33,94
Quintana Roo	26,35	26,86	24,98
San Luis Potosí	34,25	35,03	32,73
Sinaloa	10,69	11,69	9,48
Sonora	23,76	24,95	22,00
Tabasco	24,64	27,42	21,78
Tamaulipas	15,89	17,68	14,01
Tlaxcala	47,95	54,13	41,60
Veracruz	17,18	19,18	14,94
Yucatán	24,60	26,75	22,18
Zacatecas	26,83	28,84	24,49

*Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos registrados ese año.

Fuente: INEGI y Secretaría de Programación y Presupuesto. Cuaderno No. 7 de Información del Sector Salud. México, D.F., 1989.

de edad objetivo del programa (menores de 5 años), de los cuales 64,2% no habían recibido la vacuna DPT.

Se estima que ocurren anualmente 90.000 episodios de infección respiratoria (neumonía, bronquitis, bronquiolitis, laringitis), 60.000 casos de otitis media y de 1.000 a 2.000 episodios de encefalitis. En 1982 se registraron 544 defunciones por sarampión, con una tasa

de mortalidad de 0,7 por 1.000 habitantes. La vacunación de recién nacidos con BCG se ha intensificado en los últimos años, y en 1988 fueron vacunados posiblemente más del 80% de los recién nacidos. Se ha observado una sustancial disminución de la mortalidad por tuberculosis en niños.

Las enfermedades diarreicas representan uno de los

principales problemas de salud pública de México, y conjuntamente con las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar como causa de enfermedad y defunción, a pesar del descenso sostenido en todos los grupos de edad en los últimos 55 años. Se estima que constituyen la primera causa de consulta en muchas instituciones de salud. La amibiasis intestinal es una de las parasitosis más frecuentes y es endémica en todo el país. La forma clínica más común es la intestinal, que predomina en los niños de 5 a 10 años provenientes de familias pobres, con baja escolaridad y saneamiento deficiente.

Se estima que la población escolar (5-14 años de edad) constituyó el 26,4% de la población total en 1986. La tasa de mortalidad específica disminuyó de 65,0 por 100.000 habitantes en 1982 a 59,3 por 100.000 en 1984. La mortalidad es mayor en el sexo masculino que en el femenino, lo que se explica en parte por su temprana incorporación a la fuerza de trabajo.

En 1984, las infecciones intestinales, los accidentes en general, los accidentes de tránsito, la neumonía y los ahogamientos y sumersiones accidentales constituyeron las primeras causas de defunción. Las causas más frecuentes de consulta en los servicios de la Secretaría de Salud son las infecciones respiratorias de las vías superiores, las diarreas y otras enfermedades infecciosas y parasitarias. Solo 17% de la consulta de adolescentes fue preventiva.

Diversas encuestas (CONAPO, 1981, y Centros de Orientación para Adolescentes y Asociación Mexicana de Investigación en Demografía, 1985) muestran que 12% de los nacidos vivos en todo el país fueron hijos de madres que contaban entre 15 y 19 años, y que 33% de los embarazos en adolescentes en la ciudad de México fueron de carácter premarital. Los embarazos en adolescentes tienden a aumentar debido a la escasa cobertura de los programas de salud en este grupo de edad, así como a la falta de orientación e información sobre educación sexual a nivel familiar y escolar.

Salud de los adultos (15-64 años)

La población adulta equivale a 59,5% de la población total, con 49,9% del sexo masculino y 50,1% del sexo femenino. En 1984, en el grupo de edad de 15 a 24 años la razón hombre/mujer en la mortalidad acusa un índice de 2,4 hombres por cada mujer.

La tuberculosis es frecuente en todas las regiones del país, pero su incidencia es mayor en los estados de Chiapas, Veracruz, Tamaulipas, Oaxaca y Guerrero, y en los estados costeros del Pacífico y del Mar de Cortés. En 1987 la tasa nacional de incidencia notificada de casos de tuberculosis pulmonar fue de 26,5 por 100.000, lo que representa solo 40 ó 50% de la incidencia real. Se observa una disminución de la enfermedad en el grupo de adultos

jóvenes, pero con tasas progresivamente crecientes a medida que aumenta la edad.

En 1985, en los Centros de Integración Juvenil de México se atendieron 6.000 casos de farmacodependencia, de los cuales 91,6% eran del sexo masculino. El grupo de edad de 15 a 19 fue el más afectado, seguido por el grupo de 20 a 24 y de 25 a 29 años. La droga usada con mayor frecuencia fue la marihuana. El Distrito Federal acusó la frecuencia mayor de consumo, seguido de Jalisco y el estado de México. La inhalación de solventes constituyó la segunda causa en orden de importancia seguida por alcoholismo, drogas depresoras, drogas estimulantes, narcóticos y alucinógenos.

Existe algún grado y tipo de discapacidad en 7% de la población. De esta, 35% se encuentran en edad productiva. Se estima que en el año 2000, 14 millones de personas tendrán alguna limitación física o mental. En una encuesta nacional de discapacidad realizada en 1982 se hallaron tasas de 2,9% de discapacidad en toda la población. La frecuencia fue mayor en el sexo masculino (3,7%) que en el femenino (2,2%). Las 10 principales secuelas halladas fueron enfermedades articulares, epilepsia, ceguera, síndrome de Down, hemiplejía, malformaciones congénitas, mudez, secuelas de poliomiелitis, deficiencia mental y sordera. Por otra parte, entre 1975 y 1982 se notificaron a la Secretaría de Salud 40.938 casos de discapacidad, de los cuales 41,9% fueron del sexo femenino.

Las muertes violentas y los accidentes constituyen una importante causa de hospitalización, discapacidad o defunción en México. En los estados de Baja California Norte, Colima, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora y Tlaxcala se observan tasas superiores a 70 por 100.000 habitantes. En un estudio reciente sobre mortalidad por accidentes, los de tráfico presentan las tasas más altas (20,3 por 100.000 habitantes). Las tasas de accidentes son mayores en los grupos de 45 y más años; los porcentajes son mayores en los grupos de 15 a 24 (20,7%) y 25 a 44 años (31,6%).

Durante el período 1980-1983, la mortalidad materna ha experimentado una disminución de 7,1%. En 1983, las tasas de mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos fueron 0,43 en Sinaloa, 0,35 en Baja California Norte y Sur, 0,21 en Colima y 0,13 en Nuevo León. Los estados con las tasas más elevadas de mortalidad materna son Oaxaca (1,61), Puebla (1,52), Campeche (1,18), Hidalgo (1,19) y Chiapas (1,11).

En el período 1983-1985, la mortalidad en mujeres atendidas por el IMSS se debió principalmente a toxemias, parto complicado, aborto y hemorragias. Los abortos inducidos y clandestinos constituyen una causa de defunción materna cuya magnitud no se conoce con exactitud. Más de 80% de las defunciones maternas ocurren por causas obstétricas directas y, por ende, evitables. Los servicios de anticoncepción se iniciaron oficialmente en

México en 1974. En 1983 se amplió su ámbito de acción a través del Programa Interinstitucional de Planificación Familiar.

Las embarazadas reciben un promedio de 2,3 consultas por embarazo. En 1982, las estimaciones de partos sin atención médica fluctuaban entre 67,9% en el estado de Chiapas y 13,1% en el de Baja California Sur. El promedio nacional fue de 47,1%. En 1987, la cobertura de atención prenatal fue de 62%, en tanto que para el parto fue de 38%. Los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud de 1987 indicaron una participación de parteras empíricas en 14% de los partos atendidos en México; esto ejemplifica el impacto limitado de los programas de parteras empíricas.

Se estima que el subregistro de suicidios es alto. La información disponible indica que intentan suicidarse casi el doble de mujeres que de hombres, pero que se suicidan más hombres que mujeres. En 1984, de un total de 70 intentos de suicidio, 43 correspondieron a mujeres; en cambio, de 1.124 suicidios, 957 eran hombres. Los suicidios aumentaron de 672 en 1980 a 1.124 en 1984. En el período 1980-1984, 32,3% de los suicidios en mujeres y 24,5% en hombres correspondieron a menores de 25 años.

El alcoholismo está más estigmatizado socialmente en el sexo femenino, lo que hace más difícil su reconocimiento y la búsqueda de tratamiento. En 1984, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado figuraban entre las 10 principales causas de mortalidad en mujeres de 25 a 64 años. Las mujeres representan aproximadamente 9% de los pacientes atendidos por problemas de drogadicción en el Centro de Integración Juvenil.

La utilización de los servicios de salud, tanto de consulta externa como de hospitalización, es mayor en las mujeres. En la Encuesta Continua de Morbilidad atendida por la Secretaría de Salud, las mujeres representan 66% de la consulta total. Las diferencias más marcadas entre sexos se dan en los grupos de edad de 15 a 29 y de 30 a 49 años, por la demanda de servicios durante el embarazo y para planificación familiar. La demanda de atención por embarazo ocupa el primer lugar del total de motivos de consulta externa.

En las instituciones de salud del sector oficial, las tres principales causas de egreso hospitalario son el parto normal, las afecciones obstétricas directas y el aborto. En las unidades médicas del Distrito Federal y en los establecimientos privados de todo el país el parto normal ocupa el primer lugar (31,9%), las afecciones obstétricas el cuarto (16,2%) y el aborto el quinto lugar (6,3%) del total de egresos. Corresponden al sexo femenino entre 71,4 y 75% de los egresos en el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud; 58,5% en las

unidades del Departamento del Distrito Federal (DDF) y 64,8% en los establecimientos privados. El porcentaje de abortos en relación con los egresos de mujeres tiene el valor más bajo en los establecimientos privados (4,3%) y el más alto en los de la Secretaría de Salud (8,6%).

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades fue más alta en mujeres (9,2) que en hombres (5,8). Si bien las tasas de prevalencia más altas de enfermedades agudas se presentaron entre los 12 meses y los 34 años de edad, las enfermedades crónicas y discapacidades mostraron un aumento considerable de las tasas de prevalencia a partir de los 35 años.

En 1988, la fuerza laboral del país se estimaba en 28 millones de personas; solo se dispone de alguna información sobre la situación de salud de los trabajadores afiliados al IMSS. En 1984, el número de asegurados en el IMSS era de 6.677.420. El desarrollo industrial no se acompañó de las condiciones apropiadas de seguridad e higiene, ni de la formación de recursos humanos capacitados para su control y vigilancia.

De 1980 a 1984, los accidentes de trabajo descendieron 46%; en cambio, los accidentes en el trayecto al mismo aumentaron 29,9%. Las enfermedades ocupacionales aumentaron de 2.195 a 2.527 en el mismo período. El IMSS informó que la mortalidad por riesgos laborales en sus derechohabientes registró un descenso sostenido de 1.652 en 1981 a 1.286 en 1986. La frecuencia de lesiones producidas por riesgos laborales, tales como heridas, fracturas y traumatismos, sugiere la necesidad de reforzar las medidas preventivas y legales que favorezcan la disminución de estos problemas en la población de trabajadores.

La información disponible sobre enfermedades cardiovasculares e hipertensivas es escasa. Algunos estudios señalan que la hipertensión afecta de 10 a 29,5% de la población adulta, y sistemáticamente se ha notificado una alta proporción de población adulta con exceso de peso u obesa. Las encuestas sobre tabaquismo, aunque poco comparables, encontraron 17% de fumadores en la población general, 23% en estudiantes y 44% en médicos. En 1984, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de defunción, con una tasa de 61 por 100.000 habitantes. En las últimas dos décadas se observa que la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se mantiene relativamente estable, aproximadamente 70 por 100.000, pero su proporción dentro de la mortalidad global sube sostenidamente.

El establecimiento de un vigoroso programa para el diagnóstico de la diabetes produjo en los últimos años un incremento de la morbilidad registrada. El conocimiento previo de este antecedente hizo que aumentara la mortalidad atribuida a diabetes, pasando de 17,7 por

100.000 habitantes en 1976 a 26,8 por 100.000 en 1985 (un aumento de 51,4%).

No se tiene información uniforme y representativa que permita tener una idea exacta de la magnitud y tendencias de la morbilidad por cáncer. En 1984 ocurrieron 31.881 defunciones por cáncer, con una tasa de mortalidad de 41,7 por 100.000 habitantes, ubicando al conjunto de las enfermedades cancerosas en el cuarto lugar de importancia en la mortalidad global.

En las mujeres de 35 a 54 años, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de defunción hasta los 45 años y la segunda entre los 45 y 54 años. En los hombres, el cáncer de pulmón y de estómago son los más frecuentes. En ambos sexos, en el grupo de 55 a 64 años el cáncer de pulmón es la causa de mortalidad más frecuente, acompañado por el cáncer de cuello uterino y el gástrico. En 1984, la tasa de mortalidad por enfermedades malignas fue de 45,7 por 100.000 para las mujeres y 37,5 por 100.000 para los hombres. La localización de casos incipientes de cáncer de cuello uterino ha recibido un vigoroso impulso en el país. Entre 1974 y 1976 se realizó un promedio de 130.000 citologías cervicales por año, y entre 1983 y 1988, de 600.000.

En 1987, la sífilis y la blenorragia ocuparon conjuntamente el sexto lugar entre las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. La sífilis ha disminuido paulatinamente, hasta llegar a 6.687 casos con una tasa de 8,5 por 100.000 habitantes en 1987. Los estados con las tasas más altas fueron Baja California Norte (52,0), Nuevo León (25,5), Chihuahua (23,3) y Colima (20,4). Asimismo, la mortalidad descendió en forma considerable, de 458 defunciones en 1972 (0,8 por 100.000 habitantes) a 200 en 1984 (0,1 por 100.000 habitantes); la tasa se mantuvo constante hasta 1987. En el mismo año se notificaron 28.125 casos de blenorragia, y los estados más afectados fueron Baja California Sur (156,1), Quintana Roo (87,7), Colima (78,9), Nayarit (69,8) y Aguascalientes (60,5). Los grupos de edad entre 15 y 44 años son los más afectados por estas enfermedades. Se observa también un ligero predominio en el sexo masculino, con una razón de 1,2:1 para la sífilis y de 1,3:1 para la blenorragia.

Salud de las personas de edad avanzada (65 y más años)

En 1980, la población de 60 y más años ascendió a 4.142.916 (6,1% del total). Para 1990 se estima en 6.900.000 y para finales del siglo se proyecta en 10 millones, es decir que en 20 años habrá aumentado 2,5 veces más. Entre los mayores de 60 años en condiciones precarias de vida predomina el sexo femenino. Las deficiencias en educación y la carencia de seguridad social para

buena parte de las mujeres que han realizado trabajos domésticos no remunerados son indicadores de la vulnerabilidad de este grupo. La tasa de mortalidad por tuberculosis en el grupo mayor de 65 años es de 83,3 por 100.000. Las tasas de mortalidad por causas son más altas para las mujeres: enfermedades del aparato circulatorio, tumores, enfermedades glandulares, de la nutrición y del metabolismo.

En el perfil epidemiológico del grupo de 65 y más años se observan tanto enfermedades del corazón y cerebrovasculares como defunciones ocasionadas por neumonía, enfermedades infecciosas e intestinales. La proporción de las enfermedades crónicas degenerativas como causa de mortalidad está en aumento. A comienzos de la década se planteó la creciente importancia de las enfermedades crónicas del adulto y en 1984 se crearon departamentos o unidades normativas que elaboran y comienzan la aplicación de programas de control de enfermedades cardiovasculares e hipertensión, diabetes, cáncer, así como la formación de grupos de trabajo destinados a establecer programas de control de adicciones, alcoholismo y tabaquismo. El programa de control de cáncer cervicouterino es de larga data en México.

Problemas que afectaron a la población general

Desde 1981, en que se notificó en México el primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, hasta diciembre de 1988, se habían notificado 2.013 casos. De estos, 33,6% correspondieron al Distrito Federal y 24,5% a la región centrooccidental. De los 1.465 casos en adultos, 53,9% correspondió a homosexuales del sexo masculino. La enfermedad fue adquirida por transfusión sanguínea en 219 casos y por inyección de drogas en 17. En 1986 se estableció el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), y se determinó la obligatoriedad de investigar anticuerpos específicos en los donantes de sangre. En 1987 se prohibió la comercialización de la sangre.

En 1964 se erradicó el *Aedes aegypti* del territorio mexicano, pero lo reinfestó en 1965 por las fronteras norte y sur. En 1988 se habían notificado 6.673 casos de dengue clásico en todo el país, con un registro mayor de casos en los estados de Jalisco (2.385), Guerrero (771), Campeche (641) y Sinaloa (451).

El período 1980-1988 se caracterizó por un marcado aumento de casos de malaria. Durante 1988 los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero daban cuenta aproximadamente de 56% del total de 112.314 casos notificados (datos preliminares), seguidos de Michoacán, Sinaloa, Veracruz, Campeche, Nayarit, Puebla, Tabasco, Quintana Roo, Colima, Morelos y Yucatán. El problema prin-

principal se concentra en la costa del Pacífico y en algunas zonas de la Península de Yucatán. La migración interna (trabajadores temporales) y externa, especialmente en la frontera sur, empeoran el problema. Hasta el presente no hay resistencia de los parásitos a los medicamentos anti-maláricos y las cepas de *Plasmodium falciparum* no son resistentes a la cloroquina. La experiencia obtenida pone de manifiesto alguna insuficiencia técnica y operativa de las medidas convencionales.

La lepra está en descenso, y el problema se focaliza en 10 estados que acumulan 80% de la prevalencia nacional. Dos de ellos (Sinaloa y Colima) tienen tasas que sobrepasan 1 por 1.000. Se han identificado y están en tratamiento más de 16.000 enfermos, 60% de los cuales corresponden a formas lepromatosas. En 1987 se diagnosticaron 365 casos (0,40 por 100.000 habitantes) con un descenso mayor de lo esperado. Esta disminución y la frecuencia elevada de incapacidades (más de 60%) en los casos diagnosticados, indican las limitaciones de la identificación de sospechosos dermatológicos y el diagnóstico de lepra. El programa de control nacional realiza un esfuerzo por reforzar las actividades de integración en el primer nivel de atención mediante la capacitación de personal médico, mejor uso de los laboratorios de diagnóstico y tratamiento adecuado a todos los casos.

La caries dental afecta a 48% del grupo menor de 5 años y hasta 93% de los jóvenes de 15 años; es la causa más importante de pérdida de piezas dentales hasta los 35 años. El 9% de los niños entre 10 y 15 años, de 10 a 30% de la población entre 10 y 35 años, y 97% de las personas mayores de 50 años presentan enfermedad periodontal. El Instituto de Salud ha diseñado un Programa Integral de Salud Bucal (1986-1989) que comprende educación, prevención y atención oportuna de los principales problemas orales, y con la participación de personal auxiliar se ha implantado un sistema de atención estomatológica de tecnología sencilla.

La cisticercosis y teniasis parecen estar disminuyendo, según se observa en los cerdos sacrificados en los rastros; sin embargo continúa siendo frecuente en los cerdos criados rústicamente. En 1980-1981, el promedio nacional de positividad fue de 1,55%, y alcanzó 10% en Michoacán y Ocampo, estado de Guanajuato. En el rastro principal de la ciudad de México descendió a 0,13 en 1980 y 0,16% en 1981.

Entre 1978 y 1982 la brucelosis causó 163 defunciones, aunque se supone que el subregistro es marcado. Los estados que acusan el mayor número de casos fueron Querétaro, Coahuila, Guanajuato y Nuevo León. Se sabe que de 1960 a 1986 la leche "bronca" (cruda) representó en conjunto 49% de la producción y el consumo nacional. Dicha leche escapa al control sanitario, no llega a las plantas pasteurizadoras y es la que reclaman los grupos

de población de bajo poder adquisitivo atribuyéndole mayores propiedades nutritivas.

En el período 1980-1988 se comunicaron 632 casos de rabia humana; en 1988 ocurrieron 72 casos. México contribuyó en 1988 con cerca del 50% de los casos de rabia humana en las Américas y, a pesar de que la mayoría de los casos ocurrieron en pequeñas ciudades, un número considerable se registró en grandes urbes. Si bien el número de perros vacunados aumenta cada año, no se logró establecer una barrera inmunológica en la población canina de las áreas endémicas.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los propósitos generales de la política de salud apuntan a lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, mejorar el nivel de salud de la población, contribuir a un crecimiento demográfico equilibrado, promover la protección a la población de escasos recursos, consolidar un sistema nacional de salud, avanzar en la descentralización de los sistemas de salud, sumar los esfuerzos de todos los sectores que participan en la salud, promover mecanismos innovadores de ampliación de cobertura, vigorizar el concepto de atención primaria de salud, impulsar la investigación científica y la formación de recursos humanos, rehabilitar y modernizar la infraestructura, y realizar una redistribución de los recursos financieros.

Características del sistema de servicios de salud

El propósito básico del Programa Nacional de Salud es mejorar la salud mediante el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Sus objetivos generales se orientan al desarrollo de una atención médica de calidad con calidez humana, a la prevención y control de enfermedades, promoción y fomento de la salud, control sanitario y ambiental, crecimiento demográfico armónico, contribución al bienestar social y extensión de la cobertura de los servicios de salud. Las estrategias generales tienden al desarrollo y fortalecimiento de la sectorización, descentralización, modernización, coordinación intersectorial y participación de la comunidad. A estas estrategias generales se suman otras específicas que apuntan al fortalecimiento de los sistemas locales de salud, la instrumentación operativa de un modelo de atención de salud y el desarrollo de la atención primaria.

Los programas prioritarios comprenden atención médica, atención maternoinfantil, salud mental, prevención y control de enfermedades y accidentes, educación y fo-

mento de la salud, nutrición, salud ocupacional, prevención y control de adicciones, control y vigilancia comunitaria, saneamiento básico, salud ambiental, planificación familiar y asistencia social, investigación, formación y desarrollo de recursos humanos, información, e insumos para la salud.

En materia de descentralización, 14 de los 31 estados mexicanos cumplieron con las etapas de coordinación programática y de integración orgánica, convirtiéndose ya en cuerpos estatales de salud. En algunos estados esta acción ha avanzado a nivel municipal. Los estados descentralizados son responsables de todos los recursos en operación en su territorio para la atención a la población abierta (no asegurada); la población cubierta por cualquiera de los regímenes de seguro social se considera como población asegurada. Los recursos de la seguridad social continúan bajo el mismo régimen de administración ya existente.

El proceso de descentralización reconoce tres esferas de responsabilidad en el manejo de la salud: local (competencia de los ayuntamientos, poderes constituyentes locales o legisladores locales), federal y estatal. La Ley General de Salud transfiere competencia a los estados en materia de atención médica, salud pública y asistencia social bajo la coordinación general de la Secretaría de Salud. Los gobiernos federal, estatales y locales efectúan reuniones de consulta con grupos específicos directamente relacionados con los problemas de naturaleza definida, dentro de un marco establecido por el gobierno central.

La organización de los sistemas locales de salud se hace en función de las jurisdicciones de salud. Estas tienen un nivel técnico administrativo de conducción con una estructura variada en términos de funciones, ordenamiento administrativo y personal, y otro operativo constituido por unidades de primer nivel de atención en todas las jurisdicciones y en algunas de ellas con hospitales de segundo nivel. En general, el nivel hospitalario no depende administrativamente de las jurisdicciones, sino del nivel estatal. Las jurisdicciones de salud pueden ser unimunicipales y multimunicipales, y en algunos casos se integran con fracciones de municipios; su extensión varía desde 2.000 hasta 56.000 km². En las jurisdicciones de los estados descentralizados, el tamaño de la población es muy variado, desde 100.000 hasta más de 1 millón de habitantes.

Sin embargo, la estructura de salud no ha podido mantener una relación acorde con el crecimiento de la población. Por otra parte, aún existen aproximadamente 5 millones de personas que no tienen acceso a ningún tipo de servicio. Una de las principales razones es la distribución de la población en 123.169 pequeñas localidades de menos de 2.500 habitantes (según el censo de 1980). En el otro extremo, la gran concentración de la población en

las zonas marginadas de las grandes urbes satura los servicios e impide satisfacer la demanda de esta población. Se ha hecho un gran esfuerzo por crear unidades de atención de primer nivel y desarrollar estructuras especiales para atender a la población marginal.

Producción de servicios

Se estima que 53% de la población está cubierta por la seguridad social y 5% con servicios privados; el 42% restante corresponde a población abierta. En términos de servicios prestados a la población abierta y asegurada en 1988 se observó que la población asegurada recibió 74% de las consultas médicas, y que por cada egreso hospitalario en la población abierta se produjeron tres en la población asegurada. La población asegurada recibió 1,5 veces menos atención odontológica que la población abierta. Se registraron 0,93 consultas por persona en la población no asegurada y 2,18 en la población asegurada. En cuanto a consultas odontológicas, se realizaron 0,22 consultas por persona en la población no asegurada y 0,1 en la población asegurada.

De los 2.986.850 egresos hospitalarios registrados en 1986, se produjeron 2,2 egresos por 100 habitantes en la población abierta y 5,4 por 100 en la población asegurada. El total de egresos hospitalarios produjo un promedio global de estancias de 4,5 días por egreso, que fue de 1,2 días de estancia por egreso en la población abierta y 5,0 días por egreso en la población asegurada.

Capacidad instalada

En 1986 había 10.090 unidades de consulta externa, de las cuales 75,9% sirven a la población abierta y el resto a la población asegurada. De un total de 28.727 consultorios de hospitales y externos, 49,4% sirven a la población abierta y 50,6% a la asegurada. Existen 805 unidades hospitalarias de las cuales 30,6% atienden a la población abierta y 69,4% a la asegurada. Estas unidades operan 60.099 camas de hospital de las cuales 38,3% sirven a la población abierta y 61,7% a la asegurada. Existen 1.638 quirófanos de los cuales 36,9% sirven a la población abierta y 63,1% a la asegurada.

Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento de las instituciones federales que atienden a la población abierta (Secretaría de Salud, Desarrollo Integral de la Familia (DIF) IMSS—COPLAMAR, Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y gobiernos estatales) se integra fundamentalmente con el aporte de recursos gubernamentales a través

del Presupuesto de Egresos de la Federación. Las cuotas de recuperación, pagos o aportes de la población usuaria representan una parte pequeña del financiamiento total; en 1986, para la Secretaría de Salud representó solo 4,5%. En el Cuadro 4 se presenta el peso relativo de los responsables de la atención como receptores del financiamiento público.

CUADRO 4			
Participación institucional en el financiamiento de la atención de salud de la población abierta, México, 1985-1987. (En porcentaje de cifras a precios de 1980. Base 1980 = 100.)			
Institución	1985	1986	1987
Total	100,0	100,0	100,0
Secretaría de Salud	69,4	74,3	74,9
DIF	3,6	4,6	2,8
IMSS-COPLAMAR	10,6	7,5	7,4
Gobiernos estatales	10,5	8,1	7,5
Servicios médicos DDF	5,9	5,5	7,4
Recursos federales a los estados	41,7	51,5	46,3

Fuente: Presidencia de la República, Informe de Gobierno. Secretaría de Programación y Presupuesto, Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Información estatal directa.

Entre 1982 y 1986 las aportaciones del componente patronal y obrero han aumentado su valor porcentual en 7 y 3% respectivamente, en tanto que el Estado y otras fuentes de contribución han experimentado una significativa disminución de aproximadamente 27%. En el Cuadro 5 se presenta el financiamiento de los servicios estatales y del Distrito Federal a la población abierta según origen de la aportación.

El análisis de esta información es especialmente importante porque se refiere al período en el que se inicia el proceso de descentralización de las responsabilidades de la atención de la salud de la población abierta de los estados. Si bien en el período 1983-1987 la Federación aumentó su aporte en 23,9%, los estados lo hicieron en 55,1%. En 1983, la relación muestra que por cada peso aportado por los estados/DDF la Federación agregaba 3,9; en cambio, esta relación bajó en 1987 a 3,1 ratificando el mayor compromiso de los estados en el financiamiento de la atención de la salud.

En el Cuadro 6 se presenta el análisis del gasto en salud para el período 1982-1987 y su relación con el PIB, y el gasto programable del Gobierno Federal.

Mientras el PIB decreció durante 1982-1987 0,8% y el gasto programable del Gobierno Federal lo hizo 12,5%, el sector salud aumentó su gasto en 15,3%, correspondiendo 5,6% al subsector de salud pública, 13,8% al de seguridad social y 55,1% a los gobiernos estatales y al DDF. El gasto representó en el período el 2,22% del PIB con variaciones que fueron de 2,09% en 1982 a 2,43% en 1987. El subsector de salud pública disminuyó su participación de 25,9% en 1982 a 23,7% en 1987, con una participación global para el período de 24,5%. Esto es consecuencia, en gran medida, del proceso de descentralización iniciado en el período 1982-1987.

El análisis del gasto en salud por nivel de atención durante 1982-1987, muestra que el primer nivel creció a una tasa media anual de 5,1%, muy superior al crecimiento del gasto sectorial e, incluso, al del gasto de la Secretaría de Salud. Para el segundo nivel, el gasto decayó 1,9% anual, con una mayor participación en esta reducción de las instituciones que atienden a la población abierta. En el tercer nivel de atención se produjo una reducción equivalente a una tasa promedio de la de las instituciones que atienden a la población abierta. Por el contrario, el IMSS la elevó un promedio de 4,1%.

CUADRO 5						
Financiamiento de los servicios de salud federales, estatales y del Distrito Federal, en millones de pesos de 1980, y relación estados/Federación, México, 1983-1987.						
Año	Total	Federación		Estados y Distrito Federal		Relación estados/Federación
		Total	%	Total	%	
1983	15.223	12.182	79,6	3.111	20,4	1:3,9
1984	16.119	13.440	77,3	3.656	27,7	1:3,4
1985	18.736	13.440	71,7	5.296	28,3	1:2,5
1986	20.577	16.275	75,7	4.302	20,9	1:3,8
1987	19.837	15.013	75,7	4.824	24,3	1:3,1

Fuente: Secretaría de Salud, Banco Mundial y OPS. El enfoque de la salud como sector social y económico: gasto y financiamiento para la atención de la salud de México. México, D.F., 1988.

CUADRO 6							
Participación del gasto en salud en el total del gasto público y su incidencia en el PIB (en pesos constantes de 1980), México, 1982-1987.							
Año	PIB total	Total del gasto público		Gasto del sector salud			
		Total	% del PIB	Total	% del gasto público	% del PIB	Gasto per cápita
1982	4.831.689	1.285.932	26,6	101.031	7,8	2,09	1.783
1983	4.628.937	1.264.174	27,3	101.736	8,0	2,20	1.362
1984	4.796.937	1.317.421	27,5	102.524	7,8	2,14	1.343
1985	4.919.905	1.296.848	26,3	107.569	8,3	2,19	1.380
1986	4.725.277	1.125.519	23,8	109.280	9,7	2,31	1.374
1987	4.792.936	...	...	116.469	...	2,43	1.435

Fuente: Secretaría de Salud, Banco Mundial y OPS. El enfoque de la salud como sector social y económico: gasto y financiamiento para la atención de la salud de México. México, D.F., 1988.

La población creció 11%, el gasto público 15,3% y el gasto per cápita 3,8%. Si este análisis se ajusta al gasto sectorial (excluyendo el de los estados y del DDF) y a población cubierta, el gasto per cápita para el período 1983-1987 presenta un significativo descenso acumulado de 8,1% en los años 1984-1985, y una ligera recuperación de 1,1% en los años 1986-1987. El gasto en el subsector de salud pública tuvo un importante crecimiento durante el período, a pesar de que la población abierta total experimentó una disminución acumulada de 10,2%. Por otra parte, si bien la población abierta total disminuyó, principalmente por su incorporación al régimen regular de la seguridad social, aún existe un aumento de la cobertura que se acompaña de un incremento acumulado de 10,1% en el gasto per cápita de la población abierta con cobertura. La participación financiera del subsector privado en el período es importante, aunque disminuyó de 45,2% en 1982 a 40,5% en 1987.

Recursos humanos

La asignación de recursos humanos según la población abierta y asegurada en 1986 se presenta en el Cuadro 7. Un estudio llevado a cabo en 1985 sobre los patrones de empleo de médicos en las 16 principales unidades de México encontró que ellas albergan a más de 75% de los médicos del país (102.300), de los cuales más de 80.000 están activos o disponibles en términos del mercado de trabajo. El estudio reveló que 68,1% de los médicos tienen entre 30 y 40 años de edad, y que 79,7% son hombres. El 55,7% no tienen estudios de posgrado, 40,2% hicieron residencias, 3,9% realizaron maestrías y 0,2% doctorados.

El 36,1% de los médicos labora en actividades privadas; 35,4% en la seguridad social y 20,1% en instituciones que atienden a población abierta. El 34,7% de los médicos trabajan en unidades del primer nivel de atención,

CUADRO 7							
Distribución de los recursos humanos de salud según población abierta y población asegurada, por 1.000 habitantes, México, 1986.							
Tipo de recurso	Total	Población abierta			Población asegurada		
		Número	%	Recursos por 1.000 habitantes	Número	%	Recursos por 1.000 habitantes
Médicos en contacto con paciente	64.616	25.136	38,9	0,76	39.480	61,1	0,94
Médicos sin contacto con paciente	9.745	3.469	35,6	—	6.276	64,4	—
Paramédicos	151.171	48.375	32,0	1,46	102.796	68,0	2,45
Enfermeras	109.804	37.443	34,1	1,13	72.362	65,9	1,73
Otro personal	110.036	35.321	32,1	1,06	74.715	67,9	1,78

Fuente: INEGI y Secretaría de Programación y Presupuesto. Boletín de Información Estadística No. 6. México, D.F., 1987.

y 45,7% lo hacen en las de segundo y tercer nivel. El 11,2% trabaja en actividades no relacionadas con la función médica.

En términos generales, la población abierta cuenta con un mayor porcentaje de recursos de apoyo para el diagnóstico, con excepción de los gabinetes de rayos X. La diferencia se acentúa en las salas de parto, con 81,8% (Cuadro 8).

CUADRO 8			
Recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico según población abierta y asegurada, México, 1986.			
Tipo de recurso	Total	Población abierta (%)	Población asegurada (%)
Laboratorios	1.115	54,8	45,2
Gabinetes de rayos X	1.648	41,7	58,3
Salas de partos	3.579	81,8	18,2
Bancos de sangre	126	53,2	46,8

Fuente: INEGI y Secretaría de Programación y Presupuesto. Boletín de Información Estadística No. 6. México, D.F., 1987.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El rápido proceso de urbanización del país se relaciona con la forma en que será necesario atender los servicios de agua potable y alcantarillado en el futuro: por una parte, son de gran importancia y, por la otra, resulta cada vez más difícil satisfacer el aumento de la demanda de agua en los centros urbanos por problemas de tipo social, técnico y económico. La disponibilidad de agua es inadecuada en relación con la distribución de la población general. El problema es más grave en el Distrito Federal, cuya disponibilidad media anual se estima en aproximadamente 400 millones de m³, y queda sin satisfacer una población de casi 11 millones de habitantes.

En 1980, 61% de la población tenía servicios de agua entubada, y 37%, de alcantarillado. Actualmente, de los 80 millones de habitantes, por lo menos 30 millones carecen de conexiones domiciliarias de agua y 50 millones no tienen alcantarillado. Muchos de los que cuentan con conexiones domiciliarias de agua tienen un servicio deficiente. Las repercusiones negativas en la salud son graves, ya que desde 1978 las enfermedades relacionadas con la ingestión de agua y alimentos contaminados ocupan el tercer lugar como causa de defunción en el país.

La distribución del precio de los servicios es socialmente injusto: mientras un habitante urbano que goza de conexión domiciliaria en 1987 pagaba \$Mex100 por m³, el que vive en una zona marginada de la ciudad o en el campo pagaba \$Mex200 por un recipiente de 20 litros de agua sin seguridad en términos de calidad.

Los organismos operadores disponen de recursos tan limitados que en el mejor de los casos solo pueden cubrir los gastos corrientes, descuidando el mantenimiento y la ampliación de los sistemas. Se estima que las fugas de agua y la administración deficiente son responsables de que por cada 100 litros de agua potable que se produce, al usuario le llegan 60, se facturan 40 y se cobran solamente 30 litros.

En términos generales, la calidad del agua se considera aceptable solo en 19 entidades federativas. En el estado de Hidalgo, el agua está altamente contaminada por las descargas domésticas e industriales del Valle de México que contienen sólidos en suspensión, alcaloides, sulfatos, nitratos y cloruros. Desde el punto de vista geográfico, el principal problema de contaminación se presenta en la cuenca del Valle de México, y en la de los ríos Lerma y Tula; existen, además, serios problemas en la cuenca Atoyac-Zahuapan, en la Comarca Lagunera y en las zonas de descarga de los centros urbanos e industriales importantes.

El país no cuenta con sistemas que permitan el tratamiento adecuado de aguas residuales, y en algunos estados se observa la falta total de infraestructura. El volumen de las aguas servidas y el hundimiento del piso de la ciudad de México han impuesto un enorme desafío en materia de obras sanitarias.

En cuanto a la contaminación de los alimentos, se desconoce la magnitud del problema. Mediante normas técnicas y reglamentos sanitarios, la Secretaría de Salud promueve la higiene de los alimentos desde su producción, transporte, almacenamiento y distribución hasta su consumo. Actualmente se han modificado las condiciones sanitarias de muchos establecimientos, pero no se ha cubierto la totalidad por limitaciones en los recursos humanos y financieros de la Secretaría de Salud para el control y vigilancia sanitarios. Para impulsar los sistemas de control de los alimentos se requiere la participación activa de la comunidad. Existe gran cantidad de empresas productoras de alimentos y de bebidas sin alcohol que han mejorado sus instalaciones con el fin de alcanzar las especificaciones fisicoquímicas y bacteriológicas permitidas.

En la ciudad de México, el gigantesco consumo de combustible provoca una contaminación atmosférica permanente, agravada por las características orográficas, fenómenos de inversión térmica que ocurren entre noviembre y febrero, y tormentas de viento con características de tolvaneras que se presentan de marzo a junio y de agosto a octubre de cada año. La inversión térmica determina altos niveles de contaminación durante las primeras horas del día, y las tolvaneras movilizan toneladas de polvo muy contaminado con agentes patógenos que se desplazan del norte al centro y sur de la ciudad. La magnitud de la contaminación atmosférica ha creado alarma pública. Los contaminantes más frecuentes son

partículas en suspensión, bióxido de azufre, hidrocarburos, ozono, nitratos de peróxidoacetilo y algunos aldehídos, monóxido de carbono, bióxido de nitrógeno y plomo. Estas no se encuentran en el aire normal y su presencia es signo de deterioro ambiental. Las mediciones efectuadas en los últimos años ilustran una tendencia alarmante; el ozono se ha convertido en el contaminante más importante en los últimos tres años.

En la ciudad de México se ha establecido la Red de Monitoreo de Calidad del Aire en cada una de las cinco

zonas en que se ha dividido la ciudad. Los valores permitidos son establecidos por la Secretaría del Medio Ambiente y Ecología. A fines de 1988 y comienzos de 1989, la condición promedio del aire fue insatisfactoria en 44,7% del tiempo observado. Con base en la información de la Red, se suspenden las clases con el fin de reducir el transporte escolar en las horas de inversión térmica y alejar a muchos niños de la ciudad. En los días en que la situación es "muy mala" se determina la paralización temporal de las industrias altamente contaminantes.

MONTSERRAT

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Montserrat es un territorio británico dependiente; un Gobernador nombrado por el Reino Unido es el jefe administrativo del gobierno. El territorio se rige por un sistema de gobierno propio.

La economía de Montserrat ha crecido firmemente a partir de 1983. El producto interno bruto (PIB) per cápita fue de \$US2.738 en 1983 y aumentó a \$US3.550 en 1986. Esta expansión económica ha sido impulsada por el incremento del turismo, de los servicios financieros (banca extraterritorial) y de la construcción. En los últimos cinco años el desempleo se mantuvo en niveles bajos, que variaron entre 4% y 7%, en tanto que la inflación fluctuó entre 3% y 5,5%. La administración pública es la principal fuente de empleos. El alfabetismo es elevado (96%) entre los adultos y casi todos los niños de 5 a 15 años están inscriptos en escuelas.

Características demográficas

La población total llegó a 11.606 habitantes en 1986. El crecimiento demográfico ha sido mínimo. Como consecuencia de la migración de la población adulta económicamente activa, hay una elevada tasa de dependencia: 30,4% tiene menos de 15 años y 12,7% más de 65. Las tasas de natalidad y fecundidad han ido en descenso y alcanzaron sus valores mínimos en 1987: 15,3 por 1.000 habitantes y 65 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Hubo seis nacidos muertos entre 1985 y 1987, que representan una tasa de 9,8 por 1.000 nacidos vivos; las

muerdes de lactantes (3, 1 y 5 de 1985 a 1987) representan en conjunto una tasa de 14,8 por 1.000 nacidos vivos: todas estas defunciones, menos una, se produjeron en el período neonatal. Las denominadas "afecciones originadas en el período perinatal" fueron la causa principal de estas defunciones. No se registraron muertes en el grupo de 1 a 4 años.

La cobertura de los servicios de salud materno-infantil es generalmente buena, y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) mantiene una cobertura del 100% para la DPT y la poliomielitis. Hace poco se ha puesto en marcha un proyecto de vigilancia de crecimiento y desarrollo y se ha establecido un registro de niños discapacitados.

Salud de los adolescentes y adultos

Las tres principales causas de mortalidad son, en orden decreciente de importancia: los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardíacas y los tumores malignos. La hipertensión también es común y constituye uno de los grandes factores que contribuyen a las enfermedades del corazón, así como una causa frecuente de admisiones hospitalarias y visitas a consultorios. La diabetes, una causa importante de morbilidad, también se encuentra entre las diez causas principales de mortalidad. Solo se produjo una muerte materna, en 1986.

Aunque los accidentes con automotores fueron una de las causas principales de mortalidad a principios del decenio, a partir de entonces no se han registrado aumentos significativos de las defunciones anuales.

Los médicos generales y las enfermeras proporcionan atención de salud mental. Una enfermera psiquiátrica, que tiene a su cargo casi toda la atención de la salud mental de la comunidad, coordina el servicio con los funcionarios médicos. Un consultor especializado en psiquiatría visita la isla periódicamente.

El porcentaje de partos de madres de 13 a 19 años respecto del número total de nacimientos también decreció significativamente: fue de 28% en 1985 y de 20% en 1987. Los servicios de planificación de la familia se han extendido a los 12 dispensarios dependientes del gobierno y al Hospital Glendon. Continúa en marcha un programa experimental al servicio de la salud de los adolescentes que se desarrolla en instalaciones oficiales.

Salud del anciano

En 1984, los ancianos constituían el 12,4% de la población. En este grupo los principales problemas son la hipertensión y la diabetes, pero todavía son muy limitados los datos sobre el estado de salud de las personas de edad avanzada.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema de atención de salud de Montserrat sigue el modelo británico de medicina socializada. Se proporcionan servicios gratuitos a los niños desde su nacimiento hasta la edad en que dejan la escuela, a las mujeres durante el embarazo y el período de lactancia, a las personas de más de 60 años y a los jubilados o necesitados. Los individuos a quienes se ha diagnosticado hipertensión y diabetes reciben atención médica gratuita, sean cuales fueren su edad o posición social.

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios de la Comunidad se encarga de proporcionar a la población en general servicios de salud adecuados y accesibles por su ubicación y costo y al pueblo de Montserrat la mayor parte de la atención de salud. Hay un Secretario Permanente de Salud y Servicios de la Comunidad que asume ante el Ministro la responsabilidad del manejo de los asuntos administrativos y cuenta con el asesoramiento del médico jefe, que a su vez es el encargado de coordinar los servicios de salud. El Secretario Permanente es el más alto funcionario ejecutivo del Ministerio y el cirujano y director de los servicios de salud es su principal asesor en cuestiones profesionales y técnicas. Los siguientes jefes de secciones presentan informes al cirujano y director de los servicios de salud: el dentista, la enfermera principal, el radiólogo, el farmacéutico principal, el técnico de laboratorio de mayor categoría y el más alto funcionario de salud ambiental.

Desde el punto de vista funcional, los servicios de salud se dividen en servicios de la comunidad y servicios institucionales. Los primeros comprenden la salud ambiental, la salud personal, la salud materno-infantil, las inmunizaciones, la salud escolar, la salud dental, la salud mental y la educación en salud. Los segundos brindan medios de hospitalización, atención a largo plazo (geriátrica y psiquiátrica), análisis de laboratorio, rayos X y farmacia. La provisión de equipos y materiales, incluidos los fármacos, está centralizada y su distribución dentro de la comunidad y entre las instituciones se realiza en función de las necesidades.

Aunque la atención proporcionada a nivel comunitario es gratuita para los usuarios, el hospital cobra los servicios de laboratorio, rayos X y mantenimiento de los pacientes.

No hay una política escrita en materia de salud, aunque generalmente se conviene en que el gobierno está obligado a proporcionar atención de salud de alta calidad y que debe prestar atención especial a grupos vulnerables como niños, embarazadas y madres en período de lactancia, enfermos crónicos, enfermos mentales y ancianos. El proyecto de un plan nacional de salud presentado en 1985 como parte del plan nacional de desarrollo demostró el interés del gobierno por las áreas y los grupos prioritarios.

Los servicios de atención de salud se basan en un sistema de tres niveles que abarca los de atención primaria, secundaria y terciaria. Los dispensarios de distrito proporcionan atención primaria; el único hospital general de la isla brinda atención secundaria y el centro geriátrico ofrece atención terciaria. Los límites de los niveles de atención de salud no están estrictamente definidos y, a veces, el hospital suministra atención primaria en su departamento para casos de accidente. No hay hospitales privados en la isla.

Las principales estrategias han consistido y siguen consistiendo en aumentar la efectividad mediante la ampliación de la clientela, fomentar el apoyo a los servicios comunitarios, mejorar las instalaciones y garantizar que en ellas se disponga de la capacidad técnica y gerencial necesarias. También se hace hincapié en el mejoramiento de las notificaciones y derivaciones de pacientes en determinado nivel y entre todos los niveles de atención, así como en el desarrollo y fortalecimiento del enfoque de equipo.

Hay tres áreas principales de salud pública en la isla y cada una cuenta con cuatro dispensarios de distrito: el área central tiene 5.840 habitantes; la del norte, 3.084 y la del este, 2.682. Los 12 dispensarios están diseminados estratégicamente por toda la isla para que nadie tenga que recorrer más de cuatro o cinco kilómetros para llegar a un centro de salud; de esta manera los servicios que en ellos se prestan resultan físicamente accesibles para toda la población. Cada área de salud pública cuenta con una enfermera de salud pública o enfermera diplomada y cuatro enfermeras de distrito, enfermeras diplomadas o enfermeras habilitadas.

El gobierno emplea a tres médicos y un cirujano, a quienes permite ejercer en forma particular. Algunos especialistas visitan la isla ocasionalmente.

El Hospital Glendon, un hospital general situado en Plymouth, proporciona atención secundaria. Tiene 67 camas (5,7 camas por 1.000 habitantes) y ofrece a los pacientes servicios de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; el pabellón de medicina general suministra las camas de psiquiatría. La institución también dispone de un quirófano y departamentos para atender casos de accidentes y pacientes ambulatorios. Su personal está formado por un administrador de servicios de salud perfec-

tamente capacitado, personal directivo intermedio, empleados de oficina y encargados de la atención del establecimiento, el aprovisionamiento de víveres y el mantenimiento general. Si los servicios del hospital resultan insuficientes, los pacientes son enviados a hospitales más grandes del Caribe u otra parte.

El centro geriátrico, que cuenta con 35 camas de geriatría (30,1 camas por 10.000 habitantes), proporciona atención a largo plazo. Se alojan en él un elevado porcentaje de personas que carecen de techo o no tienen a nadie que viva con ellas y las atienda y algunos pacientes seniles con síndrome cerebral orgánico.

En el presupuesto total de la isla correspondiente a 1983, 13,0% de los gastos ordinarios del gobierno y 2,8% de los gastos de capital fueron asignados al sector de salud. En general, el mantenimiento de las instalaciones corre por cargo del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas. La suma reservada específicamente en el presupuesto de salud a ese mantenimiento es mucho menor de la que se necesita.

Se carece de información acerca de la atención brindada por el sector privado. En muchos casos, los que están en condiciones de pagar los gastos correspondientes o pueden hacer arreglos privados procuran recibir atención especializada en Barbados, Jamaica, los Estados Unidos de América o el Reino Unido. El gobierno ayuda a pagar o directamente paga el costo de la atención de unos pocos que no tienen dinero y la necesitan especialmente.

Se han logrado ciertos progresos en el reforzamiento del sistema de información sobre salud. Se pueden conocer todos los datos estadísticos sobre morbilidad y mortalidad correspondientes a los servicios públicos pero, hasta la fecha, se carece de información presentada por médicos particulares. Sectores aislados recolectan datos sobre los servicios de salud, pero no los ordenan ni los recopilan en un sitio centralizado. No solo hay que es-

tandarizar la estructura general de la recolección de datos estadísticos sobre salud, sino que todo el sistema debe contar con recursos suficientes.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El país tiene una baja densidad de población y patrones de reducida intensidad en relación con la utilización de la tierra, el desarrollo y la actividad en la zona costera. Sin playas de arena blanca ni aeropuerto para aviones de retropropulsión, los efectos del medio ambiente de la isla sobre el turismo y viceversa resultan mínimos.

El mayor problema que plantean los desechos sólidos consiste en la dificultad de encontrar un sitio adecuado para su eliminación en el área suburbana de Plymouth, pues se presentan obstáculos sociales, topográficos y políticos. Por consiguiente, es necesario transportar esos desechos a través de la isla hasta la costa oriental para eliminarlos en zanjas de relleno higiénico.

Las aguas servidas y las excretas se eliminan en tanques sépticos y retretes, respectivamente. La eliminación subterránea resulta a menudo problemática a causa de lo rocoso del terreno. En dos nuevos barrios que se proyecta construir en las afueras de Plymouth se piensa recurrir a plantas de tratamiento de las aguas servidas.

Solo esporádicamente se han adoptado medidas de control del *Aedes aegypti*, consistentes en la cobertura parcial de la isla mediante el empleo de métodos tradicionales. El índice de infestación por *A. aegypti* registrado en viviendas fue de 19,5% en 1988. No hace mucho se ha asignado gran importancia al control de roedores.

Los problemas estructurales son la poca capacidad institucional, la falta de mano de obra y de otros recursos y los limitados conocimientos que en materia de medio ambiente tienen los funcionarios y el público en general.

NICARAGUA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Al analizar la situación de Nicaragua en el período 1985–1988 se debe tener en cuenta que a partir de 1979 el país atraviesa un proceso de transformaciones que incluye la implantación de una economía mixta, el establecimiento de una democracia participativa con pluralismo político y una política internacional de no alineamiento. Asimismo, es necesario señalar que este período coincide con una nueva crisis económica internacional que incide en el desarrollo del país dado el grado de interdependencia de su economía con el mercado internacional. Además, el conflicto armado condujo a una recesión importante cuyos efectos se manifestaron de manera tardía en el período 1985–1988.

Después del proceso electoral de 1984, y como consecuencia de los resultados obtenidos en el mismo, la revolución nicaragüense pasó a una etapa de institucionalización, en una coyuntura muy compleja debido al estado de guerra y a la crisis económica. En 1985 se inició un proceso que permitió el diseño de la nueva Constitución, en el que prácticamente participó toda la sociedad.

En el plano internacional, el Gobierno propició el diálogo bilateral con los Estados Unidos de América para lograr la paz, al mismo tiempo que buscó el apoyo internacional para encontrar mecanismos que permitieran la pacificación del país y aseguraran una salida a la crisis regional, y formuló iniciativas para un entendimiento entre los Presidentes de la Región en un marco de apertura democrática.

A finales de 1986 se aprobó la Constitución, que fue asumida públicamente a comienzos de 1987. La misma establece definitivamente la delimitación de los alcances de cada uno de los poderes del Estado, y reafirma el carácter de la revolución respecto al pluralismo político, economía mixta, autodeterminación, soberanía nacional, no alineamiento y democracia participativa. Al mismo tiempo, señala con precisión los derechos civiles, políticos y sociales del ciudadano, estableciendo un nuevo concepto de ciudadanía en el país. Cabe resaltar el énfasis que pone la Constitución sobre el concepto integral de

la salud y su estrecha vinculación con los otros derechos sociales.

Otro aspecto que se debe considerar es el proceso de regionalización del país que se inició en 1982 y se desarrolló con mayor intensidad durante el período 1985–1989. En un primer momento, la regionalización estuvo destinada a fortalecer la efectividad del Estado en íntima relación con las experiencias locales. En la actualidad, la regionalización apoya la planificación de la economía, principalmente para la integración del proceso productivo en territorios concretos. De tal forma, en este período la regionalización se ha fortalecido con la participación dinámica de la población, lo que ha facilitado incluso el proceso de descentralización que se promueve y que se intensificó a partir del plan económico de 1987.

A finales de 1984 se hizo patente la recesión, con un crecimiento negativo del PIB de $-1,6\%$ y una inflación promedio de $35,4\%$, la que se considera reprimida debido a la política económica gubernamental. Por otra parte, la producción global que inició su recuperación en 1980–1981 se estancó, debido principalmente al sector agropecuario, lo que incidió tanto en el consumo básico de la población como en la capacidad de exportación de los productos tradicionales, limitando aún más la capacidad de importación e incrementando el balance negativo comercial (que pasó de $-\$US375,6$ millones en 1984 a $-\$US441,8$ en 1985 y $-\$US525,0$ en 1987). Frente a esta situación se creó el Consejo Nacional de Planificación y su órgano técnico, la Secretaría de Planificación y Presupuesto, que formuló una política económica con medidas concesivas respecto a la ley del valor y en apoyo a las iniciativas de la población para enfrentar la crisis. Dicha política tuvo como objetivo estabilizar el marco macroeconómico, racionalizar el gasto social y estimular la producción nacional, mediante la recuperación del control financiero. Sin embargo, a escasos tres meses de iniciadas las medidas estabilizadoras, la administración estadounidense decretó un embargo comercial y ejerció presiones políticas para evitar que el país tuviera acceso a financiamiento externo a través de los principales organismos internacionales, con serias repercusiones tanto para la comercialización de los productos nicaragüenses como para el sostenimiento del proceso productivo (principalmente en la industria), por la dependencia tecnológica del país.

De hecho, en 1987 se produjo una reducción del PIB de 2,2% en relación con 1985; la inflación alcanzó 1.700% en el año. El Gobierno desarrolló a inicios de 1988 una reforma monetaria acompañada de un conjunto de medidas económicas (contención del gasto público, gravación fiscal del sector productivo y otras). No obstante, en febrero de 1988, a pocos meses de la implantación de estas medidas resurgió el proceso inflacionario.

El comercio exterior se redujo considerablemente y fue subsidiado con un proceso de endeudamiento externo que en 1988 llegó a \$US6.123,8 millones, equivalente a 264,5% del PIB. De este saldo acumulado, \$US1.606,5 millones se obtuvieron entre 1985 y 1986.

Si bien el gasto público en relación con el PIB se redujo (55,6% del PIB en 1985, 46,0% en 1986, 37,7% en 1987, 43,9% en 1988), el gasto en defensa aumentó de 34,5 a 45% del presupuesto de la República entre 1985 y 1987. La inflación anual fue de 278% en 1985, 778% en 1986 y 5.000% en 1988. El consumo real por habitante se redujo 35% en 1988, proceso que afectó más a los grupos sociales menos favorecidos.

En el período 1985-1988, tanto el sector primario como el terciario utilizaron los mayores volúmenes de fuerza de trabajo. Este último tuvo mayor crecimiento, y convirtió al Estado en el principal empleador a nivel del sector. La tasa de subutilización de la fuerza de trabajo aumentó de 20,9% en 1985 a 26% en 1988, sin contar la fuerza de trabajo ocupada en las tareas de defensa, el crecimiento del sector informal y la reducción de la capacidad instalada a nivel industrial y agropecuario.

En 1988 se inició una mayor efervescencia de la vida nacional, por los ajustes de la política económica, el diálogo con la resistencia y los primeros resultados que condujeron al cese temporal de las acciones bélicas. Al mismo tiempo, los avances en el diálogo nacional y la liberación de algunos aspectos restringidos por el estado de emergencia favorecieron el establecimiento de las medidas económicas.

El porcentaje de analfabetismo aumentó de 12,8% en 1980 a 26% a fines de 1987. En este mismo período, el presupuesto de educación bajó de 14,5 a 8,9% del presupuesto general de la República y disminuyó de 4,6 a 3,6% respecto al PIB.

Para enfrentar el déficit de vivienda, que se calcula en cerca de 250.000 casas, se llevó a cabo un programa que permitió solucionar el problema de los desplazados de guerra reasentándolos en zonas seguras. Para la construcción de las casas se emplearon brigadas voluntarias y el desarrollo del proyecto habitacional contó con la organización comunitaria y el apoyo material de los gobiernos regionales.

En la actualidad, la seguridad social ejecuta programas de asistencia y bienestar social dirigidos tanto a la pobla-

ción asalariada y sus dependientes como a aquellos grupos de población que por distintas razones sociales ameritan una atención especial. En el Cuadro 1 se presenta la extensión de la cobertura de la seguridad social en 1985 y 1987, en comparación con 1980.

Para asegurar la asistencia y el bienestar social, el Gobierno requirió de nuevas fuentes de financiamiento, tanto internas como externas. Si bien para 1987 el volumen de cotizantes había crecido 118% en relación con 1980, también aumentó el volumen de beneficiados con pensiones, de 16.000 a 60.500.

Los aspectos medicoasistenciales fueron transferidos al Ministerio de Salud; sin embargo, dadas las características y las necesidades generadas por la situación bélica, la seguridad social ha vuelto a asumir algunas funciones relacionadas con la asistencia médica, principalmente respecto a la atención de los lesionados o discapacitados de guerra. El Instituto Nacional de Seguridad Social y Bienestar asume un papel relevante en la atención de este grupo de población, prestándole ayuda financiera cuando requiere atención en el exterior, así como el apoyo necesario para completar su proceso de rehabilitación en el interior del país.

Aunque durante 1985 y 1986 hubo escasez de algunos alimentos (frijoles, maíz, leche, carne, huevos, grasas y bananos), la disponibilidad nacional de arroz y de azúcar no constituyó un problema. Entre 1985 y 1986, el con-

CUADRO 1

Cobertura de la seguridad social, Nicaragua, 1980, 1985 y 1987.

Cobertura	1980	1985	1987
Asegurados cotizantes (miles)	146,4	289,8	319,2
Población protegida (miles)	20,5	1.030,3	1.232,5
Asegurados/población ocupada (%)	16,8	27,7	28,3
Población protegida/población total (%)	19,0	31,5	35,2
Pensiones vigentes (miles)	16,0	49,4	60,5

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad Social y Bienestar.

sumo per cápita se redujo en relación con el consumo mínimo recomendado, principalmente de leche, carne y huevos; para otros productos, la reducción del consumo fue aún mayor. Durante el período se redujeron gradualmente los subsidios a la producción y circulación de muchos productos, sin un incremento proporcional de los salarios, y la población se vio obligada a priorizar el consumo de determinados productos. La canasta mínima de alimentos, que representaba 45,2% del salario individual en 1981, llegó a 169,9% en 1986. En relación con el salario familiar, la canasta mínima representó el 62,5% en 1985 y 101,9% en 1986.

Con las medidas económicas emprendidas, a comienzos de 1988 se consiguió que el costo de la canasta alimentaria mínima representara 76,5% del salario individual promedio; sin embargo, en junio representó 406,5%, y en noviembre disminuyó a 375,4% por los ajustes salariales que se realizaron.

Características demográficas

En 1988 la población de Nicaragua se estimaba en 3.621.600 habitantes, producto de un ritmo de crecimiento de 3,3% en el período, con una tasa de fecundidad global de 5,5 hijos por mujer. En 1988, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 3,9% eran menores de 1 año; 14,3% tenían de 1 a 4 años; 28,2% de 5 a 14 años; 51,1% de 15 a 64 años, y 2,7% 65 y más años.

La densidad de población aumentó de 27 habitantes por km² en 1985 a 30 en 1988. La distribución en el territorio es desigual, ya que, por ejemplo, la zona del Pacífico, que representa 15,2% del territorio, contiene 62,5% del total de la población, y la zona Atlántica, que corresponde a 39,5% del territorio, cuenta con 5,3% de la población. Sobre esto influye el proceso migratorio interno, que hace que la región III tenga la mayor tasa de crecimiento del país (4,3%); la capital se ubica en esa región.

Según estimaciones de INEC y CELADE, 57,2% de la población era urbana en 1985 y se calcula que llegará a 60,4% al finalizar el quinquenio. Existe un mayor porcentaje de mujeres en las zonas urbanas (51,6%), mientras que en las rurales hay un ligero predominio de hombres (52,1%).

La situación de guerra que vive el país permitió acelerar la incorporación de la mujer en las tareas productivas (incluso a nivel rural), por lo que se prevén algunas modificaciones en los comportamientos tradicionales.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Se estima que la información disponible del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) para el período tuvo una cobertura del 47%. El INEC y CELADE estiman una tasa bruta de mortalidad de 9,7 por 1.000 habitantes en el período 1980–1985, y de 8,0 por 1.000 en el período 1985–1990. Con los datos registrados se obtienen tasas de mortalidad de 4,5 por 1.000 habitantes en 1985, 4,2 en 1986 y 4,0 en 1987.

En 1987 se registraron 13.985 defunciones, de las cuales 27,6% correspondieron a menores de 1 año, 5,0% al grupo de 1 a 4 años, 3,2% al de 5 a 14, 29,5% al de 15 a 49 años y 34,6% al de 50 y más años. Las defunciones en el sexo masculino aumentaron de 59,6% del total de defunciones en 1985 a 61,8% en 1987. Entre las defunciones registradas predominan las ocurridas en zonas urbanas (73,2% en 1987). La tasa de mortalidad hospitalaria para todos los grupos de edad disminuyó de 28,7 por 1.000 egresos en 1985 a 25,7 en 1987.

Las principales causas de mortalidad registradas en 1987 fueron las enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales, las lesiones resultantes de operaciones de guerra y las enfermedades cerebrovasculares (Cuadro 2).

El análisis de la estructura y composición de la morbilidad se realiza fundamentalmente por medio del registro continuo de las hojas de consulta, boletas de enfermedades de notificación obligatoria, admisión y egresos hospitalarios, y algunos estudios operacionales para grupos y causas específicas. En el Cuadro 3 se presentan las principales causas de egreso hospitalario. En 1987, la infección intestinal fue la primera causa de morbilidad (y mortalidad) hospitalaria. En ese mismo año se otorgaron 6.459.600 consultas: 9,9% en menores de 1 año, 14,6% en el grupo de 1 a 4 años, 13,8% en el de 5 a 14 años y 61,7% en el de 15 y más años.

Según el INEC y CELADE, la tasa de mortalidad infantil se estimó en 76,4 por 1.000 nacimientos en el período 1980–1985 y en 61,7 en el período 1985–1990, lo que significa la persistencia de una tasa de mortalidad infantil aún elevada. Con los datos registrados se obtienen tasas de mortalidad infantil de 28,6 por 1.000 nacidos vivos en 1985, 29,9 en 1986 y 28,0 en 1987. La mortalidad en este grupo de edad representó 25,7% de las defunciones registradas en 1985 y 27,6% en 1987.

Según estimaciones del INEC y CELADE, la esperanza de vida al nacer subió de 59,8 años en 1980–1985 a 63,3 en 1985–1990.

CUADRO 2			
Principales causas de mortalidad registrada, Nicaragua, 1985-1987.			
Grupo de causas	1985	1986	1987
Enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales	1.389	1.680	1.741
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón	1.016	867	792
Enfermedad cerebrovascular	832	854	848
Neumonía	713	761	824
Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	696	709	162
Lesiones resultantes de operaciones de guerra	649	626	1.061
Infarto agudo del miocardio	502	606	674
Lesión que se ignora si fue accidental o intencional	546	424	543
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	404	394	345
Accidentes de tráfico	341	457	494
Homicidio y lesiones intencionalmente infligidas	328	159	182
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	294	271	273
Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido	293	303	697
Trastornos mentales	237	152	177
Tuberculosis pulmonar	226	247	218
Bronquitis, enfisema y asma	210	181	183
Diabetes mellitus	210	181	183
Anomalías congénitas	204	202	215
Septicemia	188	147	80
Otra desnutrición proteinoenergética	159	147	132
Enfermedad hipertensiva	155	149	129
Ahogamiento y sumersión accidentales	155	237	184
Sepsis del recién nacido	136	137	235
Tumor maligno del estómago	129	128	135
Demás accidentes	514	454	489
Demás tumores malignos	407	389	372
Demás enfermedades del aparato digestivo	368	338	310

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática (DINEI) y Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

Las primeras causas de mortalidad registrada en los menores de 1 año durante 1987 fueron las enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales; hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, y neumonía (Cuadro 4). Las enfermedades

diarreicas agudas causaron 27,6% de las defunciones infantiles registradas en 1985 y 32,0% en 1987.

Las primeras causas de egreso hospitalario en este grupo de edad en 1987 fueron la infección intestinal mal definida (13.895 egresos), la neumonía (6.644), otras causas de morbilidad perinatal (4.236), y el grupo de hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido (2.377). La infección intestinal mal definida también fue la primera causa de mortalidad hospitalaria en ese grupo de edad en 1987 (549 defunciones). La importancia de esta categoría como causa de morbi-

CUADRO 3

Principales causas de egreso hospitalario,
Nicaragua, 1987.

Diagnóstico	1987
Parto normal	42.681
Infección intestinal mal definida	18.711
Otras causas obstétricas directas	12.822
Neumonía	11.559
Aborto no especificado	9.053
Bronquitis crónica, enfisema y asma	6.226
Hernia de la cavidad abdominal	4.919
Otras causas de morbilidad perinatal	4.236
Hemorragia del embarazo y del parto	1.928
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	3.231
Otras enfermedades del aparato digestivo	2.779
Otros trastornos del aparato genital femenino	2.655
Parto prematuro o amenaza de aborto	2.770
Otras enfermedades del aparato urinario	2.730
Hipoxia y asfixia	2.394
Fracturas del húmero, cúbito y radio	1.875
Toxemia del embarazo	1.685
Apendicitis	1.913
Tuberculosis pulmonar	1.947
Crecimiento fetal lento	1.821
Insuficiencia cardíaca	1.351
Todos	222.444

Fuente: DINEI—Ministerio de Salud.

lidad y mortalidad hospitalaria se asocia con la magnitud de las enfermedades diarreicas como motivo de consulta durante el período, y refleja el deterioro de las condiciones sanitarias de la población.

En 1988, la cobertura de inmunización en los menores de 1 año se estimó en 83% con vacuna antipoliomielítica, 55% con vacuna antisarampionosa, 51% con vacuna DPT y 89% con BCG.

En el grupo de niños de 1 a 4 años se observó un aumento de 675 defunciones registradas en 1985 a 704 en 1987. Estas representaron 4,6% del total de las defunciones registradas en 1985, y 5,0% en 1986 y 1987. La primera causa de mortalidad en el período 1985-1987 fue el grupo de enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales; la neumonía se ubicó en segundo lugar durante los tres años. La neumonía, la infección intestinal mal definida y el grupo de la bronquitis crónica, enfisema y asma se mantuvieron

como los tres primeros grupos de causas de egreso hospitalario.

En 1987, la desnutrición representó, como causa directa, 2% de las defunciones registradas de niños menores de 5 años (y 1% en la población de todas las edades). Según el Censo Nacional de Talla realizado en escolares de primer grado en 1987, la prevalencia de la desnutrición es de 22%.

En junio de 1988 se elaboró un Plan Nacional para enfrentar el problema de la mortalidad infantil y de los niños de 1 a 4 años, mediante la Campaña Nacional por la Defensa de la Vida del Niño. Esta consiste en un conjunto de acciones que puedan contribuir de forma coordinada y coherente a la disminución continua de la mortalidad en esos grupos de edad.

La población de 5 a 14 años representa 28,2% de la población total; en cambio, su mortalidad corresponde solo a 3,2% del total de las defunciones registradas. En este grupo el problema de la mortalidad radica en la composición de causas, pues además de la persistencia de algunas enfermedades transmisibles aumentan las violencias, los accidentes y las enfermedades degenerativas. En 1987, las primeras causas de mortalidad registrada fueron los accidentes de tránsito (53 defunciones), los demás accidentes (51), las lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (34) y la neumonía (29). En ese mismo año las principales causas de egreso hospitalario fueron la apendicitis (609 egresos), neumonía (527) y malaria (405).

Salud de los adolescentes y adultos (15 y más años)

Las principales causas de mortalidad registrada en el grupo de 15 a 49 años son las asociadas a la guerra, las enfermedades crónicas y degenerativas y, en menor escala, las derivadas de la situación sanitaria (Cuadro 5). En 1987, las seis primeras fueron causas externas; las lesiones resultantes de operaciones de guerra fueron la primera causa de defunción y su peso en este grupo de edad aumentó de 15,7% del total en 1985 a 24,7% en 1987.

Una misión de evaluación del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población estimó la mortalidad materna en aproximadamente 8 por 10.000 nacidos vivos registrados. Se estima que solo 5% de las mujeres en edad fértil y en unión consensual utilizan anticonceptivos.

El parto normal fue la primera causa de egreso hospitalario durante el período, aun cuando el número de egresos por esta causa disminuyó de 44.964 en 1985 a 42.681 en 1987. Los egresos por problemas obstétricos aumentaron, con excepción de la hemorragia del embarazo y del parto. El parto prematuro y la amenaza de aborto aumentaron de 2.477 en 1985 a 2.770 en 1987. También aumentaron la toxemia del embarazo (de 1.639

CUADRO 4			
Principales causas de mortalidad registrada en los menores de 1 año, Nicaragua, 1985-1987.			
Grupo de causas	1985	1986	1987
Todas las causas	3.750	4.025	3.862
Enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales	1.035	1.303	1.285
Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	693	708	161
Neumonía	329	378	408
Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido	238	302	695
Anomalías congénitas	176	177	187
Sepsis del recién nacido	136	137	235
Otras causas de mortalidad del recién nacido	121	123	180
Septicemia	105	87	38
Otra desnutrición proteinoenergética	101	66	60
Meningitis	67	70	46
Demás enfermedades del aparato respiratorio	41	59	70

Fuente: DINEI—SINEVI.

CUADRO 5			
Principales causas de mortalidad registrada en la población de 15 a 49 años, Nicaragua, 1985-1987.			
Grupo de causas	1985	1986	1987
Todas las causas	3.845	3.438	4.132
Lesiones resultantes de operaciones de guerra	505	560	1.022
Lesiones que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	451	343	437
Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente	265	135	163
Accidentes de tráfico	216	289	325
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón	156	116	114
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	100	121
Ahogamiento y sumersión accidentales	115	164	139
Tuberculosis pulmonar	94	95	120
Demás accidentes	253	212	270
Demás tumores malignos	114	101	104

Fuente: DINEI—SINEVI.

a 1.685) y el aborto (de 8.209 en 1985 a 9.053 en 1987). En 1985 y 1987, el aborto representó el 4,1% de todos los egresos hospitalarios.

Se identificaron los diversos factores que contribuyeron al problema de la mortalidad materna y neonatal, y se organizó un programa de educación sexual y se reorientaron los programas de control perinatal y atención del parto de bajo y mediano riesgo, a nivel primario.

La mortalidad registrada en el grupo de 50 y más años tiende a la disminución, tanto en números absolutos como en porcentaje del total de las defunciones registradas. Esta mortalidad representó 40,2% del total en 1985, 39,6% en 1986 y 34,6% en 1987. En 1987, las principales causas de mortalidad registrada en este grupo de edad fueron la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo del miocardio y el grupo de enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón (Cuadro 6). En 1987, los egresos hospitalarios en este grupo de edad se debieron con más frecuencia a insuficiencia cardíaca (1.060 egresos), "otras" enfermedades del aparato digestivo (738) y diabetes mellitus (703).

Problemas que afectaron a la población general

En el sector salud la profundización del conflicto armado y de la crisis económica se manifestó por el au-

mento de la morbilidad y de la mortalidad por algunas enfermedades tanto en la población civil como en la integrada a la defensa. Esto a su vez generó una creciente demanda de servicios a nivel primario y hospitalario sin que se contara con los recursos necesarios, ni en cantidad ni en calidad. Además, el desarrollo de algunos programas de salud se vio obstaculizado por dificultades en el acceso a importantes zonas geográficas y a grupos de población, y se produjeron pérdidas de recursos humanos y equipos, y cierre por destrucción parcial o total de algunas unidades de salud. Por otra parte, al reducirse la capacidad de importación del país se limitó la disponibilidad de medicamentos, material de reposición periódica, reactivos, insecticidas, equipos y repuestos. Desde 1980 hasta agosto de 1988, las víctimas directas de la guerra ascendían a 56.718 entre muertos, heridos y secuestrados; de ellas, 42.328 (75%) correspondieron al período 1985-1988.

El paso del huracán Joan afectó las condiciones generales del país; los daños causados en las viviendas, en los servicios básicos (agua, energía, servicios de salud y otros) y el desplazamiento o aislamiento de importantes grupos de población incidieron en el deterioro de las condiciones de vida, de por sí ya precarias en las zonas afectadas. Esta situación aumentó los riesgos de epidemias, particularmente en las regiones donde el agua y la disposición de excreta y desechos eran deficientes. La limitada capacidad asistencial a la población se redujo por la destrucción de

CUADRO 6			
Principales causas de mortalidad registrada en la población de 50 y más años, Nicaragua, 1985-1987.			
Grupo de causas	1985	1986	1987
Todas las causas	5.867	5.627	4.834
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón	778	696	517
Enfermedad cerebrovascular	721	764	683
Infarto agudo del miocardio	506	521	528
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	237	229	213
Neumonía	228	201	197
Diabetes mellitus	174	162	146
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	173	165	150
Enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades infecciosas intestinales	122	136	138
Demás tumores malignos	275	270	241
Demás enfermedades del aparato digestivo	205	212	164

Fuente: DINEI—SINEVI.

infraestructura y pérdida de equipo e insumos médicos y no médicos.

Los factores fundamentales que determinaron la persistencia y el riesgo epidémico de malaria fueron la dificultad de brindar cobertura en las zonas de guerra, el aumento de los flujos migratorios de la población sin control epidemiológico, los elevados niveles de infestación y de población expuesta, y la irregularidad en la disponibilidad de insumos y medios de transporte.

A pesar de la estrategia de estratificación que se diseñó para optimizar los pocos recursos de que se disponía, el número de casos de malaria aumentó de 15.130 en 1985 a 32.677 en 1988 con un índice parasitario de 4,6 en 1985 y de 9,0 en 1988. Si bien se incrementaron los casos por *Plasmodium vivax*, también lo hicieron los casos por *Plasmodium falciparum*.

Entre las otras enfermedades de notificación obligatoria, la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar aumentó de 4,5 por 10.000 habitantes en 1985 a 6,5 en 1988. La hepatitis vírica y la fiebre tifoidea se caracterizaron por su comportamiento endémico; esta última se registró como brote epidémico en 1987, cuando se notificaron 961 casos (tasa de 2,7 por 1.000 habitantes).

La persistencia del vector *Aedes aegypti*, con índices de infestación de 0,62% a nivel nacional y 2,3% en Managua (1984), el deterioro de las condiciones sanitarias, la falta de insumos y el antecedente de cuadros clínicos en países vecinos provocaron en 1985 una epidemia de dengue que afectó principalmente la faja del Pacífico. Se notificaron 11.488 casos, y se aislaron los serotipos I y II.

La mortalidad por rabia humana aumentó sobre todo por el incremento de la rabia animal y debido a la cobertura inadecuada de vacunación y eliminación canina, insuficiente vigilancia de la circulación del virus en animales y deficiente cobertura en las zonas rurales (de la cual provienen los casos registrados).

La infección gonocócica, la enfermedad de transmisión sexual de mayor incidencia, aumentó de 2.267 casos en 1985 a 3.210 en 1988. Los casos notificados de sífilis adquirida disminuyeron de 1.773 en 1985 a 458 en 1988.

En 1986 se inició la organización del programa nacional del SIDA. Desde agosto de 1987 hasta mayo de 1988 se detectaron 21 personas seropositivas, todas extranjeras. Entre mayo y diciembre de 1988 se analizaron 4.271 muestras para detectar anticuerpos contra el VIH, de las cuales siete fueron seropositivas, y se notificaron dos defunciones por SIDA.

En 1986 se presentaron brotes de sarampión (2.550 casos notificados) y rubéola (2.528 casos). En 1988 ocurrieron 6.026 casos de varicela y 3.297 de amebiasis. En 1988, la incidencia de parotiditis epidémica se duplicó respecto al año anterior (3.414 casos, en comparación con 1.649 en 1987).

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Situación general

Al triunfar la revolución nicaragüense se creó el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) y se reestructuró su órgano rector, el Ministerio de Salud. El proceso de construcción del SNUS se inició con la articulación y reorganización de las instituciones y servicios públicos; todos los servicios públicos (incluso los servicios médicos de la seguridad social) fueron adscritos al Ministerio de Salud. Los servicios de salud se regionalizaron y jerarquizaron con la estructuración del Ministerio de Salud en tres niveles político-administrativos (central, regional y local). A nivel local se definieron dos áreas administrativas: el área de salud y el hospital.

Se establecieron nuevos programas orientados a brindar una atención integral a través de los niveles operativos de los servicios con la participación de la población. Las áreas de salud se delimitaron con criterio geográfico-poblacional y los servicios hospitalarios se reorientaron para asegurar el acceso equitativo de la población.

A nivel del área de salud se propuso establecer un modelo de organización de recursos que, teniendo como eje al centro de salud, permitiera articular los otros servicios de atención ambulatoria existentes. Además del proceso de organización, se puso en marcha un amplio programa de extensión de la infraestructura de los servicios, con fondos provenientes del presupuesto general de la República y de préstamos o donaciones extranjeras. Un elemento que facilitó este proceso fue la comunidad, que de manera organizada y continua ha participado tanto en el diseño y formulación de la política de salud como en su ejecución.

Aunque este proceso aún no se había completado debido a limitaciones de recursos y deficiencias tanto de organización como político-administrativas, en 1984 la situación se agravó por la crisis económica y la guerra.

En el período 1985-1986, la política de salud se orientó a contener el deterioro provocado por la guerra y la crisis, estableciendo como grupos prioritarios a los combatientes, a los trabajadores y a los niños. Se llevaron a cabo programas de atención a discapacitados, a los desplazados de guerra y a los combatientes, y de prevención de algunos riesgos profesionales. A fines de 1987 se avanzó en la formulación de un plan trienal que da prioridad a los problemas de la mortalidad infantil y de la morbilidad y mortalidad por violencias.

A nivel jurídico, el esfuerzo principal se dirigió a la formulación de la Ley General de Salud, que abarca los aspectos sustantivos que regirán el Sistema Nacional

Unico de Salud del Ministerio de Salud, las relaciones intersectoriales, la organización y el funcionamiento de los servicios, la asistencia médica, la práctica profesional, y los deberes y derechos de la población respecto a la salud, así como el código sanitario en el que se establece con mayor precisión la competencia de las instituciones públicas y privadas, y las responsabilidades y derechos de la población.

Producción de servicios

En 1987 se produjeron 1,8 consultas médicas por habitante, en comparación con 1,9 en 1984, 1,7 en 1985 y 1,8 en 1986. Hubo 0,14 consultas odontológicas por habitante en 1984 y 1985, 0,17 en 1986 y 0,16 en 1987. Aumentó la atención a la mujer, incluso los controles prenatales y de fecundidad. El país no ha definido una política de control de la natalidad y la asistencia relacionada con la fecundidad responde a demanda espontánea o por prescripción médica.

Los egresos hospitalarios aumentaron de 187.540 en 1981 a 222.444 en 1987, y cifras provisionales indican que ascendieron a 228.480 en 1988. El Cuadro 7 muestra el porcentaje de ocupación, promedio de días de estancia y giro de camas en establecimientos hospitalarios en 1981 y 1985-1988.

El número de cirugías practicadas aumentó en relación con una mayor demanda por la guerra, y al desarrollo de brigadas para atenderla. La atención del parto a nivel hospitalario mostró una tendencia al aumento, en tanto que la cobertura del parto por los servicios de salud bajó de 42,8% en 1981 a 37,3% en 1987.

Capacidad instalada

Producto de las acciones contrarrevolucionarias, en 1985 dejaron de funcionar más de 50 unidades de atención ambulatoria y un hospital. Sin embargo, debido a

los desplazamientos humanos también se abrieron nuevas unidades como parte de la atención integral que el Gobierno le brinda a la población. Estas nuevas unidades no siempre reúnen las condiciones necesarias para la prestación de servicios. Así, de 518 unidades existentes en 1984 y 502 en 1985, en 1987 ya se encontraban funcionando 619. De estas, 30 eran hospitales (26 para pacientes agudos y cuatro para pacientes crónicos); 22 centros de salud con camas y 85 sin camas, y 482 puestos de salud.

En 1987 se contaba con 4.904 camas de hospital, de las cuales 485 correspondían a centros de salud con camas, 3.997 a hospitales para pacientes agudos y 422 a hospitales para pacientes crónicos. Hubo una reducción en relación con los años anteriores, debido principalmente al cierre de 227 camas para la atención de pacientes crónicos; esto fue compensado con el incremento de camas en hospitales para pacientes agudos y en centros de salud con camas. En la capital se está estableciendo gradualmente un hospital. El número de camas por 1.000 habitantes se redujo de 1,7 en 1983 a 1,42 en 1988. No obstante, las camas disponibles aún no producen el volumen de egresos que podrían producir, lo que se asocia al nivel resolutivo de los servicios.

Tecnología de los servicios de salud

El desarrollo de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico ha estado limitado tanto por la diversidad de marcas y la obsolescencia de algunos equipos de radiología y laboratorio clínico, como por las dificultades para la importación de equipos, principalmente después del bloqueo comercial. Por otra parte, las limitaciones para asegurar un mantenimiento correctivo y preventivo han provocado el funcionamiento deficiente de algunas unidades. El país cuenta con 73 quirófanos, 182 equipos completos de odontología, 99 equipos de radiología, 125 laboratorios clínicos, seis laboratorios anatomopatológicos, seis bancos de sangre y 31 servicios de transfusión de sangre.

CUADRO 7

Indicadores seleccionados en establecimientos hospitalarios, Nicaragua, 1981 y 1985-1988.

Indicador	1981	1985	1986	1987	1988*
Porcentaje de ocupación	71,0	65,5	67,5	69,0	70,8
Promedio de días de estancia	6,2	5,8	5,8	5,6	4,77
Giro de camas	40,3	39,3	43,8	45,5	47,7

*Datos preliminares.
Fuente: DINEI—Ministerio de Salud

La industria nacional produce 40% de los medicamentos requeridos por el sistema de salud, para una lista de aproximadamente 50 productos; sin embargo, dicha industria depende de la importación de insumos y materias primas para su producción. El problema de la importación de algunos productos se ha resuelto parcialmente mediante el intercambio en el área centroamericana, como parte de los acuerdos realizados por los Ministros de Salud. Con todo, continúa siendo un problema crítico para el país.

Financiamiento de los servicios de salud

Los gastos realizados por el Ministerio de Salud representan 95% del total de los gastos del conjunto de los servicios de salud que integran el SNUS. No se dispone de información sobre el total de los gastos del SNUS.

Las fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud son de dos tipos: los gastos ordinarios que provienen del presupuesto general de gastos de la República y los recursos extraordinarios que tienen como origen el apoyo de organismos internacionales y no gubernamentales. En 1985, 99,1% provino del presupuesto general de gastos y 0,9% de fuentes extraordinarias; en 1987, 97,9% provino del presupuesto y 2,1% de fondos extraordinarios, lo que da una idea del margen de flexibilidad observado para garantizar el funcionamiento de los servicios de salud.

En relación con el presupuesto general de gastos de la República, si bien los gastos del Ministerio de Salud aumentaron de 7,85% en 1985 a 10,87% en 1988, se mantuvieron más bajos que en 1981 (13,2%). Respecto al PIB, los gastos del Ministerio de Salud representaron 6,02% en 1985, 7,03 en 1986 y 7,77% en 1987; 1987 fue el año con la proporción más alta en toda la década.

La estructura del gasto ha variado debido a las medidas de racionalización. Una de las restricciones del gasto está en el ámbito de las inversiones, que representaron 5,6% del presupuesto del Ministerio de Salud en 1985, 1,8% en 1986 y 3,25% en 1987.

Si bien las divisas utilizadas para las importaciones indispensables en los servicios del Ministerio de Salud disminuyeron de \$US54,6 millones en 1985 a \$US23,0 millones en 1988, han servido para asegurar la adquisición de algunos insumos críticos.

El gasto per cápita de los servicios del Ministerio (en córdobas constantes de 1980) fue de 395, 444, 487 y 480 de 1985 a 1988, lo que en 1988 significó \$US48 per cápita (en valores constantes de 1980), cifra inferior a los \$US50 que se invirtieron en 1982.

Dada la inflación que atraviesa el país, el presupuesto se considera insuficiente.

Recursos humanos

La fuerza de trabajo del Ministerio de Salud ascendía a 15.792 personas en 1980, aumentó a 23.176 en 1986 y se estimó en 21.310 en 1987. En 1980, 53,1% correspondía a personal administrativo y de servicios generales, y el resto, a personal de salud dedicado a la atención directa de la población. En 1986, el personal administrativo y de servicios generales se redujo a 41,0%; se estima que en 1987 la reducción fue de 24,3% lo que permitió fortalecer el proceso de atención directa. En cuanto a la distribución porcentual de la fuerza laboral del Ministerio de Salud en 1986, 7,8% eran médicos; 1,5% internos; 1,3% odontólogos; 5,0% enfermeras; 19,1% auxiliares de enfermería; 24,3% otros técnicos y auxiliares de salud, y 41,0% personal administrativo y de servicios generales. En el Cuadro 8 se presentan las razones de personal por 10.000 habitantes. En 1987, 70,5% del personal de salud era femenino, 46,4% correspondía al grupo de 20 a 29 años y 29,1% al de 30 a 39 años.

El personal dedicado a la atención directa ha variado debido a múltiples causas, tales como el bajo salario, el estrés provocado por la guerra, el traslado a otras esferas de la economía, etc. En 1987, 14,4% de los médicos realizaban práctica profesional (internos), 23,2% hacían servicio social, 14,3% estaban en proceso de especiali-

CUADRO 8					
Personal de salud por 10.000 habitantes, Nicaragua, 1982 y 1985-1988.					
Tipo de personal	1982	1985	1986	1987	1988
Médicos	6,7	5,25	5,15	5,4	5,5
Odontólogos	0,65	0,76	0,84	0,79	0,75
Enfermeras	2,7	2,8	3,20	3,3	3,24
Auxiliares de enfermería	14,0	12,5	11,9	11,1	11,3

Fuente: Dirección de Organización de Servicios, Ministerio de Salud

zación, 15,4% eran médicos generales y 32,6% médicos especialistas. En cuanto a su desarrollo profesional, lo anterior significa que 52% de los médicos tienen una experiencia menor de cinco años. En 1987, la relación personal de enfermería/personal médico fue de 1,99, la de enfermera profesional/médico de 0,59, y la de auxiliar de enfermería/enfermera de 3,36.

El Ministerio de Salud cuenta con una red de 13 unidades docentes en la que se forman técnicos superiores y medios, así como auxiliares en distintas ramas de la práctica médica. Se formaron 949 profesionales nuevos en 1985, 853 en 1986 y 1.018 en 1987; a pesar de que todos fueron incorporados en los servicios, resultan insuficientes para mantener el ritmo de crecimiento de la población.

La formación de posgrado se lleva a cabo en 19 especialidades; en 1987 egresaron 120 nuevos especialistas y en 1988 lo hicieron 123.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Al triunfar la revolución, la situación sanitaria era grave en las ciudades y el abandono era casi total en el campo. Aunque se orientaron inversiones para mejorar la situación, en especial la relativa al abastecimiento de agua, el crecimiento sostenido de la población y la constante migración hacia los principales centros urbanos han ejercido presión sobre estos servicios. Otros factores como la guerra, la crisis económica y las restricciones consiguientes para solucionar el problema determinaron un marcado deterioro de la situación sanitaria.

El país es sumamente rico en recursos hídricos, ya que además de la vasta disponibilidad de acuíferos, cuenta con 30 lagunas, 24 ríos principales y 78 ríos secundarios. Actualmente existen 145 acueductos administrados por el Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA), que son abastecidos por un total aproximado de 293 obras de captación; 65% de las fuentes son subterráneas, 32,3% superficiales y 2,7% subsuperficiales.

En 1985, 48% de la población contaba con suministro de agua para consumo humano (76,1% de la urbana y 11,0% de la rural). Se estima que en 1988 la cobertura fue de 51% (77,1% para la población urbana y 14,5% para la rural).

En el país existen solo tres plantas de tratamiento de agua, dos de las cuales tienen problemas de funcionamiento y eficiencia; únicamente 2,4% de las fuentes cuentan con unidades de desinfección. Actualmente están en construcción tres plantas de tratamiento. La calidad del agua suministrada no es satisfactoria en la mayoría de los casos.

La insuficiente cobertura y el suministro no permanente de algunos acueductos han dado como resultado

la adopción de prácticas inadecuadas de abastecimiento de agua por parte de la población. El 42% de las fuentes proporcionan escasa cantidad de agua. Además, la mayoría de los sistemas son ineficaces por su caducidad y la deficiente labor de operación y mantenimiento.

En cuanto a la evacuación de excreta y aguas residuales existen 19 alcantarillados sanitarios municipales ubicados en las principales ciudades del país; seis de ellos fueron construidos en 1970 y los restantes, en la década de 1950. La mayor parte de los alcantarillados tienen muy baja cobertura, solamente nueve cuentan con unidades de tratamiento (lagunas de estabilización) y, en términos generales, presentan condiciones de funcionamiento deficientes. La cobertura de las redes colectoras varía entre 6 y 61%. La población servida con alcantarillado sanitario es de 35% en las zonas urbanas, y de 20,5% en todo el país. Los programas para la provisión de letrinas escasean y, a la fecha, no existe control sobre el número de personas que cuentan con letrinas sanitarias.

Las aguas residuales industriales no reciben tratamiento adecuado previo a su disposición final.

El manejo y la disposición final de los desechos sólidos no han alcanzado un nivel satisfactorio. El problema fundamental es el servicio de recolección de residuos, pues solo 56% de los municipios cuentan con un sistema de recolección, por lo que proliferan los vaciaderos no autorizados. No se aplica ningún método de tratamiento ni de recuperación y reciclaje de los desechos. El 86,7% de la disposición final se realiza en lugares no autorizados, y solamente Managua emplea el método de relleno sanitario cubierto. El manejo separado y especial de los desechos sólidos peligrosos no se aplica para el almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los mismos.

En relación con la protección de los alimentos, las condiciones higiénicas de las instalaciones de las industrias procesadoras y productoras de alimentos, de los centros de alimentación colectiva y de los mataderos municipales son deficientes; también es inadecuada la tecnología para el procesamiento y la producción de alimentos.

A pesar de la situación actual del país, el problema del medio ambiente recibe un tratamiento intersectorial e integral. Se ha implantado un plan de higiene comunal en cada localidad, con la participación de las alcaldías municipales y de las organizaciones de masa.

Dicho plan consiste en la ejecución de campañas permanentes para la eliminación de desechos mediante rellenos sanitarios, enterramiento o quema; provisión de letrinas; mejora de las condiciones higiénicas de los mercados, rastros municipales, centros de alimentación colectiva, centros escolares, unidades de salud y centros de producción, y acciones de protección de fuentes y depósitos de agua.

PANAMA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Según la Constitución vigente, la República de Panamá es un Estado unitario, republicano, democrático y representativo.

Importantes acontecimientos en el campo político, social y económico han repercutido negativamente en el desarrollo de las acciones e inversiones previstas en los planes nacionales de salud. Las elecciones nacionales de 1989, culminaron en confusos episodios que impidieron la proclamación de nuevas autoridades en un marco de denuncias por fraude y mutuas acusaciones entre las partes intervinientes. Diversos procesos de mediación por parte de la Organización de los Estados Americanos y otros esfuerzos no prosperaron. Paralelamente las Fuerzas Armadas fueron tomando más ingerencia directa en el manejo de la administración nacional. En el marco de fuertes acusaciones de actividades ilegales que afectaban particularmente a la cúpula militar y bajo fuerte presión económica, militar y política de parte de los Estados Unidos de América, el gobierno militar fue aislándose del sistema internacional y al mismo tiempo enfrentándose a una crisis económica casi sin precedentes en el país. Levantamientos militares dentro de las propias Fuerzas Armadas de Panamá, el creciente deterioro de las relaciones con los Estados Unidos de América, el aislamiento político y el bloqueo económico dificultaron aún más los intentos por estabilizar la economía nacional.

A partir del análisis macroeconómico, pueden distinguirse dos períodos en el cuatrienio considerado: entre 1985 y 1987 el desarrollo general de la economía creció a un ritmo superior al incremento de la población fuertemente incidido por el sector agropecuario. Solo en 1987 el crecimiento fue de un 2,9% en relación con el PNB del año anterior. Hacia fines de 1988 se inició, en cambio, un fuerte proceso de deterioro.

El cierre total del sistema bancario nacional por más de dos meses, el congelamiento de los fondos del Banco Nacional depositados en entidades bancarias de los Estados Unidos de América y la suspensión de las exportaciones al mercado de ese país, unidas a la retención por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América del canon por operación del Canal de Panamá tuvieron

una fuerte repercusión en la economía del país e impidieron un registro efectivo real del desarrollo de los indicadores generales de la economía.

Al analizar los agregados macroeconómicos, el componente de exportaciones, tanto de bienes como de servicios, fue el menos afectado, mientras que el componente de inversión fue el más afectado. El consumo disminuyó debido a las dificultades de los consumidores para realizar sus transacciones (no aceptación de cheques privados o tarjetas de crédito por parte del comercio). En el sector agropecuario, el renglón más afectado fue la ganadería, porque bajó el consumo de carnes, leche y huevos.

De acuerdo con las encuestas domiciliarias de 1982 y 1988, se ha producido un aumento de la proporción de desocupados en la población económicamente activa de 15 años de edad y más. En la Región Metropolitana hubo 5,5% de desocupados en 1982 y 12% en 1988.

Según los datos censales de 1980, la proporción de analfabetos en Panamá era de 13,2%. Este porcentaje varió entre 50,6% en la Comarca de San Blas y 5,3% en la Provincia de Panamá, donde se concentra la actividad económica del país. En 1987 las dependencias oficiales atendieron el 88,3% de los escolares; el 11,7% restante concurrió a centros de enseñanza particular. La tasa de escolaridad de la población de 6 a 17 años de edad registrada en 1987 fue de 77,7%.

Durante 1987, aproximadamente 98 de cada 100 escolares matriculados terminaron el nivel primario de la educación formal. La retención escolar en este nivel alcanzó 62% en el período 1982-1987. La deserción en el nivel medio alcanzó el 5% de la matrícula inicial en 1987. Por otra parte, en 1987 se graduaron aproximadamente 40.000 alumnos en ese nivel; de ellos, 46% (18.400) correspondieron al segundo ciclo y forman parte del grupo de personas que presionan sobre el mercado de trabajo en búsqueda de su primer empleo.

El 92% de la matrícula en centros de educación superior se registró en las dos universidades del Estado.

El 9,3% de la matrícula global del sistema se concentra en la educación no formal. En 1987, los mayores aumentos en matrícula de educación no formal respecto a 1986 se produjeron en la enseñanza preprimaria (6,1%). En el sector oficial el incremento fue de 11,3%. Por otra parte, la matrícula para la alfabetización y educación de adultos aumentó 9,7%.

En 1987, el gasto público en educación creció 7,7%

en relación con 1986 para llegar a unos 305 millones de balboas, cifra que representa el 8,4% del total del gasto público en ese año.

El problema de la vivienda, específicamente el relacionado con los grupos más pobres, tiene sus raíces en situaciones económicas estructurales. La crisis fiscal y la insuficiencia de liquidez del fisco han impedido ejecutar los planes para satisfacer las necesidades apremiantes de la población más desprotegida en cuanto a salud, educación, trabajo y vivienda.

El Ministerio de Vivienda ha estimado que 1,1 millones de habitantes carece de vivienda adecuada. De acuerdo con las últimas investigaciones, existen 263 "asentamientos espontáneos", en los cuales residen aproximadamente 49.200 familias. El 75% de estas familias se encuentra en la Provincia de Panamá. En el medio rural, las condiciones estructurales y sanitarias de las viviendas son deplorables.

Características demográficas

De acuerdo con estimaciones oficiales, en 1987 Panamá tenía 2.274.000 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2,1%.

Se prevé que la tasa de fecundidad pase de 3,5 hijos por mujer en el período 1980-1985 a 3,1 en el período 1985-1990, con variaciones significativas entre las provincias. Se estima que la mortalidad también continuará descendiendo, y pasará de 5,4 a 5,1 por 1.000 habitantes. Sin embargo, hay provincias como las de Bocas del Toro y Veraguas que mantienen tasas de mortalidad de 8 y 7 defunciones por 1.000 habitantes, respectivamente. La mortalidad infantil también refleja una tendencia decreciente, mostrando una reducción de 26 a 23 por 1.000 nacidos vivos en los períodos antes mencionados, aunque se mantiene alta en las provincias de menor desarrollo, tales como Darién, Bocas del Toro y Veraguas, con 51, 39 y 32 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La esperanza de vida al nacer aumentó de 71 a 72 años entre estos períodos. Esta última cifra fluctúa entre 61,9 en la Provincia de Darién y 73,6 en la de Los Santos.

Las regiones metropolitanas de Panamá y Colón son las mayores receptoras de migrantes de las otras provincias del país. En 1987 el 52,8% de la población total del país se concentraba en estas regiones, presentando una densidad de 70,7 habitantes por km² (86,3 en Panamá y 32,9 en Colón), en tanto que las provincias de Bocas del Toro y Darién registraban densidades de 8,7 y 2,3, respectivamente.

Se observa una tendencia al aumento de la edad mediana de la población, que pasó de 18 años en 1970 a 21 en 1985, y se estima en 22 años para 1990. A mediano plazo, el crecimiento de la población económicamente

activa exigirá un mayor dinamismo en la actividad económica para frenar la tasa de desempleo. Este envejecimiento de la población ocurre en forma notoria en la Provincia de Los Santos, y es producto del descenso de la fecundidad y de la migración de jóvenes hacia otras provincias.

En 1987, la población en nivel de pobreza se calculaba en 33,6% (700.000 habitantes) según un indicador del Ministerio de Planificación y Política Económica que pondera condición de vivienda (60%), impuestos municipales directos per cápita (15%), personas por automóvil particular (15%) y mortalidad infantil (10%). Se estima que como consecuencia de la actual crisis los márgenes de este indicador variarán entre 36,9 y 44,6%; es decir que afectará de 800.000 a 1.000.000 de panameños. Aproximadamente la mitad de la población no cubierta por los servicios públicos de salud se encuentra en la ciudad de Panamá y sus áreas limítrofes, donde las tasas anuales de crecimiento de la población son superiores al 4%, empeorando el déficit de los servicios.

De acuerdo con estudios preliminares realizados por el Ministerio de Planificación y Política Económica, la crisis que vive el país puede provocar reducciones del PIB de 15 a 20%, que generarían tasas de desocupación cercanas al 17%, superiores al 11,6% esperado si no se hubiera producido la crisis. Se estima que durante 1988 cerca de 100.000 asalariados fueron expulsados del sector moderno de la economía.

ANALISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

La tasa de mortalidad general durante el decenio de 1980 ha sido del orden de 4 por 1.000 habitantes por año. La tasa de mortalidad infantil presenta tendencia al descenso, ya que en 1980 fue de 21,7 por 1.000 nacidos vivos y en 1986 de 19,4. Sin embargo, existen diferencias entre zonas urbanas y rurales: en 1986 la mortalidad infantil fue mayor en las zonas rurales (20,5 por 1.000 nacidos vivos en 1986) que en las urbanas (18,1) (Cuadro 1).

La certificación de las defunciones es menor en las zonas rurales que en las urbanas, hecho que debe tenerse en cuenta en los análisis que siguen. En 1986, la proporción de defunciones certificadas por médico fue de 98,2% en las zonas urbanas y solo de 64,3% en las rurales. Las defunciones de menores de 1 año certificadas por médico fueron aproximadamente de 99,6% en las zonas urbanas y 74% en las rurales. Estos porcentajes ocultan variaciones entre las diferentes regiones del país, sobre todo en aquellas donde reside la población indígena.

CUADRO 1

Indicadores vitales por zonas urbanas y rurales, Panamá, 1980 y 1986.

Indicadores	1980	1986
Natalidad*	26,9	25,9
Urbana	26,3	23,7
Rural	27,4	28,2
Mortalidad general*	4,1	4,0
Urbana	4,2	4,1
Rural	4,0	4,0
Mortalidad infantil ^b	21,7	19,4
Urbana	19,4	18,1
Rural	23,9	20,5
Mortalidad neonatal ^b	12,0	11,5
Urbana	12,7	13,2
Rural	11,4	10,0
Mortalidad posneonatal ^b	9,7	7,9
Urbana	6,7	5,0
Rural	12,5	10,5
Mortalidad materna ^b	0,7	0,6
Urbana	0,2	0,3
Rural	1,1	0,9
Crecimiento natural	22,8	21,9
Urbano	22,1	19,6
Rural	23,4	24,2
Asistencia profesional al parto (%)	79,5	84,2
Urbana	98,8	99,3
Rural	61,2	70,8
Esperanza de vida (años)	1980	1988
Total	70,1	72,2
Masculino	68,4	70,2
Femenino	71,9	74,2
Urbana	72,9	74,1
Masculino	70,9	71,8
Femenino	75,1	76,6
Rural	67,5	69,9
Masculino	66,3	68,6
Femenino	68,6	71,5

*Tasa por 1.000 habitantes.

^bTasa por 1.000 nacidos vivos.

Merced al impacto que ha tenido la reducción de la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida entre 1980 y 1988 tuvo una ganancia de dos años, ya que de 70,1 en 1980 alcanzó la cifra de 72,2 en 1988. Esta esperanza de vida es mayor para el sexo femenino que

para el masculino, y menor en las zonas rurales que en las urbanas (véase el Cuadro 1). Por otra parte, para el lapso 1995-2000 solo dos provincias del país, Panamá y Los Santos, superarán el promedio nacional de 73,3 años de esperanza de vida.

Las primeras causas de defunción para 1982 y 1986, cuando se excluyen 8,2% de muertes registradas como mal definidas, fueron los tumores malignos, los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, las enfermedades cerebrovasculares, el infarto agudo del miocardio, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Situación de salud de grupos humanos específicos

El Gobierno de Panamá considera prioritarios los siguientes grupos humanos y, en cada uno, aquellos que viven en situación de pobreza máxima: los menores de 1 año; los niños de 1 a 4 años; las mujeres embarazadas; los adolescentes y adultos jóvenes en mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, drogadicción y accidentes; los mayores de 65 años.

Salud de los niños de 0 a 14 años

Después de un descenso acelerado en la década de 1970, tanto la tasa de mortalidad infantil como la neonatal y posneonatal han experimentado un leve descenso en el decenio de 1980. La mortalidad neonatal descendió de 12,0 a 11,5 por 1.000 nacidos vivos entre 1980 y 1986; la posneonatal varió de 9,7 a 7,9, y la mortalidad infantil descendió de 21,7 a 19,4.

En 1986, solo el 2,7% de los nacidos vivos con asistencia del parto fueron prematuros. En embarazos a término, el porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) fue de 7,5% para nacidos vivos del sexo femenino y de 6,1% para los del sexo masculino. En el grupo de nacimientos donde no se especificó el período de gestación estas cifras fueron 9,0% para hombres y 7,1% para mujeres. La primera causa de muerte en el recién nacido la constituye el grupo de hipoxia, asfixia y otras afecciones del feto o del recién nacido. En las zonas urbanas la tasa de defunción por este grupo de causas es de 62,6 por 10.000 nacidos vivos, en comparación con 32,7 por 10.000 nacidos vivos en las zonas rurales. La segunda causa en importancia en las zonas urbanas es la septicemia del recién nacido, que deja entrever la presencia de un componente importante de infecciones nosocomiales. En las zonas rurales la segunda causa la constituyen las infecciones intestinales mal definidas, que representan el octavo lugar en las zonas urbanas. El crecimiento lento, la desnutrición y la inmadurez ocupan el quinto lugar en las zonas urbanas y el sexto en las rurales.

Las neumonías ocupan el cuarto lugar en las zonas rurales y el octavo en las urbanas.

El sistema de salud concede alta prioridad a los programas de inmunización, que en 1987 alcanzaron altas coberturas promedio en los menores de 1 año (las cifras entre paréntesis representan la variación de las coberturas entre las provincias): 72,5% para DPT (41,6–83,1); 74,6% para antipoliomielítica (43,9–83,9); 78,0% para antisarampionosa (58,4–94,3) y 89,9% para BCG (62,9–100,0).

En 1986, la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años era de 15,4 por 10.000 niños. Las defunciones por deficiencias de la nutrición y anemias representan el 10% de las defunciones totales de dicho grupo. Se espera que el problema de la desnutrición aumente dado el impacto negativo de la crisis económica que padece el país. La primera causa de defunción en este grupo es la infección intestinal mal definida; la segunda son los accidentes y violencias (más del 12% del total).

En el grupo de 5 a 14 años la principal causa de defunción son los accidentes y violencias (23%). Dentro de ellas se destacan los accidentes de vehículos de motor y el ahogamiento y sumersión accidentales, que representan el 17% de todas las defunciones. Ocupa también lugar importante como causa de defunción la infección intestinal mal definida, seguida por enfermedades del sistema nervioso central. Las enfermedades neoplásicas, leucemias y tumores malignos representan el 5,9% del total. Se debe destacar que la neumonía y el sarampión ocupan el sexto y el séptimo lugar como causas de defunción, y que ya se empiezan a detectar en la morbilidad problemas de drogadicción y de enfermedades de transmisión sexual. Según datos preliminares de la encuesta de prevalencia de desnutrición (indicador peso/talla) en escolares de primer grado se encontró que 24,4% estaban desnutridos (moderados 18,6% y graves 5,8%).

Salud de los adolescentes y adultos (15–54 años)

Los accidentes y violencias constituyen la primera causa (32,3%) de defunción en este grupo. En 1986 se destacan los accidentes de vehículos de motor, con una tasa de 20,3 por 100.000 habitantes. Le siguen en importancia relativa las enfermedades cerebrovasculares, los tumores y el infarto agudo del miocardio. Comienzan a tener importancia las enfermedades degenerativas, la hipertensión y la diabetes mellitus.

Salud de las personas de edad avanzada (55 y más años)

Las principales causas de defunción en este grupo son las enfermedades cerebrovasculares, el infarto agudo del miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón y

los tumores. Cabe destacar que, en el grupo de 75 y más años, la neumonía ocupa el quinto lugar entre las causas de defunción.

Problemas que afectaron a la población general

Los hechos más importantes que han creado expectativas y generado la toma de decisiones por parte del Gobierno y la población fueron la presencia del SIDA; la reinfestación con el mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue y de la fiebre amarilla, y el impacto producido por el huracán Joan en las Provincias de Chiriquí y Veraguas, donde se destruyó parte de la capacidad instalada.

Hasta el 8 de agosto de 1988 se habían diagnosticado en Panamá 64 casos de SIDA, y confirmado 320 seropositivos. El 85% de los enfermos son del sexo masculino. Hasta la fecha mencionada habían muerto 42 personas por la enfermedad. El mayor número de casos se registró en el grupo de 20 a 44 años de edad (92%). El 62% de los casos corresponde a transmisión sexual, el 18% a transmisión sanguínea, y el 5% a transmisión mixta; solo se encontró un caso de transmisión transplacentaria.

La condición de país de tránsito sitúa a Panamá en posición de riesgo respecto a diferentes enfermedades y vectores que habitualmente no se encuentran en el Istmo Centroamericano. En 1988 Panamá recibió un cargamento de llantas usadas provenientes del exterior donde se encontraban larvas de *Aedes aegypti*.

En todas las zonas urbanas se produjo una reinfestación explosiva del mosquito, que alcanzó niveles de prevalencia superiores al 5% de las viviendas investigadas. Esta situación ha puesto a Panamá en inminente riesgo de sufrir una epidemia de dengue, de acuerdo con el comportamiento de la enfermedad en otros países de la subregión centroamericana.

Las autoridades de salud, conscientes de esta grave amenaza, no han escatimado esfuerzos en promover y establecer un plan de vigilancia y control en el que participa la comunidad organizada juntamente con entidades estatales y privadas.

En octubre de 1988 el país sufrió el impacto devastador del huracán Joan, el cual produjo un grave deterioro de los servicios de salud en las Provincias de Chiriquí, Veraguas, Los Santos, Herrera, Darién, Colón y Bocas del Toro. Se estima que los daños provocados ascienden a 1,8 millones de balboas debido a la destrucción de puestos y centros de salud, letrinas, pozos excavados, acueductos rurales, equipo e insumos críticos de algunas de las instalaciones de salud. Además se produjeron pérdidas totales y parciales de cosechas y animales, todo lo cual podrá incidir negativamente en la disponibilidad real de alimentos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

La Constitución vigente establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población, y que el individuo no solo tiene el derecho a la salud sino también el deber de conservarla. Asimismo dispone que la oferta de servicios se realice en el marco del concepto integral de salud, considerando los aspectos preventivos y curativos. Además, la política de reforma técnico-administrativa ordena la integración de los sectores gubernamentales de salud, inclusive sus instituciones autónomas y semiautónomas (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social). También considera un derecho y un deber la participación de la comunidad organizada en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades y programas de salud.

La puesta en práctica del precepto constitucional que obliga la integración de los sectores gubernamentales de salud se inició en 1973. Actualmente esta integración abarca ocho de las nueve provincias del país; sin embargo, hasta el momento no ha sido posible extenderla a la Provincia de Panamá, especialmente a la Región Metropolitana. En esta última existen múltiples instituciones del sector público que organizan recursos para la atención de salud, las cuales son reguladas por instrumentos legales que les conceden una excesiva autonomía en la definición de políticas relacionadas con la cobertura y oferta de servicios de salud. Esto explica la existencia, en la Región Metropolitana, de problemas tales como grupos de población cubierta en forma doble o triple, bicefalismo en la conducción, doble empleo, concentración ociosa de los recursos humanos con la consecuente baja producción y productividad, y deficiente utilización de la capacidad instalada.

De acuerdo con disposiciones legales vigentes, la Caja de Seguro Social, creada en 1941, ha establecido políticas y estrategias tendientes a universalizar su cobertura. En 1985 la población protegida ascendía al 59,8% y, según estimaciones, en 1987 alcanzó el 64,5% de la población total, observándose un crecimiento anual promedio de 3%. Cabe mencionar que el porcentaje de la población cotizante respecto a la población total protegida se mantiene en 37,4%.

Los cambios acelerados favorables que han experimentado los indicadores de salud en el país durante el transcurso de los últimos 20 años se fundamentan en la participación activa y consciente de la comunidad organizada en el desarrollo de programas de salud. Esa participación se ha logrado a través de la estrategia "Convivamos con

la comunidad", como parte de la estrategia nacional "Yunta Pueblo-Gobierno" que consiste en la conjugación de esfuerzos y de intenciones del equipo de salud y la comunidad para fomentar la salud.

El país se divide en 11 regiones o sistemas integrados de salud que, a su vez, se dividen en áreas sanitarias y estas en sectores sanitarios, y existen 1.000 comunidades organizadas en comités de salud, que a su vez se agrupan en federaciones.

Producción de servicios

En el sector público el número de camas de hospital permanece relativamente constante (6.100 registradas en 1986 y 6.165 en 1987). Se produjeron 171.181 egresos hospitalarios en 1986 y 181.780 en 1987. La razón de egresos hospitalarios por 100 habitantes permaneció estable durante 1983 y 1987: 6,4 y 6,7, respectivamente. En 1988 las cifras preliminares indican que hubo un descenso a 5,9. Este valor promedio oculta cifras de notable desigualdad: si bien la razón estimada en 1988 fue de 8,9 para la Región Metropolitana y de 9,4 para la Región de Azuero, para la Provincia de Darién fue de 2,6, y para la Comarca de San Blas de tan solo 1,8 egresos hospitalarios por 100 habitantes.

El giro de camas aumentó de 28,7 egresos por cama en 1986 a 29,5 en 1987; el porcentaje de ocupación también subió de 77,6% a 87,2%. Se aprecia una disminución del promedio de días de estancia, que en 1986 fue de 9,4 y en 1987 de 8,7 días por egreso hospitalario.

El Hospital Regional de Azuero, en la Provincia de Los Santos, alberga pacientes psiquiátricos de larga permanencia institucional, lo que podría explicar el bajo giro de camas en esa Provincia (13,9 egresos por cama). Esto es válido también para la Región Metropolitana, donde funciona el Hospital Psiquiátrico Nacional.

De 1983 a 1987 el número de camas del sector privado aumentó alrededor del 20% (de 754 a 1.016). Los porcentajes de ocupación, incluidas las cunas, oscilaron entre el 45 y el 42% entre 1983 y 1987, excepto en 1985, cuando alcanzaron el 49%. Los promedios de días de estancia fueron inferiores a los cinco días.

Entre 1983 y 1987 se observó un aumento sostenido en el número de consultas médicas (de 5.439.756 en 1983 a 5.977.713 en 1987). En 1988, según datos preliminares, hubo solamente 4.865.104 consultas. Tal disminución se observa con más claridad en la Comarca de San Blas y las Regiones de Azuero, Panamá Este y Metropolitana. Este hecho es compatible con la disminución de la producción de servicios de salud que aconteció en 1988 como consecuencia de la situación general que vive el país.

El promedio de consultas médicas por habitante pre-

sentó una tendencia estable entre 1983 y 1987, años en los que se registraron valores de 2,60 y 2,63 consultas médicas por habitante. En 1988 este promedio disminuyó a 2,0. En 1980 se realizaron 365.000 atenciones de enfermería y en 1987, 620.000. Las consultas de odontología aumentaron de 527.000 a 701.000 en el mismo período. Este aumento, sin embargo, no se observó en todas las regiones de salud. Por ejemplo, las cifras correspondientes a Bocas del Toro, Colón y Darién experimentaron una ligera disminución en sus valores absolutos.

Existe una diferencia en el patrón de la atención odontológica de acuerdo con la región de salud o provincia. Según los datos de 1987, en seis regiones las segundas consultas fueron superiores en números absolutos a las primeras consultas; en tres regiones dichos valores fueron similares y en tres (Darién, Herrera y la Región Metropolitana) el número de segundas consultas fue cercano a la mitad del de las primeras consultas. Esto es el resultado de factores tales como la morbilidad particular en cada región, la capacidad de resolución de las instalaciones según el equipo y los insumos críticos y, por último, las variaciones en las características de los profesionales que prestan los servicios.

Capacidad instalada

El número de hospitales, centros de salud, centros de salud con camas, policlínicas, dispensarios y puestos de salud aumentó entre 1976 y 1987. El número de hospitales aumentó de 29 a 35, los centros de salud, de 76 a 110 y las policlínicas de la Caja de Seguro Social, de 19 a 24. Los dispensarios y puestos de salud aumentaron de 212 en 1981 a 428 en 1987. En 1987 había 35 hospitales en el sector público del país: ocho hospitales especializados, 14 hospitales generales y 13 de medicina general. Los hospitales especializados funcionan en las Provincias de Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá. Durante el período 1983-1987 el número de hospitales del sector privado aumentó de 15 a 19.

Tecnología de los servicios de salud

En Panamá no existe una política definida que considere la generación, introducción, modificación y utilización de tecnología apropiada de acuerdo con las necesidades del país. En el caso de los medicamentos, existe incapacidad de producirlos en la cantidad necesaria y con la adecuada calidad. Asimismo, se utiliza ineficientemente la capacidad instalada de los laboratorios nacionales. Con la excepción de un laboratorio especializado de análisis, no existen ni la capacidad ni los recursos suficientes para

la vigilancia permanente de la calidad física, química y biológica de los medicamentos y nutrientes que la población consume.

Panamá cuenta con 17 bancos de sangre distribuidos en todo el territorio, con excepción de la Provincia de Darién y la Comarca de San Blas. De acuerdo con un informe preliminar de enero de 1989, existen 93 unidades radiológicas distribuidas predominantemente en las regiones del Área Metropolitana (25), Chiriquí (17) y Azuero (13). Todos los sistemas integrados de salud o regiones poseen al menos uno de estos equipos.

Financiamiento de los servicios de salud

El gasto de salud es financiado básicamente por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. En consecuencia, las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud son los ingresos corrientes del Gobierno Central, los aportes obrero-patronales a la Caja de Seguro Social, los fondos extraordinarios captados a través de préstamos y las donaciones de organismos internacionales públicos y privados. Revisten también gran importancia los ingresos generados por recuperación de los servicios de salud prestados a la comunidad (Fondo de Administración Hospitalaria); se estima que estos fondos han disminuido en un 40% como producto de la crisis actual. Debe destacarse la ayuda por concepto de insumos críticos prestada por la comunidad internacional, principalmente durante 1987 y 1988.

Hasta 1986, el presupuesto de gastos de funcionamiento e inversiones del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social representó el 5% del PIB. Sin embargo, esta cifra ha experimentado una contracción acelerada en relación con la crisis económica.

Al analizar el comportamiento de las fuentes de financiamiento, se observa que durante 1986, 1987 y 1988, ni el Ministerio de Salud ni la Caja de Seguro Social han tenido aumentos presupuestarios (en lo relativo a la salud). Los presupuestos solo han permitido la prestación mínima de servicios básicos, postergándose los gastos destinados a nuevas inversiones, mantenimiento y reparación de equipos e infraestructura. La congelación del financiamiento de los proyectos de inversión que se negociaban con las entidades financieras internacionales (BID, FMI, etc.) ha impedido la construcción del Hospital de San Miguelito, la transformación de 21 puestos de salud en centros de salud, la remodelación y recuperación de la capacidad instalada de 14 hospitales en las diferentes regiones del país, y la expansión del suministro de agua potable y los servicios de saneamiento para beneficio de aproximadamente 50.000 personas.

El anteproyecto del presupuesto del Ministerio de Salud para 1989 es del orden de los 110 millones de

balboas, lo que significa un aumento de 17 millones (18,3%) respecto al presupuesto ejecutado en 1988. El rubro más importante corresponde a personal, que representa alrededor del 65% del presupuesto.

Planificación y desarrollo de la programación local

Los sistemas locales de salud han ido evolucionando hasta el punto en que hoy día están definidos y formalmente establecidos. En 1983 se realizó un estudio para la readecuación de los servicios de salud dentro del marco de la atención primaria; este estudio utilizó como elementos estratégicos la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud, la capacidad de resolución de los establecimientos, la organización y actualización gerencial del sector y la postergación socioeconómica y cultural de la población. Fue mediante ese estudio que las regiones redefinieron sus sectores.

Las modalidades de estructuras de las regiones se relacionan con la sede del sector sanitario, que en algunos casos es un centro de salud, policlínica u hospital de medicina general. Con objeto de iniciar una aplicación gradual a escala nacional, Panamá empleó la estrategia de los sistemas locales de salud (SILOS) como una experiencia piloto en la región de salud Panamá Oeste. Este proceso se concentró en cinco áreas de trabajo con los tres componentes de los SILOS: el estado de salud de la población, la organización de los programas y los servicios de salud.

Recursos humanos

Durante la década de 1970 hubo un incremento en la formación y capacitación de los recursos humanos, de

acuerdo con la política de expansión de cobertura de salud y con la estrategia de integración y de participación comunitaria. Durante la década de 1980, el número de profesionales y técnicos experimentó un aumento significativo (Cuadro 2). No obstante, el personal continúa concentrado en las zonas urbanas.

En Panamá existen áreas definidas que no están cubiertas por los servicios de salud; en cambio hay otras, como la Región Metropolitana, en la cual se observa una significativa concentración de recursos humanos y financieros.

De 2.722 médicos censados en 1987, 2.452 trabajaban en instituciones oficiales y 270 ejercían exclusivamente en entidades privadas. De los 2.722 médicos, 1.442 (53,0%) poseían una especialidad médica. De 2.456 enfermeras que laboraban en el país en 1987, 2.184 lo hacían en el sector público.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En Panamá, el Ministerio de Salud y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) tienen a su cargo la promoción y realización de las actividades de saneamiento básico. En cuanto a la provisión de agua potable, el Ministerio de Salud atiende las poblaciones con 500 y menos habitantes. En 1987, la población cubierta por el IDAAN se estimó en 1,54 millones de personas. La población beneficiada con agua potable por el Ministerio de Salud y el IDAAN aumentó de 82,1% en 1976 a 84,8% en 1986, y la población servida aumentó de 59 a 70,2% en el mismo período.

La eliminación sanitaria de excreta constituye un problema tanto en las zonas rurales como en los cinturones

CUADRO 2						
Recursos humanos en salud por 10.000 habitantes y por zonas urbana y rural, Panamá, 1980 y 1987.						
Recursos humanos	1980			1987		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Médicos	9,3	17,0	1,7	12,0	20,1	3,2
Enfermeras	7,6	14,1	1,3	10,8	18,2	2,8
Odontólogos	1,4	2,4	0,4	2,3	3,4	1,0
Laboratoristas	3,1	5,9	0,4	3,4	5,9	0,7
Técnicos en radiología médica	0,8	1,6	0,1	1,4	2,4	0,2
Auxiliares de enfermería	14,9	26,4	3,7	16,4	26,1	5,9

Fuente: Departamento de Estadística y Planificación, Ministerio de Salud.

de miseria de las ciudades principales, donde todavía es necesario construir letrinas debido a que no hay acceso a la red de alcantarillado. Sin embargo, el 85% de la población total posee un sistema sanitario de eliminación de excreta, con una cobertura de 98% en las zonas urbanas y 75% en las rurales.

En la Ciudad de Panamá existe el grave problema de la contaminación fecal de la Bahía de Panamá, cuya solución reclama la construcción de una planta para el tratamiento de aguas negras. A esto hay que añadir la contaminación de algunos ríos con desechos industriales e insecticidas que se utilizan para el control de vectores.

En épocas del año en que la velocidad de los vientos se reduce, la temperatura y humedad elevadas contribuyen

a problemas ostensibles de contaminación del aire en la ciudad capital.

Además, el hecho de que en Panamá existan un oleoducto transistmico y una refinería de petróleo expone al país al peligro de la contaminación de sus costas y de la extinción de la flora y de la fauna, tal como ocurrió en 1988 en una refinería de la Provincia de Colón.

En las ciudades de Panamá y Colón existe el problema relacionado con la recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos, que las autoridades han solucionado parcialmente trasladando el antiguo vertedero ubicado en el área de Panamá Viejo al área de Cerro Patacón, en donde se practica un sistema de enterramiento.

PARAGUAY

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La Constitución vigente desde 1967 fija que el Paraguay es una república unitaria, cuyo gobierno abarca tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El Poder Ejecutivo está ejercido por el Presidente de la República. El Poder Legislativo está representado en un Congreso de dos cámaras: senadores y diputados. El Poder Judicial está ejercido por una corte de justicia compuesta por cinco miembros y los tribunales y juzgados que establece la ley. El cuerpo consultivo del Poder Ejecutivo es el Consejo de Estado. Los negocios de la República están a cargo de los Ministros del Poder Ejecutivo, quienes refrendan los actos del Presidente de la República.

Desde el punto de vista administrativo, el país cuenta con 19 departamentos, a cargo de Delegados de Gobierno: 14 están en la Región Oriental y cinco en la Región Occidental. Los departamentos se dividen en distritos y estos, a su vez, en compañías y colonias.

Tras el golpe de estado de febrero de 1989 y el posterior establecimiento de un gobierno constitucional, elegido democráticamente, se inició una etapa caracterizada por la recuperación del estado de derecho. La proclama lanzada por las nuevas autoridades, basada en el fortalecimiento del estado de derecho, democratización del partido de gobierno, énfasis en las respuestas públicas a las demandas sociales y nuevas elecciones en 1993, sin reelección, permiten caracterizar al actual gobierno como de "transición democrática". A partir de estas definiciones esenciales, el país ingresa de lleno en una etapa de efervescencia política con crisis de representación de los grupos históricos de poder, nacimiento de nuevas opciones político-partidarias y expansión de la capacidad de reclamo social como consecuencia de la recuperación del concepto de ciudadanía. El Parlamento se ha constituido en el ámbito privilegiado para el diálogo, si bien se ha dado prioridad a la discusión dentro de los partidos políticos, como clara expresión del modelo de transición democrática.

Un análisis de la política pública asentada en el Plan de Desarrollo Económico y Social 1989-1990 indica que los objetivos prioritarios serán estimular las inversiones privadas en el sector agroexportador y equilibrar el presupuesto fiscal reduciendo el déficit global a expensas de

un aumento en las recaudaciones y racionalizando el gasto público por transferencia de empresas al sector privado.

En el terreno de la inversión pública, los esfuerzos se concentrarán en la modernización de los medios de transporte para agilizar la salida de productos del sector agroexportador, el apoyo a una reforma agraria moderada y el fomento de la descentralización administrativa. En cuanto a salud, existe un proceso de redefinición de políticas en función de la extensión de la cobertura de servicios, la puesta en funcionamiento de la capacidad instalada ociosa y la creación de programas de atención a la salud de grupos marginales y prioritarios.

El PIB, que fue de 560.448 millones de guaraníes en 1980, ha tenido un crecimiento sostenido hasta llegar a 3.432.940 millones en 1988, lo que representa un incremento real (anual acumulativo) de 25,4% en los ocho años. En dólares al tipo de cambio oficial, el PIB aumentó de \$US4.448 millones a \$US4.897 millones en el mismo período (un incremento de 1,2%). La diferencia entre el porcentaje de aumento en guaraníes y en dólares al cambio oficial se explican por la devaluación del guaraní. Entre 1983 y 1988, en dólares al tipo de cambio fluctuante (libre), el PIB aumentó de \$US2.639 millones a \$US3.840 millones (un incremento real de 7,8% anual en esos cinco años) y el producto per cápita en dólares fluctuantes pasó de 760 a 960 (un incremento real de 4,8%).

Al analizar el PIB por sectores se observa una fuerte participación del sector primario en el sistema productivo, con un 25,0%; la producción secundaria (aún rudimentaria, ya que en ella predominan la pequeña y mediana industria) participa con un 23,0%, y el sector de servicios, que demostró un dinamismo superior, con el 52%. Esto se debió principalmente al énfasis que dio el Gobierno al sector de servicios básicos, por ejemplo, a transportes y comunicaciones, como medio de conseguir la integración del territorio nacional. En relación con los demás servicios, la mayor contribución corresponde a comercio y finanzas (4,0%) y a vivienda (3%) que aportaron en conjunto un crecimiento anual acumulativo de 3,4% durante 1984-1988.

La deuda externa bruta en 1987 fue de \$US2.043 millones (98% correspondió al sector público y 2% al sector privado). El Paraguay es uno de los países de menor deuda relativa en América Latina, ya que en 1987 su deuda externa equivalía a \$US510 per cápita.

Las exportaciones dependen en gran medida del sector agrícola y especialmente de dos rubros: la soja y las fibras de algodón, cuya participación en algunos años del período 1980–1987 superó el 80% del total. Las importaciones en 1987 fueron por valor de \$US517.476.000, lo que en relación con los \$US517.141.000 de 1980 representan un estancamiento debido a los tipos de cambio existentes en ese período.

El censo de población de 1982 señaló que el 46,6% de la población económicamente activa (PEA) correspondía al sector agropecuario; 13,3% a la industria; 10,6% al comercio y finanzas; 6,9% a la construcción; 3,1% a servicios no básicos, y 19,5% se incluyen en el rubro “otros”, que son considerados como subocupados. La tasa de desempleo era de 4,4%.

El sistema educativo ha experimentado un notable desarrollo en los últimos años, que se manifiesta por descenso del analfabetismo, incremento de la matriculación escolar de la población de 7 a 14 años, incremento del nivel de instrucción y aumento de la infraestructura educativa. Entre 1962 y 1980 el analfabetismo descendió del 25,49 al 18,19%. En 1983 el 77,5% de la población mayor de 10 años sabía leer y escribir; de estos el 51,2% eran hombres y el 48,8% mujeres. El 54% de la población de ambos sexos que sabía leer y escribir residía en la zona rural y el 46% en la urbana. El 51,8% de la población alfabetizada de la zona rural eran hombres y el 48,2% eran mujeres, y en la zona urbana el 47,6% eran hombres y el 52,4% mujeres.

De acuerdo con el censo de 1982, existían 578.714 viviendas. Según el material de construcción, el 73,1% eran de ladrillos y el 19,1% de madera en las ciudades, y en las zonas rurales, el 38,2% eran de madera, el 25,8% de ladrillo y el 25,8% de estaqueo.

La seguridad social está a cargo del Instituto de Previsión Social (IPS), que atiende los riesgos de enfermedad, los profesionales o de trabajo (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de asalariados) de sus derechohabientes (trabajadores, aprendices, personal de entes descentralizados, maestros, servicio doméstico de Asunción, veteranos de la Guerra del Chaco y algunos dependientes de los anteriores). Los servicios de salud que presta el IPS incluyen atención medicoquirúrgica, dental, farmacéutica y hospitalización. Sus afiliados representan aproximadamente el 14% de la población total.

Características demográficas

La población del Paraguay es de aproximadamente 3,9 millones de habitantes (estimada para 1987), y su tasa de crecimiento anual, de 2,5%. Es eminentemente joven, y muestra un lento proceso de envejecimiento. El porcentaje de población menor de 15 años descendió de 44,8% del total en 1972 a 42,2% en 1982, y se prevé que para

el año 2000 constituirá el 38,2%. La población de 15 a 64 años aumentó del 51,2% del total en 1972 al 54,9% en 1982. Las personas de la tercera edad constituían el 3,4% en 1972 y el 3,5% en 1982; se estima que llegarán al 3,7% del total para 1995–2000.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos fue de 66,4 años en 1980–1985 (habiendo aumentado de 65,6 años en 1970–1975 y 64,4 años en 1960–1965). Para los hombres fue de 64,4 años y para las mujeres de 68,1. Se estima que para 1995 será de 67,3 años para ambos sexos y para 1995–2000, de 67,7. La tasa de natalidad muestra una tendencia decreciente, ya que pasó de 47,3 por 1.000 en 1950–1955 a 35,8 por 1.000 en 1980–1985. La tasa global de fecundidad estimada para 1980–1990 es de 4,6 hijos por mujer, que es inferior a la observada en 1980–1985 y en 1970–1975 (4,8 y 5,7, respectivamente). Si se mantiene ese ritmo, la tasa disminuirá a 4,3 para 1990–1995 y a 4,1 para 1995–2000. El nivel máximo de la fecundidad por grupos de edad recae en las mujeres de 25 a 29 años, lo que caracteriza al Paraguay como país con cúspide tardía.

La migración externa ha pasado por dos períodos: uno negativo entre 1950 y 1970 durante el cual el saldo migratorio varió entre 10,2 y 3,2 por 1.000 habitantes, y otro positivo entre 1975 y 1985 en el que llegó a aumentar a 3,4 por 1.000. Este fenómeno se debió al repunte económico del país en relación con el empeoramiento de las economías de países vecinos, como Argentina y Brasil, que habían sido los principales destinatarios de los emigrantes paraguayos. La migración interna se acentuó en la década de 1950, produciendo un claro desplazamiento migratorio íntimamente vinculado con el avance de la red de caminos, que favoreció el desarrollo de los asentamientos de Amambay, San Pedro, Alto Paraná y Caaguazú y una amplia franja del departamento de Itapúa.

La densidad de la población en 1982 era de 7,4 habitantes por km², pero variaba sustancialmente según las regiones naturales del país; por ejemplo, en la región occidental (Chaco) era de 0,2 habitantes por km², y en la oriental, de 18,6.

Se nota una acentuada tendencia al asentamiento en zonas urbanas de mediano tamaño. En efecto, la proporción de población en localidades de menos de 25.000 habitantes disminuyó entre 1962 y 1982 de 84,1 a 74,0%. Asunción, la capital, era la ciudad de mayor tamaño en 1982, con 454.900 habitantes (15% de la población total); luego se agregaron las ciudades adyacentes de Fernando de la Mora, Lambaré, San Lorenzo y la zona urbana de Luque para formar así la Gran Asunción, con 701.600 habitantes (23,1% de la población total).

Las mujeres representan el 51,6% de la población en las zonas urbanas y el 48,3% en las zonas rurales, lo cual se debe a que hay una mayor emigración selectiva de las mujeres del campo a la ciudad.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

El subregistro de las defunciones se estimaba en 1981 en 40%, y en 1984 descendió a cerca del 30%. El porcentaje de defunciones registradas con certificación médica aumentó de 45,4 a 58,3% en esos años.

Los datos existentes en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social presentados en este capítulo se refieren a la "población informante" de dicho Ministerio; por consiguiente, el análisis de los mismos no necesariamente refleja la situación del total de la población del país, sino la de la población cubierta por el Ministerio. De acuerdo con los datos del Departamento de Bioestadística, la tasa de mortalidad general experimentó un descenso sostenido de 1960 a 1987, al pasar de 11,1 a 5,3 por 1.000 habitantes.

En lo referente a las causas de defunción, los cambios epidemiológicos registrados entre los períodos 1960–1969 y 1980–1984 señalan que las enfermedades del corazón pasaron del tercero al primer lugar, las cardiovasculares del quinto al segundo, los tumores del cuarto al tercero y las enfermedades respiratorias agudas del segundo al quinto lugar. Entre las seis primeras causas, al grupo de "ciertas enfermedades del aparato circulatorio" le corresponde el 27,7% de todas las muertes por causas definidas en un estudio sobre datos de 1982–1984; el segundo lugar, con 11%, corresponde a las prevenibles por vacunación e infecciones respiratorias agudas; a los tumores les corresponde el 9,6%; a las infecciones intestinales el 8,2%; a las afecciones originadas en el período perinatal el 6,2%; a los accidentes el 6,0% y al resto el 31,3%.

El análisis por sexo señala que la diferencia mayor se observa en los accidentes, que en los hombres corresponden al 8,2% y en las mujeres al 3,5%. Esta diferencia tiene un peso mayor en los accidentes de vehículos de motor. Los tumores ocupan el segundo lugar en las mujeres (11,2%); los más frecuentes son los de mama y de cuello de útero. En los hombres los tumores aparecen en cuarto lugar (8,1%), precedidos por el grupo de enfermedades prevenibles por vacunación e infecciones respiratorias agudas y los accidentes; los tumores más frecuentes son los de estómago, bronquio y pulmón.

Las defunciones por causas mal definidas tienen el menor porcentaje (6,3%) en la zona de Asunción, y el mayor (30,2%) en la zona centro oriental.

Un estudio reciente comparó el porcentaje de defunciones según grupos de causas con los años de vida potencial perdidos (AVPP) por defunciones antes de los 65 años de edad, para las defunciones acaecidas en el período

1982–1984. Este análisis reveló que las enfermedades del aparato circulatorio representaron el 27,7% de las defunciones por causas definidas y solo el 5,1% de los AVPP; las prevenibles por vacunación 11,0% y 17,3%; los tumores 9,6% y 4,0%; las infecciones intestinales 8,2% y 17,3%; las enfermedades perinatales 6,2% y 15,6%, y los accidentes 6,0% y 7,4%, respectivamente.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

Hacia 1962 se consideraba que solamente se registraba oportunamente el 40% de los nacidos vivos y el 45% de las defunciones de menores de 1 año; actualmente subsiste una importante omisión en el registro de defunciones.

En lo que respecta a la mortalidad infantil, hay disparidad en los datos según las fuentes consultadas; así, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) señala que en el período 1955–1960 la tasa era de 68,7 por 1.000 nacidos vivos, habiendo descendido en 1975–1980 a 53,2, mientras que el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social sitúa esta tasa para 1980 en 63,2 por 1.000 nacidos vivos y para 1987 en 40,3. Según los datos con que se cuenta, la mortalidad infantil se mantuvo estacionaria entre 1960 y 1976; a partir de esa fecha la tendencia ha sido descendente y disminuyó hasta 40,1 en 1986.

Un estudio de la mortalidad infantil en 1955–1980 realizado por CELADE (mediante la aplicación de técnicas indirectas de estimación a partir de las muestras del censo de 1972 y de 1982, de la encuesta demográfica nacional de 1977 y de la encuesta nacional de fecundidad de 1979) establece claras diferencias entre las tres regiones sanitarias: metropolitana, oriental y occidental, que tuvieron cifras promedio de 44, 59 y 71 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Las variables consideradas fueron el grado de urbanización, la condición y posición ocupacional del jefe de familia, las condiciones materiales de vida y el nivel de instrucción e idioma de la madre (los idiomas nacionales son el español y el guaraní). Los resultados obtenidos reflejan índices de defunción más elevados en las regiones de menor desarrollo.

Entre las principales causas de muerte en el grupo de menores de 1 año se encuentran las infecciones, las enfermedades prevenibles por vacunación y las relacionadas con deficiencias nutricionales. Esta estructura de causas confirma el enorme potencial de reducción de la mortalidad infantil si se superan las situaciones causantes de este tipo de patología.

En el orden que ocupan las causas de mortalidad infantil se encuentran variaciones entre los períodos 1960–1969 y 1980–1984: la diarrea pasó del segundo lugar al primero, influenza y neumonía pasó del primero al segundo; las lesiones debidas al parto, que ocupaban el octavo lugar, desaparecieron de las 10 primeras causas de muerte; la prematuridad pasó del cuarto al quinto lugar; tos ferina, del cuarto al sexto y las infecciones del recién nacido, del séptimo al cuarto.

La tasa de mortalidad neonatal fue de 18,2 por 1.000 nacidos vivos en 1987, marcadamente inferior a la registrada en 1960, que fue de 45,8 por 1.000 nacidos vivos. La estructura de causas en este grupo está constituida por las que se relacionan con la inadecuada atención del embarazo y parto y las infecciones, como el tétanos del recién nacido, que ocupa el cuarto lugar.

La mortalidad posneonatal constituyó el mayor componente de la mortalidad infantil, con casi el 57% del total en 1986. Esta mortalidad debida principalmente a factores relacionados con el medio ambiente, presenta diferencias significativas según el área geográfica.

La tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años descendió de 3,6 en 1980 a 2,6 por 1.000 habitantes en 1987. El perfil de causas de muerte en este grupo señala que las enfermedades inmunoprevenibles y la diarrea continúan siendo las más importantes. Es conveniente señalar que en los últimos 20 años el perfil de causas de mortalidad infantil, neonatal y de 1 a 4 años ha estado constituido por patologías fácilmente reducibles con vacunación, con el mejoramiento de las condiciones ambientales y el mejoramiento de los cuidados y la atención de la embarazada, del parto y del recién nacido.

Las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 14 años fueron similares en los períodos 1964–1969 y 1980–1984, con variaciones en el orden de importancia. El grupo de accidentes y violencias, que ocupaba el segundo lugar, pasó al primero; las diarreas pasaron del primero al segundo lugar; la neumonía, del tercero al cuarto; el sarampión, del séptimo al sexto, y el tétanos, del noveno al séptimo lugar. El Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa nacional de bienestar familiar que se ocupa del control de todas las etapas del proceso reproductivo y de crecimiento y desarrollo del niño.

La poliomielitis en 1975 tenía una tasa de 13 casos por 100.000 habitantes. Desde 1986 no se han confirmado casos. La tos ferina descendió de 98,2 casos por 100.000 habitantes en 1970–1974 a 13,7 en 1983–1987; el sarampión disminuyó de 140,1 a 46,5; la difteria de 4,5 a 0,7; el tétanos de 13,9 a 6,8; y la tuberculosis de 119,7 a 61,7 en los mismos períodos.

Las enfermedades diarreicas como causa de mortalidad general, descendieron del tercer lugar en 1981 al quinto en 1985, y su tasa se redujo de 51,1 defunciones por 100.000 habitantes en 1981 a 32,1 en 1985. Estas en-

fermedades representan el principal problema de salud en los niños de 0 a 4 años, especialmente en lactantes (con una tasa de 11 por 1.000 en 1981 y 6,5 en 1984). La creciente aceptación y uso de las sales de rehidratación oral y su amplia difusión gratuita en todo el país han facilitado el tratamiento precoz de la enfermedad, lo que ha contribuido significativamente a reducir el número de defunciones por esta causa.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la tercera causa de mortalidad infantil (después de la diarrea y de las lesiones debidas al parto y asfixia posnatal), con una tasa de 6 por 1.000 nacidos vivos en 1981–1985. En los niños de 1 a 4 años la neumonía y bronconeumonía constituyen la segunda causa de muerte después de la diarrea, con una tasa de 49,9 por 100.000 en 1985. Se ha implantado un programa nacional de control de las IRA, con lo cual se pretende reducir el número de muertes por esta causa.

Salud de los adolescentes y adultos (15–64 años)

En el grupo de 15 a 24 años, en el período 1982–1984 y para ambos sexos en conjunto, ocuparon los primeros lugares como causa de defunción los accidentes (28,5%), suicidios y homicidios (12,8%), seguidos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (11,3%). En ese período, entre los hombres, las muertes violentas representan el 58,4% y entre las mujeres solo el 16,5%. Los primeros grupos de causas en los hombres son: accidentes (40,0%), homicidios y suicidios (18,4%), tumores (6,3%), enfermedades del aparato circulatorio (5,1%), y enfermedades prevenibles por vacunación e infecciones respiratorias agudas (5,1%). En cambio entre las mujeres, el primer lugar corresponde a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (27,8%), seguido por accidentes (11,9%), tumores (10,8%), enfermedades del aparato circulatorio (9,7%) y homicidios y suicidios (4,6%). (Los porcentajes se basan en el total de defunciones por causas definidas.)

La mortalidad materna reviste particular importancia por la alta prioridad de este grupo de población, por su elevado impacto negativo en el bienestar de la familia, y por la posibilidad de reducirla significativamente con la tecnología disponible. La tasa de mortalidad materna de 2,7 por 1.000 nacidos vivos en 1986 fue igual a la observada en 1960, pero significativamente inferior a las de 1968 y 1976, que fueron de 6,0 y 6,3, respectivamente, y representaron las más altas alcanzadas durante el período 1960–1986, en el cual el comportamiento de esta tasa fue irregular.

En el orden de las causas de mortalidad materna se han producido algunas modificaciones entre el período 1962–1969 y 1980–1984; por ejemplo, el grupo de otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio pasó del se-

gundo lugar al primero; el aborto pasó del cuarto lugar al tercero; y otras complicaciones y sepsis del parto y del puerperio, que ocupaban el quinto lugar, ya no aparecen como causa de muerte.

En la población de 25 a 44 años, para ambos sexos en conjunto continúan prevaleciendo los accidentes como causa de muerte (16,5% en 1982-1984); las enfermedades del aparato circulatorio (15,7%), los tumores (12,8%), las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (11,0%) y suicidio y homicidio (10,8%). En los hombres son más frecuentes los accidentes (25,2%), homicidios y suicidios (15,8%), y las enfermedades del aparato circulatorio (15,4%); en las mujeres se mantienen en primer lugar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (23,9%), en el segundo los tumores (20,2%) y en el tercero las enfermedades del aparato circulatorio (16,0%).

En el mismo período, en el grupo de 45 a 64 años las enfermedades del aparato circulatorio (37,9%), los tumores (19,9%) y las infecciones respiratorias agudas (6,4%) ocupan los tres primeros lugares, seguidos por los accidentes (5,5%), la diabetes mellitus (4,5%) y la enfermedad hipertensiva (2,8%). Al analizar la mortalidad según sexo aumenta la importancia de las causas violentas, ya que 12,3% de las defunciones por causas definidas, en hombres, fueron por accidentes, homicidios y suicidios, en tanto 3,9% de las defunciones en las mujeres fueron por estas causas. Los tumores causaron 13,8% de las defunciones en los hombres, en cambio en las mujeres ocasionaron el 27,7%. La diabetes ocupa el tercer lugar entre las mujeres (6,4%); y en los hombres no aparece entre las seis primeras causas.

En el grupo de 65 y más años, 49,9% del total de las defunciones corresponde a las enfermedades del aparato circulatorio, a las que siguen los tumores (11,3%).

Problemas que afectaron a la población general

La malaria, la enfermedad de Chagas, el dengue y la leishmaniasis constituyen aún un serio problema de salud pública para el país por su incidencia, prevalencia y mortalidad. Su presencia en zonas rurales repercute negativamente en la producción agrícola y el desarrollo económico y social. No se ha producido ningún caso autóctono de esquistosomiasis en el país. Para el control de estas enfermedades, el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) lleva a cabo un programa con énfasis en las zonas geográficas de alta incidencia y prevalencia.

Los principales problemas nutricionales son la desnutrición proteico-calórica, la anemia, el bocio endémico y

la hipovitaminosis A. El Ministerio de Salud Pública realiza esfuerzos importantes para la atención de estos problemas con medidas tales como la aplicación de yodo en solución oleosa, la yodación de la sal y la promoción de una buena alimentación.

En 1986 se notificaron 862 casos de sífilis, con una tasa de 37,9 por 100.000 habitantes, y 428 de blenorragia, con una tasa de 18,8 casos por 100.000. En septiembre de 1986 se diagnosticó el primer caso de SIDA, que había sido tratado con factor VIII fuera del país. A partir de esa fecha y hasta mayo de 1988 se diagnosticaron siete casos, todos ya fallecidos.

Actualmente se está implantando un programa nacional de lucha contra el SIDA, que cuenta con el apoyo de organismos externos, que se orienta al fortalecimiento de la infraestructura nacional para la detección del VIH y a la tecnificación de la red nacional de bancos de sangre.

En 1987 se conocían unos 8.000 casos bacilíferos de tuberculosis con una prevalencia de 0,52 por 1.000. En ese año se registraron 1.000 casos, con una tasa de incidencia de 45 casos por 100.000 habitantes. Existe un programa nacional de lucha antituberculosa que provee servicios de diagnóstico y tratamiento en forma gratuita a través de la red nacional de establecimientos de salud.

En 1988 se registraron 379 casos de lepra, con los que al final de dicho año había 3.252 pacientes registrados. El programa de control que realiza el Ministerio cuenta con una organización que permite detectar los casos y someterlos a tratamiento con bastante oportunidad, y obtener un alto porcentaje de curación.

La información disponible indica que el 21% de los estudiantes de secundaria habían usado drogas alguna vez en los últimos dos meses antes de entrevistarlos; en la capital el porcentaje fue de 25% y en el interior de 18%.

En los últimos años los accidentes ocuparon el sexto lugar como causa de muerte, con tasas que oscilaban entre 28 y 30,1 por 100.000 habitantes. El 63% corresponde a accidentes de tránsito, 31% a caídas accidentales, 3% a violencias y 3% a quemaduras. En los niños se observa el 20, 62, 12 y 6%, respectivamente para esas causas. No hay programas específicos de control de accidentes.

La rabia urbana sigue siendo un problema de salud pública y se tiene conciencia de que esta enfermedad debe ser eliminada del territorio nacional. Durante 1988 fueron mordidas cerca de 4.000 personas por animales sospechosos de rabia y 2.700 recibieron tratamiento. Como consecuencia de la enfermedad fallecieron tres personas. Se vacunaron en todo el país 132.457 perros; en la ciudad de Asunción se alcanzó una cobertura del 65,7%, y coberturas similares e inferiores se obtuvieron en algunas ciudades importantes del país.

Para lograr la meta de erradicación de la rabia urbana se elaboró un programa y se firmó un convenio con el Brasil para asegurar el abastecimiento de biológicos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de salud

De conformidad con lo dispuesto en el Código Sanitario, el sector salud está constituido por todas las instituciones públicas y privadas que realizan actividades que directa o indirectamente se relacionan con la salud de la población. Las principales instituciones del sector son: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que tiene la responsabilidad de atender entre el 60 y el 65% de la población total; el Instituto de Previsión Social (IPS), que cubre el 14%; y la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que sirve aproximadamente al 10% de la población. El resto de la población estaría cubierta por el subsector privado y otras instituciones públicas menores.

El subsector privado ha experimentado un crecimiento importante en los últimos años, estimándose que en 1986 participó en el sistema de prestación de servicios con el 17,6% de las camas hospitalarias, el 59% de las consultas, el 30% de los egresos y el 27,4% de los partos institucionales.

En lo que se refiere a servicios de atención al ambiente, la Corporación de Obras Sanitarias es responsable de la dotación de agua y los sistemas sanitarios de disposición de excretas y desagües pluviales en poblaciones de más de 4.000 habitantes, y el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental, dependiente del Ministerio de Salud Pública, a localidades de menos de 4.000 habitantes.

La conducción y rectoría del sector le corresponde al Ministerio, inclusive la definición de las grandes políticas nacionales y la aprobación y el control de los planes, programas y actividades de salud pública y privada. Le corresponde también la coordinación de las instituciones del sector. Las interrelaciones y la coordinación intra e intersectorial continúan siendo incipientes y de lento desarrollo. No existen mecanismos funcionales de regulación del subsector privado.

Se identifican dos modelos básicos de atención. En el Ministerio el modelo es integral, e incorpora la atención médica y las acciones básicas de fomento y protección de la salud individual y el control del medio ambiente. Las demás instituciones aplican un modelo casi exclusivamente asistencial.

Las políticas y prioridades nacionales en materia de infraestructura de salud se orientan a mejorar y ampliar la cobertura de los servicios con énfasis en la zona rural; mejorar el acceso de la población a los servicios (actualmente se estima que aproximadamente el 30% de la población no tiene acceso); mejorar los servicios de salud existentes, especialmente los de nivel primario e intermedio; incrementar la productividad y el uso de los re-

ursos físicos, humanos y financieros; y mejorar la calidad de la atención a través de la capacitación, normatización, supervisión y control. En materia de seguridad social, la política se orienta a la ampliación de la cobertura mediante la incorporación de grupos con capacidad de pago actualmente no cubiertos; en los últimos años la cobertura no se ha modificado.

No existe un proceso de descentralización en la administración pública ni en el sector salud. El Ministerio ha establecido un sistema regionalizado de servicios y ha delegado a los jefes regionales algunas decisiones operativas, sin que ello pueda interpretarse como descentralización.

Producción de servicios

En los servicios de salud con camas para enfermedades agudas se produjeron en 1987 un total de 156.796 egresos, de los cuales la atención de partos representó el 42,7%. En los del Ministerio de Salud se produjo el 35,0% de los egresos, seguidos por los de los sanatorios privados con el 27,4%, los del IPS con el 18,6%, los de la Universidad Nacional y la Católica que conjuntamente produjeron el 12,4%, y la Sanidad Militar y la Sanidad Policial que unidas produjeron el 6,6%.

El porcentaje de ocupación de las camas para todo el país fue de 53,8 en 1987 y de 48,1 en 1984. Dicha relación varía de una institución a otra: los servicios de las dos universidades juntas tuvieron un 92,7% de ocupación, el sector privado 84,5%, el Ministerio 50,8%, el IPS 41,9% y las Sanidades Militar y Policial conjuntamente 33,8%. De igual manera, el promedio de estancia que a nivel nacional es de 5,6 días, varía desde 10,7 para los servicios de las universidades, hasta 2,6 para el sector privado (Cuadro 1). El promedio nacional se mantiene al mismo nivel que en 1983, aunque ha experimentado ligeras variaciones durante los años anteriores.

En cuanto a la atención ambulatoria, la información disponible no abarca a todas las instituciones ni a todas las actividades realizadas. En el caso de las consultas ofrecidas, el total registrado en 1987 era de 3.027.420 (1.958.549 en 1984), excluyendo los establecimientos privados. De ese total corresponde el 48,0% al IPS, 45,8% al Ministerio, 4,6% a las Universidades, y 1,7% a las Sanidades Militar y Policial. Solo el Ministerio y el IPS desglosan las consultas a niños y embarazadas, correspondiendo en ambos casos la mayor proporción al Ministerio. La cobertura de inmunizaciones en los menores de 1 año aumentó de 1983 a 1987 en la siguiente forma: con BCG del 60,2 al 65,7%, con DPT del 43,2 al 58,0%; con vacuna antipoliomielítica del 46,0 al 99,2%, y con vacuna antisarampionosa del 24,8 al 56,2%.

El programa nacional de vacunación y de erradicación

CUADRO 1

Egresos e indicadores seleccionados de actividades hospitalarias por institución, Paraguay, 1987.

Descripción	Total del país	Ministerio de Salud Pública	Instituto de Previsión Social	Sanidad Militar/ Policial	Universidad Nacional/ Universidad Católica	Privadas
Total de camas para enfermedades agudas	4.440	1.448	1.160	853	617	362
Total de egresos para enfermedades agudas	156.796	54.866	29.097	10.404	19.506	42.923
Total de partos institucionales	67.215	29.978	10.485	6.720	3.831	16.201
Partos institucionales como porcentaje del total de egresos	42,7	54,6	36,0	64,6	19,6	37,7
Porcentaje de ocupación	53,8	50,8	41,9	33,8	92,7	84,5
Promedio días de estancia	5,6	4,9	6,1	10,1	10,7	2,6
Giro de camas	35,3	37,9	25,1	12,2	31,6	118,6

Fuente: Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

de la poliomielitis que realiza el Ministerio de Salud Pública cuenta con un importante apoyo técnico y financiero de organismos de cooperación externa, así como de amplia participación de los otros sectores y de la comunidad, lo que ha hecho posible lograr coberturas de vacunación superiores al 90% en niños menores de 4 años.

Capacidad instalada

En 1987 el país disponía de 631 establecimientos de salud con 5.437 camas para una población estimada de 3,9 millones de habitantes, es decir, un establecimiento por 6.180 habitantes y 1,4 camas por 1.000 habitantes. Esta última relación se incrementará a aproximadamente 1,9 camas por 1.000 en 1989, cuando se habiliten 1.407 nuevas camas (240 del Seguro Social y 1.167 del Ministerio) construidas en 1987 y 1988. Del total de camas existentes en 1987, 34,5% pertenecían al Ministerio de Salud Pública y 21,3% al Instituto de Previsión Social.

Del total de establecimientos, 413 (65,5%) pertenecen al Ministerio, 110 (17,4%) al IPS, 79 (12,5%) a la Sanidad de las Fuerzas Armadas, 2 (0,3%) a la Sanidad Policial, 2 (0,3%) a la Universidad Nacional de Asunción, otras 2 (0,3%) a la Universidad Católica, y 23 (3,6%) al sector privado. La red está constituida por los siguientes tipos de establecimientos: 387 puestos de salud o puestos sanitarios (61,3% de total) con 125 camas (2,3% del total) que no pueden considerarse como camas de hospital; 5 clínicas periféricas (0,8%) sin camas; 154 centros de salud (24,4%) con 836 camas (15,4%); 33 unidades sanitarias del IPS (5,2%) con 666 camas (12,2%); 11

centros de salud regionales (1,7%) con 370 camas (6,8%), y 41 hospitales (6,6%) con 63,3% de las camas (3.440).

Del total de camas existentes, 997 (18,3%) corresponden a establecimientos dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas: 339 para tuberculosis, 486 para psiquiatría, 100 para lepra y 72 para cáncer. Desde el punto de vista institucional, 427 camas (42,8% de las camas para enfermos crónicos) corresponden al Ministerio de Salud, 530 (53,2%) a la Universidad Nacional y 40 (4,0%) a organismos privados sin fines de lucro.

Del total de camas para enfermos agudos, 2.473 (55,7%) se encuentran en el área de la capital, y 1.967 (44,3%) en poblaciones del interior del país. De las camas del interior, 725 (36,9%) pertenecen al IPS, 654 (33,2%) al Ministerio, 477 (24,2%) a la Sanidad Militar, 81 (4,1%) al sector privado y 30 (1,6%) a la Universidad Católica.

Hay una gran duplicación de instalaciones de atención de salud en el interior, particularmente de establecimientos con camas. Todas las unidades sanitarias del IPS están ubicadas en localidades donde también hay centros de salud del Ministerio y lo mismo ocurre con las instalaciones de la Sanidad Militar. El Ministerio tiene sus unidades de servicio distribuidas en todas las subdivisiones geográficas del país, oscilando el número de camas en ellas entre 0,4 y 1,3 por 1.000 habitantes. Aunque no se han definido con precisión las áreas de responsabilidad geográfica de cada institución, el Ministerio estima que tiene una población asignada del 82,0% de la población total (porcentaje que varía de un mínimo de 53,7% para el área de Asunción a un máximo de 99,4% en el Departamento de Guairá), y que proporciona asistencia efec-

tiva a un promedio nacional del 15,5% de la población asignada, variando de departamento a departamento.

Se reconoce que la red de servicios no funciona en forma satisfactoria debido a numerosos problemas, entre los que se destacan: falta de un adecuado proceso de planificación y programación local de los recursos y acciones; recursos insuficientes para las actividades de promoción y prevención; distribución geográfica inadecuada de los recursos humanos y formación inadecuada del personal profesional y técnico por falta de coordinación entre las instituciones empleadoras y las formadoras; número insuficiente de personal especializado de todo tipo y desfavorables condiciones de empleo; disponibilidad insuficiente de medicamentos, material medicoquirúrgico, equipo biomédico y otros insumos críticos; deficiencias de cobertura, amplitud y oportunidad del sistema de información, tanto en lo referente a determinación de necesidades de atención como para administración y gerencia; mantenimiento insuficiente de los edificios, instalaciones y equipos; y débil coordinación operativa horizontal entre los servicios, lo cual favorece las duplicaciones y el desperdicio.

Tecnología de los servicios de salud

Esta es un área insuficientemente desarrollada en el país, tanto a nivel general como sectorial e institucional. En el sector salud no se ha definido una política nacional de tecnología y el Ministerio no dispone de una unidad orgánica que coordine este aspecto. El país es cada vez más dependiente de tecnologías extranjeras, especialmente de los Estados Unidos de América, Japón, Alemania, Brasil y Argentina, cuya influencia se ha visto parcialmente condicionada por la crisis económica de los últimos años y la fluctuación de la moneda nacional y la de los países proveedores. Esto ha ocasionado grandes variaciones en los tipos de equipos para el sistema de servicios de salud que son causa de serios problemas para su operación y mantenimiento.

La industria farmacéutica nacional se encuentra en etapa inicial de desarrollo y está orientada básicamente al fraccionamiento, envase y otras actividades de procesamiento final de materias primas importadas. El objetivo de esta industria es disminuir la importación de medicamentos básicos de mayor consumo o sustituirlos por aquellos cuya elaboración no requiera de tecnologías complejas ni grandes inversiones de capital. La industria de medicamentos cuenta con unos 45 laboratorios de producción de propiedad privada, un laboratorio del IPS y uno pequeño de la Sanidad Militar.

Solamente se producen en el país productos biológicos para uso animal; los de uso humano son importados. No tiene el Ministerio un laboratorio para control de calidad

bien desarrollado. El Laboratorio Central e Instituto de Medicina Tropical realiza algunos análisis básicos de medicamentos, biológicos y alimentos. La disponibilidad de medicamentos en los servicios del Ministerio es inadecuada y el acceso de la población a los medicamentos varía según su capacidad económica, ya que no hay una política de gratuidad, excepto en casos muy especiales. El Ministerio tiene un programa de medicamentos básicos que aún no está debidamente organizado.

En materia de radiodiagnóstico y radioterapia y de laboratorios clínicos, anatomopatológicos y de salud pública, la situación no es diferente: los equipos disponibles son importados y los más complejos están concentrados en la ciudad capital. No se dispone de una red periférica debidamente organizada, y la existente adolece de fallas estructurales y de procedimientos a más de disponibilidad inadecuada de insumos elementales para la prestación de los servicios.

En cuanto a bancos de sangre, solamente existe uno en el país que corresponde al Ministerio, el cual se está mejorando a fin de que pueda aprovechar los avances más recientes para la hemoterapia y la detección y el control del SIDA.

Financiamiento de los servicios de salud

Se estima que el gasto en salud durante 1987 fue de 58.785 millones de guaraníes, de los cuales el 60,7% correspondió al subsector privado y 39,3% a instituciones de carácter público. Entre estas últimas las de mayor significación son el Ministerio con el 18,9% del gasto total, el IPS con el 17,1% y los hospitales universitarios con el 2,0%. Esta distribución del gasto público en salud ha variado muy poco entre 1984 y 1987. De acuerdo con las estimaciones disponibles, el 88,8% del total del gasto en salud se destina a actividades de reparación y rehabilitación de la salud, el 4,6% a promoción y prevención, y un 6,6% a administración. Solo el Ministerio asigna fondos para acciones de promoción y prevención de la salud, que representan el 24,5% de su presupuesto.

El 76,3% del gasto del subsector público en salud corresponde a gastos corrientes y el 23,7% a gastos de capital. Entre los primeros, los gastos en servicios personales (personal permanente y transitorio, viáticos y gastos de movilidad) ascienden al 50,2% del gasto total para el subsector público, oscilando entre 43,7% para el IPS y el 58,1% para el Ministerio. Sin embargo, cuando dichos servicios se comparan con el total de gastos corrientes, llegan a representar más del 90% en el caso del Ministerio. Los gastos de medicamentos, que para el subsector público representan el 19,1% del gasto total, alcanzan el 36,4% en el IPS, y apenas el 1,5% en el Ministerio (Cuadro 2).

CUADRO 2			
Distribución porcentual de los gastos del subsector público de salud por objeto del gasto, Paraguay, 1987.			
Objeto del gasto	Gasto total, subsector público	Instituto de Previsión Social	Ministerio de Salud Pública
<i>Todos los gastos</i>	100,0	100,0	100,0
<i>Gastos corrientes</i>	76,3	88,1	63,6
Personal permanente	44,0	43,4	45,5
Personal transitorio	6,1	0,1	12,2
Viáticos y gastos de movilidad	0,1	0,2	0,4
Drogas y productos medicinales	19,1	36,4	1,5
Alimentos	2,7	3,4	2,0
Otros gastos corrientes no especificados en otra parte	4,3	4,6	2,0
<i>Gastos de capital</i>	23,7	11,9	36,4
Construcción de edificios	9,5	4,9	14,2
Construcción de acueductos	5,2	—	10,5
Herramientas, aparatos e instrumentos	6,9	3,0	10,9
Conservación y reparación de equipo	0,1	...	...
Otros equipos	2,0	4,0	0,8

Fuente: Presupuesto General de la Nación.

Los recursos para hacer frente a los gastos de salud se originan fundamentalmente del pago por servicios (61,4% del total de ingresos), de los aportes de empleados, trabajadores y patronos (22,3%) y de los aportes del presupuesto general (11,7%).

Planificación y gestión

El sistema de planificación nacional se enmarca en los conceptos tradicionales de la planificación normativa. La planificación nacional está a cargo de la Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República, que establece los lineamientos de política de gobierno y coordina con las unidades sectoriales de planificación la formulación de los planes sectoriales. El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1985–1989 reconoce que el país acusa problemas de orden estructural y de orden coyuntural para el cumplimiento de las metas nacionales. Entre estos se destacan una estructura productiva primaria y dual con alta capacidad ociosa; escasez relativa de recursos humanos calificados; incipiente desarrollo científico-tecnológico; recesión económica; reducción de

las corrientes financieras del exterior; influencia monetaria y financiera adversa de países vecinos; e inflación y desempleo.

La planificación del sector salud corresponde al Ministerio, pero en la práctica cada una de las instituciones la realiza independientemente. El proceso de planificación en el Ministerio aún es débil: llega solamente a la formulación del plan macro y a la desconsolidación de las metas por regiones sanitarias, y no incluye el análisis de viabilidad y factibilidad ni la instrumentación y elaboración de planes operativos.

El Plan Nacional de Salud 1984–1988 establece, como política de gobierno, que se concederá importancia tanto a las acciones curativas y de rehabilitación como al control y prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante acciones integrales de atención a las personas y al medio ambiente. Los objetivos generales del plan son: el aumento de la esperanza de vida al nacer y de la calidad de vida, la extensión de la cobertura de los servicios de salud y de atención al ambiente, y la incorporación de la población en las acciones de salud.

El Ministerio, con apoyo de la OPS/OMS, desarrolla desde 1989 un proceso de programación local que cons-

tituye un mecanismo viabilizador de los sistemas locales de salud y la descentralización, y que propicia la realización de un cambio de la forma de planificación descendente actual a un proceso participativo-capacitante.

Recursos humanos

De acuerdo con los informes del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, los distintos niveles organizativos de dicho ministerio disponían en 1986 de un total de 3.624 trabajadores: el 15,5% eran profesionales médicos (561), 4,9% odontólogos (176) y 8,6% enfermeras-obstetras (311).

El censo registró 11.278 trabajadores de salud: 56,2% correspondió al nivel de formación universitaria, 14,4% al nivel técnico (medio) y 29,4% al nivel auxiliar. Los índices del personal de salud en relación con la población muestran una razón de 34,6 por 10.000 habitantes (en 1974 el índice fue de 30,4). El aumento en el intervalo de 11 años es de 43,9%. En 1985 la tasa de personal de salud en Asunción fue de 139,36 por 10.000 habitantes, con un índice de concentración del 60,6%; la razón para el resto del país fue de 16,0 por 10.000 habitantes y la concentración, de 39,4%. En 1985 la concentración de la población fue de 24,8% en Asunción y 75,2% en el resto del país.

De mantenerse la tendencia actual, en el año 2000 las tasas de personal universitario, técnico y auxiliar representarían el 29,2, el 3,6 y el 8,3 por 10.000 habitantes, respectivamente.

La distribución de profesionales por institución indica que el Ministerio es el mayor empleador de médicos, odontólogos y enfermeras-obstetras, con 34,1, 20,6 y 46,4%, respectivamente. En cuanto a las enfermeras, el sector privado emplea al 50,4%, la Sanidad Militar al 16,9%, el Ministerio al 13,6%, y el Instituto de Previsión Social al 8,5%.

No existe un equilibrio adecuado en la estructura del equipo de salud, ya que la proporción de enfermeras de nivel universitario por 10.000 habitantes es de solo 0,75 y de apenas 0,11 por cada médico. La educación universitaria de enfermeras y enfermeras-obstetras está fraccionada, y no se forma un profesional polivalente que pueda brindar atención integral. También acusan valores insatisfactorios para cada 10.000 habitantes el nivel técnico de enfermería (0,83) y en menor proporción el nivel auxiliar de enfermería (7,16); este último representó en el censo el 70,4% del total de trabajadores auxiliares.

La concentración de profesionales en la capital genera situaciones de desempleo, subempleo y multiempleo. El censo mostró que el 26,5% de los médicos tienen tres y más lugares de trabajo, el 34,5% tiene dos y 39,0% tiene un solo lugar de trabajo.

Los aspectos negativos de número y categorías de personal y su distribución geográfica e institucional se originan en gran parte en la carencia de una política de recursos humanos en salud, tanto en lo que respecta a formación como a utilización, a la política de atención en salud, y a la falta de articulación intra e intersectorial.

En 1985 el 27,0% de los médicos eran mujeres, y el 59,1% del total correspondía al grupo entre 25 y 39 años de edad.

En cuanto a los odontólogos, la tasa nacional era de 2,8 por 10.000 habitantes; el 80,9% ejercía en la capital, donde la tasa era de 15,2 por 10.000 habitantes (0,68 en el área rural). El 20,6% ejercen en el Ministerio, el 14,2% en la universidad, 11,8% en el Instituto de Previsión Social y 56,0% en el subsector privado. El 61,3% eran mujeres, con una edad promedio de 43,2 años.

El personal de enfermería representó el 25,3% del total de recursos humanos en salud. El 8,6% eran de nivel universitario (245); el 9,6% bachiller en enfermería (271), y el 82,0% auxiliar de enfermería (2.333). El 71,4% de los enfermeros tenían entre 25 y 39 años y el 98% eran mujeres. El censo registró 373 obstetras de nivel universitario, 248 obstetras de nivel técnico y 225 obstetras auxiliares. El 60% de las obstetras ejercían en la capital y el 31,4% estaba en el grupo de 25 a 29 años.

El personal auxiliar de salud es capacitado por el Ministerio con seis meses de estudios y el requisito de ser auxiliar de enfermería. Este personal (3.316) representa el 29,4% del total de recursos humanos en salud, con una tasa de 10,2 por 10.000 habitantes; el 37,2% está en la capital. El 70,4% del personal auxiliar lo conforma el grupo de auxiliares de enfermería (2.333).

En el presupuesto general del país para el ejercicio fiscal de 1987, de las partidas asignadas al Ministerio 68,4% eran para gastos corrientes y 31,6% de capital.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Los principales problemas relacionados con el medio ambiente son la falta de una organización más ágil y mejor estructurada para hacer más eficientes y efectivas las acciones integrales, de una definición clara de políticas, de desarrollo de la capacidad gerencial, y de los recursos humanos, de servicios de información y de reglamentación del código sanitario.

La situación actual en los servicios de agua demuestra un impulso por parte del Ministerio para tratar de cumplir con las metas del decenio en cuanto a cobertura, que son para 1990: abastecimiento de agua urbano 69,5%, abastecimiento de agua rural 12,3%, alcantarillado sanitario urbano 34,2%, disposición individual de excretas urbana, 62,3% y disposición individual de excretas rural, 80,2%.

La población que disponía de agua corriente al principio del decenio era de casi 450.000 habitantes en la zona urbana y menos de 162.000 en la rural. A pesar de las muchas acciones y préstamos internacionales para obras, la población beneficiada ha aumentado pero la cobertura bajó debido al crecimiento demográfico. Es así como desde 1980 el número de conexiones domiciliarias anuales del país excedía de 9.000, y en el presente solo se ejecutan menos de 6.000 por año. A finales de 1988 la cobertura es de 49% en la población urbana y de solo el 6% en la población rural, lo que aparentemente no permitirá el cumplimiento de las metas programadas a menos que se haga un esfuerzo mayor que el realizado hasta el presente. Asunción, la capital, cuenta con el 75% de servicio de agua con conexiones intradomiciliarias.

En cuanto a disposición de excretas, también se ha mantenido un ritmo descendente por falta de prioridad de estos programas y al hecho de que el Paraguay es básicamente un país rural, con el 60% de la población en el interior, y que utiliza sistemas individuales que producen muy baja cobertura a nivel nacional. Por ejemplo, a partir de 1982 se construyeron más de 18.000 letrinas por año, pero en 1987 solo se construyeron poco más de 9.000.

En relación con el gran problema de los desechos, han sido pocas las actividades con resultados positivos, pero acaba de concluir una encuesta sobre aseo urbano en los 35 municipios más importantes que permitirá tomar acciones para mejorar la infraestructura municipal y aumentar la cobertura a más de las 300.000 personas actualmente atendidas en el interior. No existen rellenos sanitarios en el país, únicamente botaderos a cielo abierto.

A pesar de que el país tiene legislación sobre protección de alimentos, en los servicios las condiciones son deficitarias por falta de equipos adecuados y de laboratorios de calidad, lo que ha permitido un riesgo de contaminación y de deterioro de los alimentos.

Los riesgos a la salud por contaminación del medio ambiente requieren acciones permanentes, como estudios de impacto ecológicos en represas y lagos. Se están realizando acciones conjuntas para el control de la esquistosomiasis, malaria, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas en proyectos binacionales junto con el Brasil. Hay también graves problemas de contaminación por fábricas de alcohol y por la creciente urbanización alrededor de algunos lagos, así como por los desechos provenientes de actividades industriales que procesan azúcares, carnes y cueros.

PERU

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

La crisis socioeconómica que se inició en 1975 y se agudizó en 1983 y 1988 es, por su profundidad y duración, la más grave y prolongada de la historia del Perú. En 1985 se estableció una política económica enfocada a favorecer las necesidades de los más pobres aumentando su capacidad adquisitiva, redistribuyendo los ingresos y ampliando las oportunidades de empleo. Paralelamente, con el fin de trasladar recursos al crecimiento interno del país, se restringieron los pagos de la deuda externa (que en 1988 ascendía a \$US15.467 millones) a un 10% de las exportaciones. El gasto público, que se expandió de 1985 a 1987, correspondió al 28,6% del PIB en 1985 y al 29,2% en 1987, con déficit crecientes de -0,6% a -5,5% en relación con los ingresos públicos.

Entre 1985 y 1986, luego de un decenio de deterioro del poder adquisitivo estimado en un 24%, los asalariados experimentaron un aumento real de sus ingresos. Si bien las condiciones de empleo mejoraron en el período 1985-1987, en 1988 se deterioraron notablemente. La tasa de desempleo, que había descendido de 11,8% en 1985 a 7,3% en 1987, se elevó nuevamente hasta el 13,0% de la población económicamente activa (PEA) en 1988. El sector informal urbano ocupó el 23% de la PEA urbana en 1986 y el 40% en 1988, en un proceso de autogeneración de empleo que mostró su efectividad como estrategia de supervivencia popular. La PEA ocupada en el sector terciario de la economía —que incluye la mayor parte del informal— aumentó de 42% en 1981 a 48% en 1987; por su parte la del sector primario se redujo del 42 al 38%, en tanto que la del secundario lo hizo del 16 al 14% en el mismo período.

La tasa media de incremento anual de los precios al consumidor, que había disminuido de 159% en 1985 a 63% en 1986, subió a 115% en 1987 y a 1.723% en 1988. A mediados de 1987 se desencadenó un acelerado proceso inflacionario seguido de una recesión económica intensa. En este contexto, el Gobierno inició una reducción progresiva de los subsidios a los alimentos básicos y a los servicios públicos, y se produjo una fuerte devaluación de la moneda. Se estima que para fines de 1988 el PIB total se había reducido -9,6%, y el PIB per cápita,

-11,9% (el PIB había crecido 8,6 en 1986 y 6,9 en 1987, y el PIB per cápita, 6% en 1986 y 3,9% en 1987).

A mediados de 1987 se agudizó la inflación iniciándose una disminución del ingreso mínimo vital real y una anulación de los logros redistributivos del ingreso nacional. En diciembre de 1988, el ingreso mínimo vital disminuyó 48% en relación con diciembre de 1987. La participación de los asalariados en el ingreso se mantuvo en 34% en 1987, para caer a 21% en 1988; en cambio, las utilidades acumularon una mayor proporción del ingreso, aumentando a 40% en 1987 y a 50% en 1988.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNV 1985-1986), que permiten comparar indicadores de empleo y de ingreso de 1981 con los de 1985-1986, demuestran aumentos significativos de la tasa global de actividad de la población nacional de 6 y más años (37,9 a 46,5%), y de la participación de la mujer (25,1 a 38,5%) y del niño de 6 a 14 años (2,1 a 5,7%) en la PEA; asimismo, muestran un aumento de la PEA de 15 y más años en la categoría trabajador familiar no remunerado (5,2 a 16,3%) y en la actividad comercio (13,3 a 20,7%).

El consumo promedio de alimentos aumentó de 298 kilos per cápita en 1985 a 315 kilos en 1987; el consumo calórico per cápita por día aumentó de 1.780 a 1.810 calorías y el consumo de proteínas per cápita por día, de 41,6 a 46,0 gramos. Desde marzo de 1988 la disponibilidad y el consumo alimentario disminuyeron. Esta situación se agravó a partir de septiembre del mismo año, como parte del costo social de la nueva política de precios.

La oferta de alimentos disponibles para 1989 decreció en unos 450.000 toneladas debido a la disminución del área sembrada por una reducción del crédito agrícola disponible, al desabastecimiento de fertilizantes hasta ahora subsidiados por el Estado, y a la grave inestabilidad existente en distintas regiones del país, en especial las assoladas por el terrorismo y el narcotráfico. Esta situación provocará a corto plazo una disminución de la disponibilidad de alimentos con serias repercusiones en materia de salud y nutrición para la población en situación de pobreza, es decir, un 34% de la población nacional.

El promedio de años de estudios aprobados se elevó de 3,7 en 1972 a 5,1 en 1986, con una tendencia a mayor nivel de educación en los hombres (5,6 años) en relación con las mujeres (4,7 años). Entre 1972 y 1985-1986, la población de 15 y más años sin nivel de educación dis-

minuyó de 26,2 a 14,8%, la de nivel secundario se elevó de 20,4 a 36,3%, y la de nivel universitario aumentó de 4,5 a 11,7%. La tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años es de 16,6%.

El 38,5% de las viviendas tiene servicios completos de luz eléctrica, agua potable y desagüe por red pública, 38,5% servicios incompletos y 23,0% no cuenta con servicios. El 72,6% de las viviendas particulares son propias y el 15,7%, alquiladas.

En agosto de 1985 se aplicó el Plan Económico de Emergencia que incluía la decisión de limitar el servicio de la deuda al 10% del valor total de las exportaciones del país. Como respuesta a esta limitación de pagos, las organizaciones financieras internacionales suspendieron la concesión de nuevos préstamos, así como la entrega de desembolsos crediticios ya pactados. La banca internacional resolvió considerar como "valor deteriorado" los adeudos peruanos y, posteriormente, declarar al país como inelegible para recibir financiamiento adicional.

La estrategia gubernamental mostró resultados positivos durante los dos primeros años, especialmente en el combate a la inflación y a la recesión económica. Este éxito tuvo como resultado inmediato la revalorización del régimen constitucional como el marco adecuado para la solución de los problemas del país. El Plan Económico de Emergencia consistió en un aumento de los salarios reales, el control de los precios de artículos de consumo básico, la rebaja de los intereses bancarios, la concentración del crédito en sectores prioritarios, la desconcentración de las inversiones públicas, la promoción del desarrollo regional y el apoyo a las áreas rurales del Trapecio Andino, particularmente en las zonas de mayor actividad de Sendero Luminoso. Se estabilizó la tasa cambiaria y se confirió al Estado una mayor participación en la economía del país. Se trató de redefinir las relaciones con los inversionistas externos, y se restringieron los monopolios del cemento y de la industria alimentaria. Se decretó la congelación de depósitos y certificados bancarios en moneda extranjera. Se estableció un control parcial de cambios, se fijaron tipos diferenciales en el comercio exterior y se restringieron las importaciones de productos no indispensables.

El proyecto de estatización de la Banca fue objeto de grandes demostraciones de rechazo. Desde entonces, la oposición tanto de los partidos políticos como de los movimientos sindicales, a la política económica y laboral del Gobierno, se endureció e intensificó. El fracaso de la política económica y el desmoronamiento de las bases de sustentación política del Gobierno han provocado el retorno a los niveles de polarización social y política existente en los primeros meses de 1985. Uno de estos polos está constituido por los grupos subversivos Sendero Luminoso y Movimiento Revolucionario Túpac Amaru; el otro, está conformado por grupos de extrema derecha

que, negando posibilidades de éxito al régimen constitucional, promueven soluciones antidemocráticas.

El Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990, aprobado en diciembre de 1986, tiene como objetivos específicos la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población, la reducción de la marginación y la revaloración sociopolítica y cultural de la población andina y nativa, y el incremento de la paz social y la revitalización de la identidad, participación y solidaridad nacional.

Con el Plan Económico de Emergencia y el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 se pretendía establecer una sucesión ordenada de etapas que tenderían a solucionar progresiva pero definitivamente los problemas de inflación y recesión, en el contexto de un proceso de concertación con todos los sectores. La primera etapa era la de reactivación de la economía por expansión de la demanda interna (1986); la segunda, de inversión sustancial y selectiva (1987); la tercera, de generación y ahorro de divisas (1988), y la cuarta, de consolidación de la reestructuración productiva y del consumo (1989-1990). En la primera mitad del año 1987 aparecieron las primeras manifestaciones del agotamiento del modelo económico utilizado y se comprobó que los excedentes económicos generados en los dos años anteriores no se reinvertían en el país.

Debido al deterioro de la situación económica y social del país, en febrero de 1989 el Gobierno presentó el documento titulado Bases para el Pacto Económico de Solidaridad Nacional, para su discusión con empresarios y trabajadores. El Estado se comprometería a mantener el nivel de ingreso mínimo legal en función de la inflación, y a proteger la capacidad adquisitiva de los sectores más pobres mediante subsidios directos y el Programa de Compensación Social, que cuenta con un presupuesto inicial de casi 20.000 millones de intis destinados a alimentos y suministros médicos para madres lactantes, niños menores de 6 años y grupos de mayor riesgo.

La violencia, el narcotráfico y la subversión son problemas graves y complejos. Los costos políticos, sociales y económicos de estos problemas, acumulados a lo largo del último decenio, imponen severas restricciones al desarrollo y bienestar y, por ende, a la salud de la población. Los lugares de mayor actividad subversiva se ubican principalmente en los departamentos de Ayacucho, Lima, Huancavelica y Junín, y, en segundo término, en Pasco, La Libertad, Huánuco, San Martín y Apurímac. De acuerdo con la Comisión del Senado sobre Violencia y Pacificación, se ha producido un estrechamiento de la democracia en las zonas declaradas en estado de emergencia —el 33% del territorio nacional, el 36% de los distritos del país y el 40% de la población nacional— y han aumentado los riesgos de que la población civil sufra atropellos a sus derechos fundamentales.

El personal de salud ha sido particularmente afectado:

las autoridades de salud han sido amenazadas y presionadas por las fuerzas subversivas, y los que trabajan en las zonas de emergencia reciben una doble presión durante su ejercicio profesional para colaborar con la subversión o en contra de ella. En las zonas de emergencia, el personal de salud abandona los establecimientos periféricos ubicados en áreas desprotegidas y se refugia en hospitales urbanos; muchos de estos establecimientos han suspendido los programas y las actividades de campo. El trabajo de las organizaciones no gubernamentales, que promueven el desarrollo comunal y la atención de la salud en las zonas rurales, es impedido por los grupos subversivos.

Se calcula que desde su aparición, la violencia desencadenada por el terrorismo ha producido cerca de 12.000 muertes. Del total, 54,7% corresponde a subversivos, 38,7% a civiles y 6,6% a miembros de las fuerzas del orden. El costo económico del terrorismo entre 1980 y 1988 se ha estimado en unos \$US10.000 millones. El costo promedio anual provocado ha sido aproximadamente de \$US1.020 millones, cifra que representa cerca del 18% de la inversión que el país realiza anualmente.

Características demográficas

Durante el período 1940–1988 se produjeron en el Perú importantes cambios demográficos que afectaron el tamaño y la distribución espacial de la población y modificaron significativamente la magnitud y estructura de la demanda, los patrones de consumo y la disponibilidad de recursos para la satisfacción de las necesidades básicas. De una población de 10 millones de habitantes, predominantemente andina, serrana, rural y agrícola se pasó a una población de 21 millones de habitantes, mayoritariamente costeña y urbana, con un amplio sector informal en la economía.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) estima que para el año 2000 habrá casi 28 millones de habitantes y 41 millones para el año 2025. En 1988 la tasa bruta de mortalidad era de 9,03 por 1.000 habitantes y la esperanza de vida al nacer, de 62 años. La tasa global de fecundidad se estimaba en 4,4 hijos por mujer, y la tasa bruta de natalidad, en 34,2 nacimientos por 1.000 habitantes.

En 1988 el área metropolitana de Lima, con 6 millones de habitantes, ocupaba el quinto lugar en población de América Latina y concentraba el 28,5% de la población del país, el 42% de la población urbana total y el 55% de la población de la región de la Costa.

La migración del campo a la ciudad generó asentamientos humanos denominados pueblos jóvenes que se multiplicaron y extendieron rápidamente en la periferia de las grandes ciudades constituyendo cinturones de mi-

seria; a mediados de la década de 1980, estos concentraban más del 50% de la población total de algunas de las ciudades más grandes del país.

La proporción de menores de 15 años disminuirá a 35,6% en el año 2000 y a 25,2% en el año 2025. Sin embargo, ese segmento de población crecerá en números absolutos de 8 millones en 1988 a cerca de 10 millones en el año 2000 y a 10,3 millones en el año 2025. El porcentaje de personas de 15 a 64 años, es decir la población activa, crecerá de 56,7% en 1988 a 60% en el año 2000 y a 67% en el año 2025. Además, el número de personas mayores de 65 años, que en 1988 representaba el 3,9% (aproximadamente 850.000), podría alcanzar 1,2 millones para el año 2000 y 3,1 millones (7,6% de la población total) para el año 2025.

Según la ENNIV 1985–1986, la población de muy altos ingresos representa el 2,0% de la población total y percibe el 19,0% de los ingresos, en tanto que la de muy bajos ingresos incluye el 60,3% de la población y participa del 23,8% del ingreso. Esta última abarca el 46% de la población urbana, el 83% de la rural y el 79% de la población serrana, mientras que en la primera se ubica el 3,5% de la población de Lima metropolitana y menos del 1% de la población serrana.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

La información sobre hechos vitales basada en datos de los registros civiles presenta un alto subregistro y un defectuoso procesamiento. En la última década, el subregistro de la mortalidad fluctuó alrededor del 50%, lo que afectó significativamente las tasas y proporciones, aunque no invalidó el orden de magnitud de las causas de defunción. Tienen certificación médica dos de cada tres defunciones registradas, por lo que el nivel de calidad del diagnóstico puede ser clasificado como intermedio entre los países de América Latina.

Los datos sobre niveles de mortalidad que se utilizan en este informe son los calificados como oficiales por el INE y el Ministerio de Salud. Para la estructura por causas de la mortalidad, se han utilizado datos elaborados por la Unidad de Análisis de la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud, con base en los certificados de defunción registrados en 1985.

Cinco grandes grupos de causas de muerte fueron responsables del 54,5% de las defunciones registradas en 1985: enfermedades del aparato respiratorio (17,1%), enfermedades del aparato circulatorio (14,1%), tumores

(9,5%), perinatales (7,1%) y accidentes y violencias (6,7%).

Existen grandes desigualdades entre la población del país, en especial en relación con sus niveles de vida y de mortalidad. Los mayores riesgos de muerte se encuentran en los departamentos con mayor proporción de población rural y con el menor desarrollo relativo, los cuales están ubicados principalmente en la Sierra (Huancavelica y Cuzco), mientras que los menores niveles de mortalidad se registran en los departamentos con mayor proporción de población urbana y con mejor nivel de vida, generalmente en la Costa. Los índices de mortalidad en Huancavelica son los más altos del país: la tasa bruta de mortalidad es de 18,0 por 1.000, la esperanza de vida al nacer, de 47,6 años, y la mortalidad proporcional de menores de 5 años, de 54%; 34,9% de las defunciones corresponden a enfermedades respiratorias y digestivas. En contraste, los índices de El Callao muestran una tasa bruta de mortalidad que corresponde aproximadamente a un tercio de la anterior y una esperanza de vida al nacer mayor en 20 años; 34% de las defunciones se deben a enfermedades degenerativas.

Situación de salud de grupos humanos específicos

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en 1984 (ENNSA-1984) muestra que el 35,3% de la población tenía algún síntoma de enfermedad, accidente o ambos, en las dos semanas previas a la entrevista. La magnitud de los síntomas registrados varió de acuerdo con la edad: fue más alta en el grupo de menores de 6 años (60%) y más baja en el grupo de 15 a 24 años (18,6%). Las mujeres informaron síntomas con más frecuencia (37,7%) que los hombres (35,4%). No hubo diferencias significativas a nivel de zona urbana (34,6%) y rural (36,4%) o entre un dominio geográfico y otro, excepto en la Costa y Sierra Sur, donde se registró el menor nivel en el país (26%).

Continuó disminuyendo la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles, que en 1987 representaron apenas el 0,9% del total de las enfermedades notificadas. Las tasas por 100.000 habitantes registradas en 1980 y 1987, respectivamente, fueron las siguientes: sarampión, 111,3 y 30,1; tos ferina, 70,2 y 11,3; tétanos, 3,04 y 0,20; poliomielitis, 1,10 y 0,02; difteria, 1,07 y 0,02.

Salud de los niños de 0 a 14 años

Para mediados de 1987 el Instituto Nacional de Estadística (INE) estimó una población de unos 3 millones de niños menores de 5 años (15% de la población total). Para el año 2000 se espera que esa población alcance a

casi 3,5 millones y disminuya al 12,3% de la población total. En los menores de 5 años, en 1987 el INE estimó unas 88.433 defunciones, una tasa de mortalidad infantil de 88,2 por 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad de 10 por 1.000 niños de 1 a 4 años. Los niveles de mortalidad esperados en el año 2000 son de 62,0 y 7,1, respectivamente.

La ENNSA-1984 demostró una alta prevalencia (38%) de malnutrición crónica (talla baja para la edad) entre los menores de 6 años de edad, mayor en las zonas rurales (56,4%) que en las urbanas (23,4%), y con variaciones geográficas (un máximo de 62,6% en las zonas rurales de la Sierra y un mínimo de 15,0% en el área metropolitana de Lima).

Los resultados de la ENNSA-1984 indican que casi las dos terceras partes de los niños menores de 5 años presentaron síntomas vinculados con infecciones respiratorias agudas (40,6%) o con enfermedades diarreicas (23,8%) en las dos semanas anteriores a la entrevista. Estos datos de alta incidencia de las enfermedades diarreicas en niños fueron corroborados por los resultados de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1986 (ENDES-1986), los cuales indican que casi un tercio de los menores de 5 años afectados (31,9%) tuvo un cuadro de diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. En 1987, los casos de infecciones respiratorias agudas y de enfermedades diarreicas representaban el 57,9 y el 37,8% del total de los casos de enfermedades notificables en niños menores de 1 año, respectivamente, y el 51,9 y el 30,8% del total de casos notificados en el grupo de 1 a 4 años.

Los resultados de la ENDES-1986 destacan grandes diferencias por razones de tipo socioeconómico en la mortalidad de los menores de 5 años. La tasa de mortalidad de los niños menores de 1 año en las zonas rurales (101,0) es casi el doble de la registrada en las urbanas (54,0). Al desagregar las cifras, según regiones naturales de residencia, esas distancias se amplían, y la tasa de mortalidad infantil de la Sierra (110,0) es el triple de la calculada para el área metropolitana de Lima (34,0). Las diferencias mayores se observan en relación con el nivel educativo de la madre: la tasa de mortalidad infantil de los hijos de mujeres sin instrucción es 5,6 veces mayor que la esperada para los hijos de mujeres con educación superior, con valores de 124,0 y 22,0, respectivamente.

Para mediados de 1987 el INE estimó una población de 5,2 millones de niños de 5 a 14 años de edad (la cuarta parte de la población general), que alcanzará 6,5 millones para el año 2000 (23,3% de la población del país). La pobreza obliga a una mayor participación de los niños de 5 a 14 años en la fuerza laboral, casi siempre en condiciones de explotación. La tasa de actividad económica de este grupo de edad se ha triplicado en cinco años, de 2,1% en 1981 a 5,7% en 1984. Actualmente, cerca de

628.000 niños escolares están en peligro de desnutrición grave, y 325.000 permanecen en situación de alto riesgo social.

En 1987, las tres enfermedades notificadas con mayor frecuencia en este grupo fueron infecciones respiratorias agudas (53,0%), enfermedades diarreicas (17,1%) y helmintiasis (15,2%). En 1985, la tasa de mortalidad para este grupo fue de 1,8 defunciones por 1.000 niños de 5 a 14 años. El porcentaje de defunciones del mismo grupo en relación con el total de defunciones en el país fue de 4,1%.

Salud del adulto

A mediados de 1987, 11,7 millones de habitantes (56,6% de la población total) estaban incluidos en el grupo de 15 a 64 años; se espera que para el año 2000 alcancen 16,8 millones (60% de la población total). Al igual que en el de edad escolar, las enfermedades respiratorias, las digestivas y la helmintiasis fueron las tres entidades notificadas con más frecuencia en este grupo de edad. En cuarto y quinto lugar se registraron la malaria, con una tasa específica de 2,16 por 1.000, y la tuberculosis, con una tasa específica de 1,62 por 1.000. El 97% de los casos de sífilis, el 93% de los de enfermedades gonocócicas, el 84% de los de lepra y el 80% de los casos de tuberculosis notificados se registran en el grupo de 15 a 64 años de edad.

En 1985, la tasa de mortalidad para la población de adultos se estimó en 4,31 defunciones por 1.000, variando en distintos subgrupos: 2,1 por 1.000 para el de 15 a 24 años, 3,2 para el de 25 a 44 años y 10,6 para el de 45 a 64 años. La población de 15 a 24 años de edad ha tenido que afrontar su adolescencia y juventud bajo el doble impacto de la crisis económica y social y la violencia política armada. Frente a tales condiciones desfavorables, numerosos jóvenes adoptan comportamientos de riesgo que se expresan en la frecuencia de accidentes, abuso de alcohol y drogas, así como en embarazos precoces y no deseados. Son jóvenes de 15 a 24 años el 50% de los detenidos por delitos comunes, el 56% de los casos comunicados de dependencia de drogas y el 44% de los usuarios de pasta básica de cocaína. Además, una encuesta nacional realizada en 1987 señala que el 8% del grupo de 12 a 18 años de edad consume alcohol habitualmente, el 24% consume drogas estimulantes y el 10%, marihuana.

En el grupo de 15 a 44 años, las principales causas de mortalidad fueron accidentes y violencias (21,7%), tuberculosis (13,3%), tumores (10,1%) y enfermedades del aparato circulatorio (8,1% de las defunciones). Estos cuatro grupos de causas fueron responsables del 10,3, 2,7, 1,9 y 1,3% de los egresos hospitalarios, respectivamente.

Se estima que en 1987 ocurrieron 20.373 defunciones de mujeres de 15 a 44 años, de las cuales 2.241 se debieron a causas obstétricas directas. Esto indica una relación de 11 defunciones obstétricas por cada 100 defunciones de mujeres de 15 a 44 años, así como una alta tasa de mortalidad materna (31 por 10.000 nacidos vivos). La estructura porcentual por causas de las defunciones obstétricas registradas en 1983 muestra que la causa de muerte más frecuente es la hemorragia del embarazo y del parto con 33,0% del total. Le siguen, en orden de frecuencia, complicaciones del puerperio (14,4%), aborto (11,1%) y toxemia del embarazo (8,3%). Las causas obstétricas indirectas fueron responsables del 0,7% de las de defunciones maternas registradas.

Un estudio realizado en 1983 en los establecimientos del Ministerio de Salud (donde se atiende a las madres pobres) constató una alta tasa de mortalidad materna intrahospitalaria (16,8 defunciones obstétricas por 10.000 nacidos vivos), que representa el cuádruple de la registrada en hospitales de la seguridad social. Las principales causas de las defunciones maternas intrahospitalarias fueron sepsis puerperal (26%), hemorragias (21%), aborto (20%) y toxemias (17%). Las defunciones obstétricas indirectas representaron el 11% del total.

Los riesgos de salud de los trabajadores mineros son de la mayor importancia. En estudios de 45.000 trabajadores se encontraron tasas de prevalencia de silicosis de 7,8% (uno de cada 12 trabajadores examinados), en un tiempo de exposición menor de cinco años. En la industria minera y metalúrgica las tasas de prevalencia fueron de 44% para el mercurialismo, de 37% para el arsenicismo y de 16% para el saturnismo. El 26% de los perforistas y sus ayudantes padecen o son propensos a sordera ocupacional por ruido, con una tasa de 17% de trauma acústico.

Salud de las personas de edad avanzada

Como consecuencia del aumento de la expectativa de vida, crece la población de personas de edad avanzada y la proporción de mujeres. En 1987, cerca de 750.000 habitantes tenían 65 y más años de edad (3,6% de la población general), con una relación de 83 hombres por cada 100 mujeres; de acuerdo con estimaciones del INE, para el año 2000 habrá 1,2 millones y en el año 2025, 3,1 millones (7,6 de la población total).

En 1985, la tasa de mortalidad específica se estimó en 77,1 defunciones por 1.000 personas de 65 y más años, que varía a nivel departamental entre un máximo de 90,4 por 1.000 en Huancavelica y un mínimo de 69,1 por 1.000 en El Callao. Las cuatro causas de muerte más frecuentes fueron enfermedades del aparato circulatorio

(30,1%), enfermedades respiratorias (14,9%), neoplasias (14,1%) y otras del aparato digestivo (6,7%).

Problemas que afectaron a la población general

La tuberculosis es una de las principales causas de morbilidad. En 1987 se registraron 23.750 casos nuevos de tuberculosis (114,6 por 100.000), de los cuales 93% fueron de la forma respiratoria. La tasa de infección se estima en 2%, y la de mortalidad, en 21 por 100.000 habitantes. Los grupos más vulnerables y afectados son los de la población adulta joven y de las zonas en las que existen movimientos migratorios importantes.

El 74% del territorio nacional tiene condiciones ecológicas favorables para la transmisión de la malaria. Se calcula que en 1987, la población expuesta alcanzaba a 6,8 millones de habitantes, entre los que ocurrieron 39.893 casos (192,4 por 100.000 habitantes). La estrategia actual del Programa de Control de la Malaria da prioridad a las acciones de control en los departamentos de la Costa Norte, donde ocurre el 70% de los casos y donde los vectores no son resistentes a los insecticidas en uso.

La fiebre amarilla tiene su nicho ecológico en toda la parte selvática de la cuenca del Amazonas, y abarca 22 provincias de 11 departamentos donde se mantiene la circulación del virus por la presencia del vector silvestre y de los primates no humanos que le sirven como reservorio. El número de casos aumentó de 19 en 1982 a 179 en 1987, debido al inusitado incremento del ingreso y movilidad de personas no protegidas en las zonas afectadas.

La lepra es endémica en el Perú. La enfermedad se presenta mayormente en las áreas selváticas de la Cuenca del Amazonas, donde radica el 87% de los enfermos; el 7,6% de los enfermos reside en la Sierra y el 4,5% en la Costa. En 1988 el número total de enfermos de lepra se estimó en 9.200, y para el futuro se prevé un incremento anual de 2,5%.

El primer caso de SIDA en el país se diagnosticó en 1983; hasta diciembre de 1987 se había acumulado un total de 70 casos confirmados. En 1987 se crearon la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro de los Casos de SIDA y el Programa Nacional Multisectorial de Prevención y Control del SIDA, los que actúan a través de tres subprogramas: de información y educación popular, de prevención y atención de casos y de investigación. En una encuesta nacional de prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana se procesaron muestras de 57.841 personas y se identificaron 282 positivas (4,8 por 1.000), lo que significa que la infección se encuentra en un período epidémico.

La hepatitis vírica está altamente difundida. En 1987 se notificaron 8.843 casos (42,6 por 100.000), solamente en los establecimientos del Ministerio de Salud. Los niños menores de 5 años conformaron un tercio del total de los casos.

La rabia continúa constituyendo la zoonosis de mayor importancia sanitaria en el Perú. Asimismo, el control de la brucelosis, hidatidosis y distomatosis ha disminuido por falta de recursos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

Desde 1985, la política nacional de salud tiene como objetivo central la democratización de la salud y las siguientes seis metas: movilización y participación del pueblo; descentralización efectiva de los servicios de salud; acción multisectorial en el campo de la salud; desarrollo de nuevos enfoques y tecnologías; adecuación del sector salud y papel rector del Ministerio de Salud, y logro progresivo de la salud para todos.

El Ministerio de Salud participa en la formulación de los planes de desarrollo, de acuerdo con las directivas del Instituto Nacional de Planificación; actualmente está en ejecución el Plan de Mediano Plazo 1986–1990. En 1988 se establecieron siete programas y 25 subprogramas. Los siete programas son salud de la mujer y el niño, salud del adulto, alimentación y nutrición, salud ambiental, atención de la demanda, programa de apoyo e investigación funcional.

En materia de descentralización, en 1986 se procedió a la creación de las unidades departamentales de salud, reduciéndose a 28 el número de ámbitos administrativos. El proceso de regionalización del país potenciará los avances logrados en relación con la descentralización en un futuro próximo.

En 1986 se dispuso la integración funcional de los servicios de salud del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) con el objetivo de racionalizar la utilización de los recursos de salud, aumentar su cobertura e iniciar un proceso que permita la utilización conjunta de la infraestructura física y de los recursos humanos y materiales existentes en ambas instituciones. El proceso ha tenido un ritmo lento y se está evaluando. Actualmente se mantienen servicios integrados en ocho zonas del país.

La Ley Orgánica de Salud creó organismos públicos descentralizados con carácter multisectorial. Entre los más importantes están el Comité Nacional de Medicamentos,

Alimentos y Drogas, el Consejo Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud y el Consejo Nacional de Población. Con el sector educación, en 1986 se suscribió el Convenio de Cooperación Técnico-Científica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para incorporar docentes, padres de familia y alumnos como promotores de salud de la población. En el Ministerio de Salud se creó la Oficina de Apoyo a la Participación Comunitaria. En 1988 se convocó a la población a participar en el Primer Congreso Nacional de Salud, por medio de sus organizaciones de base.

Producción de servicios

La consulta médica pasó de 27,1 millones en 1984 a 40,6 en 1987 (un aumento de 49,9%) debido a la política de promoción de los servicios ambulatorios. En el mismo período, el número de consultas por habitante ascendió de 1,41 a 1,96, y el de egresos hospitalarios, de 719.000 a 895.000 (un aumento del 24,4%). El IPSS experimentó un crecimiento mayor que el de las otras instituciones (50%), debido principalmente a la ampliación de su capacidad instalada en las provincias. El subsector privado es el de menor crecimiento (2,9%), como resultado de la pérdida del poder adquisitivo de la población.

Se estima que el 40% de la población no está cubierta por ningún servicio de salud, en especial la de las zonas rurales y de los asentamientos urbanos marginales. En 1987 el Ministerio de Salud atendía el 60% de la población cubierta, el IPSS el 30%, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales el 3% y el subsector privado el 7%.

En los hospitales generales del Ministerio de Salud se producen 364.000 egresos y el promedio de estancia es de 7,4 días, influenciado por el promedio de permanencia en el servicio de obstetricia, con 2,9 días por egreso. El porcentaje de ocupación global es bajo (56,5%), así como el giro de camas (27,9 egresos). En el IPSS el promedio de permanencia descendió de 11,8 días en 1984 a 11,3 en 1986. El porcentaje de ocupación ha ascendido de 69,4 a 73,7%, y es probable que sea mayor en la actualidad, por los efectos de la crisis económica.

Capacidad instalada

En 1987 había en el país 353 hospitales con 30.629 camas y 963 centros de salud, con una razón de 1,48 camas por 1.000 habitantes, cifra inferior a la de 1980 (1,61 por 1.000). Entre 1980 y 1987 el número de centros y de puestos de salud aumentó 53 y 85%, respectivamente. El Ministerio de Salud administra la mayor proporción de los establecimientos de salud y de las camas de hospital. Así, en 1987 disponía del 54,0%

de las camas, del 71,6% de los centros de salud y del 94% de los puestos de salud. El IPSS participa con el 15% de las camas. En 1986, de un total de 105 hospitales del Ministerio de Salud, 38 (36,2%) tenían más de 35 años de antigüedad y contaban con el 54% de las 18.846 camas del conjunto. El mantenimiento de la planta física, equipos e instalaciones es deficiente.

Tecnología de los servicios de salud

La tecnología para la atención de la salud en su mayor parte es importada, es decir, dependiente y de alto costo financiero.

En 1985 se estimó que el 90% de los medicamentos se manufactura en el país. No obstante, un 90% de la materia prima que se usa para la producción de fármacos es importada. En 1986, como resultado de una concertación con la industria farmacéutica, el Gobierno inició el Programa de Apoyo Social de Medicamentos Básicos Esenciales, y se formuló un petitorio que incluye 94 medicamentos de los cuales 27 son básicos y 67 esenciales.

La dotación actual de equipo en los hospitales del Ministerio de Salud es crítica, pues por razones de mantenimiento deficiente, sobreutilización y antigüedad, cerca del 50% del equipo se encuentra fuera de uso. En los últimos años el Ministerio ha adquirido equipo en más de 10 países diferentes, aumentando la diversidad de tipos y marcas. La situación del IPSS es similar, con el agravante de que en sus grandes hospitales nacionales se utiliza equipo de alta complejidad.

En 1987 se creó el Instituto Nacional de Desarrollo de la Salud, encargado de promover y facilitar la acción coordinada y conjunta de instituciones y personas que puedan contribuir al proceso de desarrollo en el campo de la salud.

Financiamiento de los servicios de salud

El Ministerio de Salud y los programas de salud del IPSS ocupan el 90% del total de los fondos disponibles para el subsector público de la salud. Esta disponibilidad estuvo fuertemente supeditada a los ingresos provenientes de los aportes del IPSS y de las asignaciones del Tesoro Público al Ministerio de Salud. Ambas fuentes financiaron entre el 91 y el 98% del gasto total del subsector público de salud, el cual ha tenido un aumento que se inició en 1985 y continuó hasta la segunda mitad de 1988, ese año, como consecuencia de la agudización de la recesión y de la inflación, descendió abruptamente. El gasto promedio mensual de 5,5 millones de intis en 1985 creció a 11,1 millones en el primer trimestre de 1988, para des-

cender a 5,1 millones mensuales en el último trimestre del mismo año. Las cifras anuales durante 1984-1987 señalan un crecimiento de 67,8 millones de intis en 1984 a 93,0 millones en 1987, con una variación porcentual de 37,1%. A fines de 1987 el gasto total del subsector público en salud representaba el 12,3% del gasto total del Gobierno Central y el 2,72% del PIB. Entre 87 y 93% de los recursos del subsector público se destina a gastos corrientes.

El financiamiento de los gastos del Ministerio de Salud depende cada vez más del Tesoro Público, que en 1988 atendió el 95,3% de los gastos. Durante el período 1984-1987 el Ministerio de Salud aumentó sus gastos de 34,9 millones de intis constantes a 38,2 millones, apenas 9% en cuatro años.

Los dos principales programas del IPSS son el de Enfermedad-Maternidad y Pensiones. En el período 1984-1987 el gasto del primero se ha mantenido entre 51,8 y 58,1% del total de los gastos del IPSS. La situación financiera actual del IPSS es crítica: a fines de 1988 el déficit acumulado era de 1.048 millones de intis y las reservas estaban agotándose. Además, los gastos corrientes absorben entre el 85 y el 96% del total de los gastos y muestran una tendencia creciente.

Planificación en salud

La capacidad gerencial en el sector salud se debilitó en la última década. Si bien el Gobierno formuló la Política Nacional de Salud, dos de cuyos lineamientos son descentralización efectiva de los servicios de salud con delegación de autoridad y adecuación del sector salud y de las instituciones y dependencias que lo conforman a los lineamientos de la política de salud, los avances son limitados. Un problema adicional para el reforzamiento de la capacidad gerencial en el sector ha sido la falta de continuidad en la conducción política.

Recursos humanos

La disponibilidad global de personal profesional de salud aumentó significativamente en las últimas décadas. En cifras absolutas el número de médicos creció más de tres veces entre 1964 y 1986, pasando de 5.325 a 19.635, y el de enfermeras se cuadruplicó en el mismo período, aumentando de 3.163 en 1964 a 14.709 en 1986. Los profesionales se encuentran concentrados en la capital y en las grandes ciudades, con escasez en otras zonas. Lima y El Callao tienen la razón más alta de médicos: 21,3 por 10.000 habitantes, en tanto que Apurímac y Amazonas registran tasas de 0,39 y 0,41 médicos por 10.000 habitantes. Lima tiene 15 y 16 veces más odontólogos que

Amazonas y Huancavelica, respectivamente. Arequipa exhibe la razón más alta de enfermeras en el país (17,7 por 10.000 habitantes).

En 1985 el Ministerio de Salud tenía 62.805 empleados, de los cuales 22,5% correspondía a personal profesional, 5,5% a técnicos, 31,2% a auxiliares de salud, 19,4% a personal administrativo y 20,8% a personal de servicio. El personal contratado ocupaba el 27,6% de las plazas (17.310).

En 1986 el país contaba con 12 universidades en las que se forman médicos, 10 estatales y dos privadas, de las cuales cuatro tenían sede en Lima.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Junto a la falta de servicios sanitarios para atender el explosivo crecimiento urbano persisten problemas ambientales debidos al inadecuado tratamiento de los residuos industriales y agrícolas. La legislación ambiental presenta dificultades para su aplicación, y las estructuras operativas no se adecuan a los procesos de regionalización y fortalecimiento del poder local.

El Comité Nacional de Coordinación de Saneamiento Básico (CONCOSAB) se encarga de planificar, coordinar e integrar los esfuerzos de todas las instituciones que actúan en acueductos y alcantarillados. El Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (SENAPA), del Ministerio de Vivienda y Construcción, atiende las zonas urbanas, mientras que la División de Saneamiento Básico Rural (DISABAR), del Ministerio de Salud, lo hace en poblaciones con menos de 2.000 habitantes. Los programas de acueductos y alcantarillados del sector urbano están a cargo de empresas filiales y organismos operativos del SENAPA. En el sector rural, DISABAR construye las obras y las comunidades las administran, operan y mantienen.

Las metas de cobertura de suministro de agua potable para 1995 son de 95% para el área metropolitana de Lima; 90% para ciudades con más de 400.000 habitantes; 80% para localidades con 2.000 a 400.000 habitantes; 75% para población rural concentrada, y 50% para población rural dispersa. En el período 1983-1985 las inversiones en agua potable y alcantarillado fueron de \$US95 millones (5% correspondió al Ministerio de Salud), y para 1986-1995 se estiman en \$US935 millones.

El Consejo Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud atiende los problemas de la contaminación ambiental; el mismo integra los esfuerzos de 41 instituciones de diversos sectores, entre ellas la Dirección Técnica de Salud Ambiental, del Ministerio de Salud.

En el período 1985–1988 se elaboraron estudios de aseo urbano para Huancayo, Chilca, Tambo, Ica, Arequipa, Ilo y Tacna, que favorecerán a 1.615.000 habitantes. Se realizaron estudios de residuos industriales y de hospitales en el área metropolitana de Lima y se inició un estudio sectorial de residuos sólidos del Perú.

La División de Protección de Alimentos y Zoonosis, de la Dirección Técnica de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, tiene a su cargo el control sanitario de los alimentos, función de difícil cumplimiento debido a la interferencia de diversos sectores y a la proliferación de la venta de comidas en la calle. Por su parte el Programa Nacional de Protección de Alimentos, multisectorial y multidisciplinario, inició el establecimiento de una Unidad de Registro e Información de Alimentos que desa-

rolla una investigación sobre riesgos en el consumo de pescado contaminado con larvas de *Anisakis*.

La salud de los trabajadores está a cargo del Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Ocupacional. Durante el período 1985–1988 ha aumentado sustancialmente el número de profesionales del INSO, que trabajan en la sede central en Lima y en las unidades regionales de La Oroya, Arequipa y Trujillo. El IPSS llevó a cabo seminarios de capacitación en salud de los trabajadores en algunos de sus hospitales de provincia. Se han incluido cursos de pregrado en salud ocupacional en seis universidades, entre ellos el curso de Ingeniería de Seguridad Industrial en la Facultad de Ingeniería Ambiental de la Universidad Nacional de Ingeniería.

REPUBLICA DOMINICANA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El régimen de gobierno es civil, democrático y representativo, organizado en el Poder Ejecutivo, ejercido por el Presidente de la República, el Legislativo, ejercido por el Congreso, y el Judicial, ejercido por la Corte Suprema, Cortes de Apelación y otros Tribunales.

La República Dominicana cuenta con 3 Regiones (Suroeste, Sureste y Cibao) y 7 subregiones que comprenden 29 provincias y un Distrito Nacional (Santo Domingo, capital del país). Las provincias se subdividen en 136 municipios y distritos municipales, los cuales a su vez se subdividen en 648 secciones que agrupan un número variable de Parajes. Por definición del censo se considera área urbana la capital del país y las cabeceras de provincias, de municipios y de distritos municipales. Las Secciones y Parajes constituyen el área rural. La Secretaría de Estado de Salud Pública divide al país en 8 Regiones de Salud correspondientes a las 7 subregiones y el Distrito Nacional. Las Regiones de Salud se subdividen en áreas, cada una de ellas correspondiente a una Provincia.

El Plan Nacional de Desarrollo 1987-1990 establece como prioritaria la remodelación y construcción de centros de salud, la contratación de nuevos recursos humanos y programas masivos de inmunización y sancamiento, además de programas de boticas populares, maternoinfantil, salud rural, nutrición y otros.

Hasta mediados de la década de los 70 la economía giraba alrededor de los productos tradicionales de exportación (azúcar, café, cacao y tabaco). El azúcar representaba el 44,1% del valor de las exportaciones y absorbía más del 70% del empleo industrial y más del 45% de la población económicamente activa (PEA). En 1975 el azúcar representó el 64,4% del valor total de las exportaciones. A partir de la segunda mitad de los 70, el valor de las exportaciones tradicionales declinó sustancialmente; en 1984-1987 todas las exportaciones agrícolas representaron el 21,5%, y el azúcar el 9,9% del total de las exportaciones (aunque mantuvo más de la mitad de los empleos industriales.)

El espacio dejado por las exportaciones tradicionales ha sido ocupado por el sector de servicios, sobre todo de zonas francas industriales y turismo, que registraron entre

1977 y 1986 una tasa de crecimiento acumulativo anual de 18,5%, mientras que las exportaciones de bienes tuvieron un crecimiento negativo de -0,86% (valores nominales en \$US).

Pueden señalarse tres períodos claramente diferenciados de la economía dominicana entre 1968 y 1986:

- *Período de crecimiento concentrado (1968-1977)*. Corresponde a una política sustitutiva de importaciones y ocurrió en una época de abundancia relativa de divisas, lo cual permitió financiar la importación de materias primas y de bienes de capital. La industria manufacturera casi duplicó su aporte al PIB per cápita y se duplicó también el aporte de la construcción, el comercio y el transporte.

- *Período de demanda inducida (1978-1981)*. La respuesta inicial a la caída de la demanda externa fue el aumento del gasto público, mediante el endeudamiento interno (1978-1980) y externo (1981). La deuda externa global aumentó de \$US1.375,8 millones en 1978 a \$US2.549,1 millones en 1981. La producción agropecuaria e industrial se estancó y la balanza comercial se deterioró progresivamente.

- *Período de depresión inducida (1982-1986)*. La deuda externa global alcanzó en 1986, \$US3.525,0 millones. La moneda nacional se devaluó (el promedio anual de tasa de cambio pasó de 1.464 en 1982 a 2.905 en 1986), y se crearon nuevos impuestos para financiar el gasto público. El salario real disminuyó considerablemente, mientras el costo de los alimentos se elevó de manera significativa. El desempleo se incrementó hasta el 27,2% de la PEA en 1985. Las políticas de ajuste se tradujeron en un descenso del gasto social y en salud; no obstante, los recursos externos en salud se incrementaron considerablemente. La tasa de escolaridad, que había ido en ascenso hasta 1983-1984, descendió en 1985-1986. Esta situación de devaluación de la moneda y desvalorización real del trabajo estimuló el desarrollo del turismo y de las zonas francas industriales, sectores hacia los que se trasladaron progresivamente los ejes de la acumulación económica.

La situación actual tiene carácter de transición. En lo sucesivo, la expansión del gasto público deberá financiarse con endeudamiento o con impuestos sobre productos no generados por el Estado, el cual recibe fuertes presiones para la privatización de la producción de bienes y servicios. Por otra parte, los incentivos para la inversión en turismo y zonas francas industriales son precisamente las

exenciones fiscales y garantías de una elevada tasa de retorno para el inversionista, sin que pueda garantizarse que los recursos allí generados puedan ser reciclados en la economía dominicana.

En 1986 y 1987 hubo un repunte del PIB, sobre todo por el auge de la industria de la construcción, y el PIB per cápita aumentó un 5,7% al pasar de \$RD492,7 a \$RD520,7 (en valores de 1970). Las cifras provisionales del Banco Central señalan que en 1988 hubo un crecimiento negativo del PIB de -1,4%. El gasto real per cápita en servicios sociales y en salud y asistencia social se incrementó, aunque en 1988 este último aún fue inferior al de 1984, según lo indica el Cuadro 1.

CUADRO 1			
Gasto en servicios sociales y salud y asistencia social, 1980-1988.			
Año	Presupuesto ejecutado (\$RD)	Gasto (\$RD)	
		Servicios sociales	Salud y asistencia social
1980	187,1	63,0	23,4
1982	152,4	57,1	23,2
1984	133,0	53,5	20,8
1985	139,4	47,1	18,2
1986	148,7	50,5	18,5
1987	182,0	64,3	18,6
1988*	180,3	68,4	20,4

*Estimado en base a 11 meses de ejecución presupuestaria.

Características demográficas

La población pasó de 894.665 habitantes en 1920 a 6,8 millones de habitantes en 1988, y la densidad demográfica aumentó de 11,5 a 142,2 habitantes por kilómetro cuadrado. La tasa media de crecimiento anual de la población descendió de 3,0% en 1960-1970 a 2,9% en 1970-1981 (de 6,0% a 5,3% en el medio urbano y de 1,4% a 1,0% en el rural). Este descenso refleja el efecto de los programas de planificación familiar, tanto a nivel rural como urbano, y de la emigración. Se estima que la fecundidad descendió de 6,7 hijos por mujer en 1965-1969 a 3,7 en 1983-1985, y el saldo migratorio negativo ha sido estimado para 1985-1990 en 78.500 personas.

La tasa de natalidad ha mostrado una tendencia descendiente en los últimos años, habiéndose estimado en 31,3 por 1.000 habitantes para 1985-1990. La Región Suroeste, considerada la de menor desarrollo del país, ha registrado el más fuerte descenso en la tasa de fecundidad.

El índice de masculinidad en 1988 era de 103%. El 57,2% de la población en 1988 habitaba en áreas urbanas. La del Distrito Nacional aumentó entre 1970 y 1981 a razón de 5,4% anualmente y representaba en 1988 el 32,2% del total de la población, siendo esta la única Región Sanitaria que incrementó su porcentaje de población entre 1970 y 1988.

En 1980 el 42% de la población era menor de 15 años pero se estima que para 1988 este grupo había descendido al 38,6%. La edad mediana pasó de 17,8 años en 1980 a 20,2 en 1988 y se proyecta que alcanzará 23,2 para el año 2000. La esperanza de vida al nacer para 1985-1990 se estimó en 65,9 años (63,9 para hombres y 68,1 para mujeres), y se proyecta que para fines de siglo será 69,0 años (66,8 para hombres y 71,4 para mujeres).

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

El subregistro de la mortalidad general se estima en 40,3% para 1980-1985. Según los datos disponibles de 1985 el 13% de las defunciones registradas no tuvieron certificación médica (en 1966 el 75,1%) y el 15% de los diagnósticos fueron clasificados como "síntomas y estados morbosos mal definidos". La morbilidad registrada corresponde solo a las enfermedades de notificación obligatoria, y el registro tiene deficiencias de cobertura y calidad.

La tasa de mortalidad general se estima en 7,5 por 1.000 para 1980-1985, que representa un descenso al compararse con la de 1975-1980, que fue de 8,4. En el Cuadro 2 aparecen las tasas de mortalidad por 1.000 habitantes, según el registro de estadísticas vitales y las estimadas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

CUADRO 2		
Mortalidad por 1.000 habitantes, 1960-1985.		
Período	Tasa según:	
	Registro	Estimaciones ONE/CELADE
1960-1965	7,0	14,7
1965-1970	6,7	12,1
1970-1975	5,6	9,8
1975-1980	4,7	8,4
1980-1985	4,5	7,5

Al analizar las principales causas de muerte (Cuadro 3), las enfermedades del corazón aparecen en primer lugar, las afecciones originadas en el período perinatal en segundo, los tumores malignos en tercero (con tendencia ascendente), las enfermedades cerebrovasculares en cuarto y los accidentes en quinto lugar (también con fuerte tendencia ascendente). Esta distribución está afectada por el subregistro diferencial y debe interpretarse con cautela.

La enfermedad más frecuentemente notificada como causa de morbilidad es la gastroenteritis. La elevada notificación de casos de disentería, fiebre tifoidea y paratifoidea, y hepatitis, y la alta prevalencia de parasitosis intestinal demuestran la importancia de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, así como las deficiencias del saneamiento básico.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

Las defunciones de menores de 1 año en 1985 representaron el 23% de las muertes registradas (en 1960 fue-

ron el 38%). El subregistro de defunciones infantiles se ha estimado en alrededor de 55%, con variaciones regionales que van del 38% al 83%. La tasa de mortalidad infantil obtenida por encuestas demográficas fue de 68 por 1.000 nacidos vivos en 1985; la más alta correspondió al Distrito Nacional (Región 0) y a la Región I, y no a las Regiones IV y VI generalmente consideradas las más pobres. El Cuadro 4 muestra las tasas estimadas por varias encuestas.

El descenso de la mortalidad infantil en los últimos 15 años se atribuye a las tecnologías de control utilizadas con alta cobertura, tales como la rehidratación oral, vacunaciones masivas y otras, ya que las condiciones de vida en general se deterioraron considerablemente en ese período, como ya se indicó. La mayor parte de este descenso se registró en la mortalidad posneonatal, y fue más acentuado en el medio rural. Según estimaciones recientes, la tasa de mortalidad infantil es superior a 60 por 1.000 nacidos vivos en la Capital. En el Distrito Nacional, investigaciones oficiales recientes estimaron esta tasa en 70,3 por 1.000 nacidos vivos para los estratos más pobres y 34,6 para los estratos medios y altos, con marcadas diferencias según el nivel educativo de la madre y un

Causa diagnosticada	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Total de muertes registradas	24.959	24.743	26.589	26.542	28.236	27.844
Causas mal definidas	7.051	6.305	5.709	4.522	4.053	4.130
1. Enfermedades del corazón (390-429)	3.193	3.243	3.582	3.859	4.474	4.535
2. Afecciones originadas en período perinatal (760-779)	2.280	2.432	2.663	2.718	2.897	2.735
3. Tumores malignos (140-208)	1.254	1.441	1.590	1.709	1.843	1.760
4. Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	892	1.074	1.236	1.352	1.622	1.726
5. Accidentes (E800-E949) (E980-E989)	950	1.064	1.241	1.500	1.644	1.667
6. Influenza y neumonía (480-487)	795	653	703	264	821	1.176
7. Cirrosis hepática (571)	522	575	662	690	829	816
8. Diabetes mellitus (250)	280	387	443	492	540	573
9. Anomalías congénitas (740-759)	301	349	422	445	363	447
10. Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	302	280	387	351	409	409
11. Sarampión (055)	224	70	81	56	121	156
12. Suicidio (E950-E959)	110	114	133	167	149	133

Fuente: División de Estadística. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO 4

Tasas de mortalidad infantil
estimadas, según zonas y regiones,
República Dominicana.

Regiones	ENF ^a 1971-1975	ENF ^a 1976-1980	DHS ^b 1983-1985
Total del país	98	85	68
Zona urbana	94	76	69
Zona rural	102	91	66
Regiones			
0	... ^c	71	78
I	... ^c	88	82
II	103	75	69
III	98	82	61
IV	114	101	68
V	74	95	60
VI	164	103	68
VII	91	90	69

^aEncuesta Nacional de Fecundidad 1975, 1980.

^bEncuesta Demográfica y de Salud 1983-1985.

^cLas Regiones 0 y I en 1975 formaban una sola Región.

Fuentes: Población y Salud en la República Dominicana. Encuesta Demográfica y de Salud 1986.

elevado riesgo de muerte para los prematuros (tasa de 474,8 por 1.000).

A nivel nacional, en 1985 más del 40% de las defunciones de menores de 1 año se debían a afecciones originadas en el período perinatal. Otras causas importantes diagnosticadas fueron las enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades respiratorias, anomalías congénitas y meningitis.

La mortalidad del grupo de 1 a 4 años ha descendido progresivamente; en 1985 le correspondió el 7,0% de la mortalidad registrada, con una tasa de 2,7 por 1.000 habitantes. Este grupo ha sido muy beneficiado por la reducción de la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación y la promoción de la terapia de rehidratación oral. A pesar de ello, las principales causas de mortalidad diagnosticadas en 1985 en este grupo de edad fueron las enfermedades infecciosas intestinales con 22,6% de las defunciones, las enfermedades del aparato respiratorio con 21,5% y las deficiencias de la nutrición con 12,6%. Estos tres grupos de causas representaron el 56,7% de las muertes diagnosticadas en 1985.

Diversas encuestas han estimado que a nivel nacional alrededor del 40% o más de los niños menores de 5 años tienen algún grado de desnutrición. Sin embargo, las metodologías no han sido comparables y no siempre se ha explicado claramente cuál es la población de referencia.

La Encuesta Demográfica y de Salud de 1986 utilizó la población de referencia del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América y en base a una muestra representativa nacional de 1.843 niños de 6 a 36 meses de edad, los resultados según peso por edad y talla por edad evidenciaron que los niños tienen menor peso y sobre todo menor talla que la población de referencia. Según el parámetro utilizado, el 12,5% y el 20,8% tendrían desnutrición severa (menos de 2 desviaciones estándar) y el 37,1% y 45,7% tendrían desnutrición moderada y severa (menos de 1 desviación estándar).

A partir de 1980, la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación descendió bruscamente, reflejando el esfuerzo realizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública. En 1987 y 1988 no hubo ningún caso confirmado de poliomielitis por virus salvaje, a pesar de haberse mejorado significativamente la vigilancia de esta enfermedad. La incidencia del sarampión se mantiene en los últimos años en tasas aproximadamente de 8 casos por 100.000 habitantes de la población general. En 1988 y 1989 se intensificaron la vigilancia y las acciones de prevención.

La incidencia de casos de tétanos no neonatal se ha mantenido alrededor de 1 por 100.000 habitantes entre 1980 y 1988. El tétanos neonatal, que en los últimos años mantenía una tasa de incidencia por debajo de 4 por 100.000 nacidos vivos estimados, en 1988 tuvo un significativo aumento de casos, y la tasa se elevó a 15,4. En cambio, las tasas de casos de tos ferina y de difteria en 1987 han mostrado una reducción considerable a 2,2 y 1,2 por 100.000 habitantes, respectivamente. No obstante los esfuerzos por aumentar la cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos, esta es aún muy baja para lograr un impacto epidemiológico importante.

Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas fueron la causa del 28% de las muertes registradas en menores de 1 año y el 44,1% en los de 1 a 4 años en 1985. Una encuesta nacional realizada en 1987 en niños de 0-4 años encontró que el 40% de los estudiados habían tenido infecciones respiratorias agudas y el 27% enfermedades diarreicas agudas en las dos semanas anteriores (de estos últimos, 51% había recibido rehidratación oral). Las dos causas representaron el 94% de los episodios de enfermedad encontrados. Se estimó un promedio de siete episodios diarreicos por año, con una duración de cinco días.

Salud de los adolescentes y adultos

La mortalidad del grupo de 15 a 29 años de edad se ha mantenido alrededor de 1,0 por 1.000 habitantes desde 1975 (1.618 defunciones, tasa de 1,18) hasta 1985 (1.890 defunciones, tasa de 0,97). En 1985 la primera causa de mortalidad en los hombres fueron los accidentes

y en las mujeres las enfermedades de la circulación pulmonar y las causas obstétricas directas. La tuberculosis en 1984 fue la primera causa de mortalidad diagnosticada en mujeres de 20 a 34 años y la segunda en hombres de la misma edad, superada únicamente por los accidentes.

De los 35 años a los 59 años las principales causas de defunción diagnosticadas fueron el cáncer, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares. Sin embargo, la tuberculosis y la cirrosis hepática mantuvieron una alta frecuencia en este grupo de edad (la quinta y la séptima causas diagnosticadas). El 42,5% de las defunciones registradas en 1985 fueron de personas de 60 años y más, y las principales causas fueron las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y las infecciones respiratorias agudas.

Las principales localizaciones de los cánceres diagnosticados como causa de muerte en 1980–1985 fueron: intestino (excepto recto), próstata, estómago, pulmón, tráquea y bronquios, y cuello de útero. La tendencia ascendente de este último constituye un problema prioritario en las mujeres.

La mortalidad materna registrada para 1985 se sitúa alrededor de 1 por 1.000 nacidos vivos registrados. Si esta tasa se calcula usando como denominador el número estimado de nacidos vivos según las tasas de natalidad esperadas para cada quinquenio (estimaciones ONE-CELADE), sería de 0,5 por 1.000 nacidos vivos estimados. Algunos expertos consideran que la tasa real es por lo menos el doble de la registrada.

En el principal hospital de maternidad del país se encontró una tasa de mortalidad materna de 1,7 por 1.000 nacidos vivos en 1980–1984. Las toxemias, las infecciones y las hemorragias constituyen las principales causas de mortalidad materna; las cesáreas son el factor de riesgo más asociado a los estados sépticos (hasta en un 54% de las muertes por sepsis) y los abortos en un segundo lugar. Informaciones oficiales señalan, a nivel nacional, un 12% de cesáreas y un 9% de abortos; sin embargo, algunos informes estiman que en algunas instituciones públicas y privadas las cesáreas alcanzan hasta el 50% de los partos atendidos. Se destaca en estos estudios que el 54% de los partos a nivel nacional fueron atendidos por médicos. La cobertura del control prenatal ha sido estimada en 66% en total y de 30% por el sector público.

En 1988, el 31% de los partos atendidos en instituciones del sector público correspondieron a madres menores de 20 años. La cobertura de planificación familiar del sector público fue de 18,2% de las mujeres en edad fértil. La cobertura real es mucho mayor, ya que muchas instituciones privadas ofrecen estos servicios a nivel rural y urbano marginal. El 39% de las usuarias fueron esterilizadas quirúrgicamente (5.052 esterilizaciones), el 43% utilizó anovulatorios orales, el 12% dispositivos intrauterinos y el resto otros métodos.

Problemas que afectaron a la población general

A partir de 1983, cuando se organizó el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS), aumentó el número de casos de SIDA diagnosticados por año. Hasta fines de 1988 se habían notificado 821 casos y se estimaba un total de 1.250 casos. El 70% de los casos son heterosexuales. La incidencia de sífilis y blenorragia se ha reducido.

En 1988 hubo un importante brote de dengue con 220 casos confirmados por laboratorio, cuatro de ellos clasificados como dengue hemorrágico.

La malaria registrada ha descendido considerablemente desde 1982 (4.654 casos), aunque han ocurrido brotes periódicos de cierta importancia, particularmente en el suroeste del país, frecuentemente relacionados con las migraciones estacionales de trabajadores y las dificultades operativas de las acciones de control. En 1988 se registraron 1.072 casos de malaria identificados por diagnóstico microscópico.

La rabia urbana también ha descendido considerablemente, sobre todo desde 1987, cuando se reinició la vacunación masiva canina urbana, con una cobertura estimada anual del 70% de los perros. Existen focos de rabia silvestre, particularmente en mangostas.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

De acuerdo con los propósitos políticos enunciados por las autoridades gubernamentales para 1986–1990, las prioridades han sido: recuperar la capacidad física y el financiamiento satisfactorio de la red nacional de servicios; asegurar la provisión adecuada de insumos, equipos y medicamentos a los establecimientos de salud; dotar a los servicios de suficiente personal médico, enfermeras y otros; ampliar la cobertura de servicios; reforzar el plan de supervivencia infantil y la promoción de la salud de madres y niños; enfatizar la cooperación interpaíses con Haití para los programas de control de malaria, rabia, enfermedades de transmisión sexual y para el PAI; promover la coordinación intersectorial con la Secretaría de Agricultura para programas de alimentación y nutrición; movilizar, estimular y capacitar los recursos de personal de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, y reorganizar y racionalizar la estructura organizativa de la Secretaría y sus establecimientos.

Respecto al sector público, la Secretaría de Estado de

Salud Pública y Asistencia Social es el órgano del Estado rector de las acciones de salud. Está conformada por un nivel central político-técnico y normativo; un nivel regional (ocho Regiones de Salud) con funciones de dirección, supervisión y control; y el nivel de área, esencialmente operativo.

La prestación de servicios se hace en base a una estructura jerarquizada de instituciones que comprende el primer nivel, constituido por las clínicas rurales y los promotores y supervisores de salud; el segundo nivel, constituido por los subcentros de salud, los hospitales locales y de áreas; y el tercer nivel, constituido por los hospitales regionales y nacionales.

Existe un amplio sistema informal constituido por los promotores de salud, cada uno de los cuales tiene a su cargo unas 60 viviendas. En 1987 había 5.275 promotores, y por cada 10 a 15 de ellos existía un supervisor. Están asignados a las clínicas rurales y cumplen funciones vinculadas a las campañas de vacunación. A partir de 1988 se inició un proceso de readiestramiento en el marco del Plan de Supervivencia Infantil con la intención de ampliar su campo de acción.

El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) es regido por un Consejo Directivo, y ampara a los obreros asalariados, independientemente de su remuneración, y a los empleados particulares cuyo sueldo no exceda de RD\$70,00 semanales, en los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y accidentes de trabajo. La cobertura por muerte se restringe a una indemnización única y solamente cuando ocurre por enfermedad o accidente laboral. La cobertura familiar se restringe a la atención obstétrica y a hijos menores de 1 año. No hay seguro de desempleo. Se exceptúan del Seguro Obligatorio los empleados públicos cubiertos por leyes sobre pensiones civiles, retirados militares y policiales. Desde 1954 la afiliación de trabajadores domésticos está suspendida.

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (INSFAPOL) cubre a todos los miembros de las Fuerzas Armadas y a sus familiares. La Cruz Roja Dominicana actúa en circunstancias de emergencia y calamidades, y en los últimos años ha tenido una creciente participación en el desarrollo de los bancos de sangre. El Consejo Nacional de Población y Familia estudia aspectos demográficos y asesora a la Secretaría y a otras instituciones en la elaboración y ejecución de políticas de población; además, contribuye a la extensión de los servicios de planificación familiar a nivel público y privado.

El sector privado sin fines de lucro cubre un alto porcentaje de la atención terciaria en muchas especialidades médicas. Se destacan los Institutos de Dermatología, Rehabilitación, Cardiología, Oncología, Oftalmología y Diabetes, la Comisión Social contra la Drogadicción y

numerosas instituciones orientadas a la niñez, a la planificación familiar y a acciones de promoción de salud en zonas rurales y marginales urbanas, muchas de ellas vinculadas a organizaciones religiosas.

El sector privado con fines de lucro ofrece servicios predominantemente curativos e individuales, en numerosas clínicas y consultorios concentrados en las dos ciudades principales. Con el gran desarrollo de los seguros privados, algunos sectores medios y asalariados tienen acceso a estos servicios.

Capacidad instalada y producción de servicios

En 1984-1986 se redujo el número de camas de hospital. Según una evaluación realizada en el mismo período había un marcado deterioro de las instalaciones y equipos. El 90% de las incubadoras, el 75% de los equipos de rayos X, el 75% de los equipos de laboratorios, y el 50% de los autoclaves no estaban funcionando. En 1987 la Secretaría de Salud informó que alrededor del 70% de los equipos hospitalarios estaban deteriorados. En ese año se inició un programa de rehabilitación en los hospitales y clínicas que permitió aumentar el número de camas en funcionamiento; esta tendencia continuó en 1988. Estos cambios se reflejaron también en las consultas por habitante, en los egresos hospitalarios por 1.000 habitantes, en los porcentajes de ocupación y promedios de estancia, y sobre todo, en el giro de camas (Cuadro 5).

En 1988 la Secretaría contaba con 41 hospitales generales, 6 hospitales especializados, 68 subcentros de salud, 2 centros sanitarios, 422 clínicas rurales y 67 urbanas, además de 60 consultorios y puestos de salud y 15 dispensarios, con un total de 7.577 camas.

El IDSS tenía 1 hospital de maternidad, 15 hospitales generales, 20 policlínicas, 13 consultorios urbanos y 128 consultorios rurales, con un total de 1.168 camas (además de unas 32 camas en instituciones privadas) y ofrece 4,38 consultas por asegurado/año y 111,8 egresos por 1.000 asegurados/año. El número de consultas por asegurado ha disminuido en los últimos años con respecto a 1983 (4,38 en 1987 y 6,25 en 1983), y lo mismo ha ocurrido con el número de egresos por 1.000 asegurados (111,8 en 1987 y 168,2 en 1983).

El INSFAPOL cuenta con 2 hospitales generales, 2 policlínicas y 57 dispensarios, con un total de 580 camas. El sector privado tiene unas 4.876 camas de hospitalización, de las cuales el 75% se encuentran en las dos ciudades principales. No se dispone de estimaciones acerca del número de egresos y consultas.

En general, el país tiene un déficit de camas públicas hospitalarias (cuenta con 1 cama por 1.000 habitantes aproximadamente). El déficit de atención ambulatoria es

CUADRO 5						
Estadísticas hospitalarias del sector público, República Dominicana, 1984-1987.						
Año	Consultas (por habitante)	No. de camas (por 1.000 habitantes)	Egresos (por 1.000 habitantes)	Promedio días de estancia	% de ocupación	Giro de camas
1984	5.186.357	7.402	286.313	4,6	50,8	38,7
	(0,83)	(1,18)	(45,7)			
1985	4.288.803	6.509	280.206	4,7	55,9	43,1
	(0,67)	(1,0)	(43,7)			
1986	4.285.355	6.486	241.916	3,4	35,1	37,3
	(0,65)	(0,99)	(36,9)			
1987	5.842.207	6.604	280.206	4,0	58,0	45,0
	(0,87)	(0,98)	(41,7)			

Fuente: Departamento de Estadística, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

aún mayor (una consulta por habitante/año por el conjunto de sistema de salud). Además, la utilización de la capacidad hospitalaria instalada es también deficitaria, con porcentajes de ocupación de 60% aproximadamente y un giro de camas de 45 egresos por año (Cuadro 5).

La baja utilización en el período estudiado debe relacionarse con el deterioro en las instalaciones ya señalado. Además, dicho fenómeno es particularmente acentuado en los numerosos hospitales pequeños y en los subcentros con camas. Esto podría estar relacionado con la limitada capacidad resolutoria de estos niveles de atención en relación con problemas que requieren hospitalización y con las cortas distancias y buenas vías de comunicación.

En cuanto a la utilización de los servicios curativos, una encuesta que abarcó más de 1,5 millones de habitantes de Santo Domingo determinó que el 23% de la población era afiliada o beneficiaria del IDSS, de seguros privados o de INSFAPOL; el 73% (63% si se excluyen los de altos ingresos), correspondía a la población no afiliada ni beneficiaria de ningún sistema cerrado. Del total de personas que habían requerido consulta médica en las últimas dos semanas, el 32% eran afiliados y beneficiarios de sistemas cerrados y el 66% no afiliados (55% si se excluyen los de altos ingresos). De estos últimos, casi la mitad había recurrido a la atención privada, y de ellos el 46% de los que requirieron hospitalización optaron por el sector privado. Sin embargo, una proporción de los atendidos en servicios de la Secretaría eran beneficiarios de seguros y del IDSS o tenían altos ingresos.

En resumen, existe una importante demanda insatisfecha de los sectores de menores ingresos y no afiliados al IDSS o a otras formas de seguridad. La apertura de programas de promoción y control es bastante limitada. Las actividades del sector público, salvo las vacunaciones

masivas y algunas actividades del Plan de Supervivencia Infantil, se limitaron a atender la demanda espontánea de la población.

Recursos humanos

Ha habido un incremento en los recursos humanos en salud. La Secretaría aumentó su personal a nivel primario y en general. Su personal médico presenta una relación de 5,7 por 10.000 habitantes (1.800 habitantes por médico), sin incluir los médicos pasantes; con ellos, la relación es de 7,0 por 10.000 (1 por 1.400 habitantes).

El país cuenta con 10.550 enfermeras (15,4 por 10.000 habitantes), pero el 85% de ellas son auxiliares o practicantes con escasa formación (Cuadro 6).

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En el marco del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, las metas para 1990 son: para abastecimiento de agua potable, población urbana con conexiones 70%, población rural abastecida 33%; población urbana con alcantarillado 35%. La situación para 1987 distaba mucho de dichas metas y solo el 49,2% de la población urbana disponía de conexiones al acueducto, y el 22,7% de servicios de alcantarillado, el cual descarga en cursos de agua y del mar sin tratamiento previo. El suministro de agua es interrumpido frecuentemente. En los últimos años esto se ha visto agravado por las deficiencias en la energía eléctrica y por lo tanto en el sistema de bombeo.

La calidad del agua se considera deficiente. Evaluaciones realizadas en 1986 en ocho regiones de salud, aun

CUADRO 6				
Número de médicos y personal de enfermería y razón por 10.000 habitantes, por región sanitaria y subregión, República Dominicana, 1988.				
Región/Subregión	Médicos		Personal de enfermería	
	No.	Razón	No.	Razón
Total del país	3.256	5,7	10.550	15,4
Región Cibao	1.251	4,9	3.440	13,6
Cibao Central	608	4,0	2.181	14,5
Cibao Oriental	339	4,8	888	12,7
Cibao Occidental	304	9,1	371	11,4
Región Suroeste	353	4,4	969	11,9
Enriquillo	154	5,1	430	14,5
Valle	199	4,0	539	10,4
Región Sureste	1.652	4,7	6.141	17,5
Valdesia	1.489	5,2	5.359	18,5
Distrito Nacional	1.013	4,6	4.488	20,2
Otras provincias	476	7,1	871	13,0
Yuna	163	2,6	782	12,5

Fuentes: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual, 1988: Situación de enfermería en República Dominicana, 1989.

cuando no pueden considerarse concluyentes por el escaso número de muestras, encontraron que entre el 34 y el 57% de dichas muestras no eran aptas, de acuerdo con las normas de la OMS. Actualmente se lleva a cabo un plan de construcciones en sistemas de agua potable.

La recolección y disposición de residuos sólidos tiene notorias deficiencias que se traducen en numerosos microbasurales en calles y terrenos baldíos, taponamiento del alcantarillado y proliferación de roedores, moscas y otros vectores.

En algunas áreas urbanas las descargas industriales de gases, humos y polvo constituyen problemas que ameritan control; algunos cursos de agua son afectados por las descargas mineras e industriales. El uso indiscriminado de pesticidas en la agricultura se ha traducido en dificultades para la exportación de vegetales y frutos, pero no así para la distribución de productos de consumo interno, para los cuales no existe un control adecuado.

Hay escaso desarrollo tanto de los programas de vigilancia y control de alimentos, como de las enfermedades transmitidas por los mismos; todo ello guarda relación con la elevada frecuencia de enfermedades diarreicas y parasitarias en la población, con las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad en menores de 5 años y con el hecho de que la tasa de mortalidad infantil tienda a ser mayor a nivel urbano.

Recientemente se ha iniciado un proyecto de investigación sobre la ciguatera (intoxicación por pescado) y otro sobre educación sanitaria para manipulación de alimentos a nivel familiar a través de escolares.

SAN KITTS Y NEVIS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Las islas de San Kitts y Nevis constituyen un Estado federal que forma parte de la Comunidad Británica de Naciones. El Estado se rige por una monarquía constitucional que adopta la forma de democracia parlamentaria. El jefe de gobierno, el Primer Ministro, designa y encabeza el Gabinete, que a su vez rinde cuentas de su gestión ante el Parlamento. Nevis goza de una gran autonomía en el manejo de sus asuntos internos.

El producto interno bruto (PIB) aumentó de \$US59 millones (\$US 1.300 per cápita) en 1983 a \$US76,5 millones (\$US 1.670 per cápita) en 1986. La economía se basa fundamentalmente en la agricultura (azúcar), la industria liviana y el turismo. El comercio internacional arrojó un saldo negativo de 1983 a 1986. Cada vez se hace más hincapié en la necesidad de fomentar el turismo que, entre otras cosas, impulsa la ampliación de las actividades del sector de la construcción.

Se estima que el desempleo llegaba a 20% en 1987; no hay datos precisos sobre el subempleo. Se calcula que en 1985 la tasa de alfabetización llegaba al 80% y que casi todos los niños de 5 a 15 años estaban inscriptos en escuelas.

Características demográficas

Se estima que en 1985 las islas tenían 45.800 habitantes. Los jóvenes predominan en la estructura demográfica; 36,2% de la población tiene menos de 15 años y tan solo 9,1%, 65 y más. Se estima que 38% de la población es urbana y que esta proporción cambió poco entre 1983 y 1987.

Se calcula que la tasa de natalidad por 1.000 fue de 24 en 1983 y 1985 y de 23 en 1986. La tasa estimada de fecundidad en mujeres de 15 a 44 años fue de 95 por 1.000 en 1985 (1.026 nacimientos) y de 89 por 1.000 en 1986 (1.007 nacimientos); en este último año, 23% de los partos correspondió a mujeres de menos de 20 años.

La tasa de crecimiento anual de la población se ha mantenido baja, pues los aumentos naturales tuvieron como contrapartida las emigraciones.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, que había descendido a 30,2 (31 defunciones) en 1985, subió a 39,7 (40 defunciones) en 1986. Al igual que en años anteriores, las muertes neonatales representaron en estos dos años más de las dos terceras partes de la totalidad de las registradas entre niños: 69% en 1986 y 72% en 1987. Las principales causas de mortalidad neonatal fueron la prematuridad y la disnea; las enfermedades diarreicas y del aparato respiratorio fueron las principales causantes de defunciones infantiles tardías. En el grupo de edad de 1 a 4 años se registraron 10 muertes en 1985 y ocho en 1986. Hubo dos muertes maternas en 1985.

En 1986 San Kitts y Nevis alcanzaron una cobertura del 100% respecto de la vacuna DPT y la antipoliomielítica, pero perdieron terreno en 1987 y quedaron en 96% y 98%, respectivamente. La cobertura contra el sarampión fue de 91% el último año. Hace poco se introdujo la inmunización de niñas de 9 a 11 años contra la rubéola. Otras actividades que se emprendieron recientemente son la administración de toxoide tetánico a mujeres embarazadas seleccionadas, la realización de pruebas andrométricas en niños de escuela y la utilización de un registro clínico perinatal simplificado.

En cualquier centro de salud se ofrecen servicios de planificación familiar, mientras en todo el sistema escolar se amplían continuamente las enseñanzas en torno de la vida en familia. Además, se desarrollan programas especiales, gubernamentales y no gubernamentales, con el propósito de reducir la incidencia del embarazo en las jóvenes de hasta 19 años.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios de la Comunidad es el máximo responsable del sector salud. La estructura administrativa del Ministerio comprende dos Secretarías Permanentes: una de Salud y Servicios Sociales y otra de Educación. El Ministro, con el asesoramiento del Secretario Permanente del ramo, establece las normas que regirán en materia de servicios de salud. A su vez, este Secretario es asesorado por funcionarios

técnicos, entre los que se encuentran el Médico Jefe, responsable de los servicios de los hospitales y de salud de la comunidad, y la Enfermera Principal, a cargo de todo lo relacionado con la enfermería.

La política nacional de salud procura corregir las injusticias y desigualdades sociales que se observan en el sistema de prestación de servicios de salud; en efecto, se institucionaliza la participación comunitaria, se hace hincapié en la atención primaria y se acrecienta la eficiencia del proceso administrativo, a fin de que todos los ciudadanos tengan acceso a una atención adecuada de su salud, puedan o no pagarla. Esta política considera que madres y criaturas, niños de escuela, adolescentes y ancianos constituyen grupos que merecen atención prioritaria y aborda problemas de salud específicos con importantes consecuencias sociales, educativas y económicas, como el embarazo de menores de 20 años, las enfermedades de transmisión sexual, los problemas de salud dental y mental, la diabetes, la hipertensión y las discapacidades. El Gobierno también se empeña en garantizar la seguridad en los lugares de trabajo mediante disposiciones legislativas y normas laborales prudentes.

Si bien no están establecidos oficialmente y a menudo se superponen, en la práctica funcionan tres niveles de atención de la salud. El primero comprende toda la atención de salud que no entraña hospitalización: lo brindan centros de salud, médicos generales y servicios ambulatorios de hospitales generales. El segundo corresponde a la atención de salud en hospitales generales y otras instituciones con servicios de hospitalización. El tercer nivel abarca la atención de salud en hospitales generales y fuera del país.

Los servicios de salud de la comunidad son los principales centros de atención primaria y se han instalado con arreglo a la distribución de la población. En Nevis, todos sus habitantes están como máximo a unos 6 kilómetros de algún centro de salud; en San Kitts, a una distancia todavía menor. La razón global entre habitantes y enfermeras de atención primaria es de 1.410:1. Es difícil calcular la razón de habitantes por médico en lo que respecta a atención primaria de salud, pues los médicos desempeñan tareas muy diversas. Todos los servicios de salud pública son gratuitos.

Los centros de salud proporcionan servicios de salud maternoinfantil, atención prenatal, obstetricia, salud infantil, salud escolar, visitas a domicilio, hipertensión y diabetes, tratamientos menores realizados por médicos, planificación familiar y educación en salud. Así, brindando cobertura de salud y atención preventiva amplias a madres, lactantes, niños en edad preescolar y estudiantes de cada comunidad, se procura establecer una sólida base de salud desde el nacimiento y durante los años de formación del niño para permitirle que se desarrolle mental y físicamente sano. Otra meta es coordinar e integrar los

aspectos preventivos y curativos de los servicios dispensados por centros de salud y hospitales.

Las actividades de planificación familiar se realizan en los 17 centros de salud. En el curso del período 1986-1989 han ido encontrando una aceptación cada vez mayor algunos métodos de control de la natalidad y esta circunstancia ha representado un descenso del número de nacimientos.

El país tiene dos hospitales generales (el Joseph N. France General Hospital, con 174 camas, en Basseterre, y el Alexandra Hospital, con 54 camas, en Sandy Point) y una pequeña clínica "de campo" (el Charles Hospital, con 10 camas, en Molineaux). Además, hay dos hogares, el Cardin Home, de 100 camas, y el Hansens Home, de seis, que proporcionan servicios geriátricos. Aunque no hay hospitales privados, en los hospitales gubernamentales se pueden conseguir camas privadas. Los pacientes que requieren atención especial que no se puede brindar en el país son enviados a organizaciones e instituciones regionales del Caribe. El Cuadro 1 muestra los servicios específicos que ofrecen los dos hospitales generales y el número de camas con que cuenta cada servicio. Ambos hospitales disponen, además, de servicios para casos de accidente y de urgencia y para pacientes ambulatorios.

En 1988, las tasas de ocupación de camas en el Joseph N. France Hospital y el Alexandra Hospital fueron de 65,6% y 47,0% respectivamente. Los períodos medios de duración de la permanencia fueron 8,77 días en el Joseph N. France Hospital y 8,66 días en el Alexandra Hospital. Los enfermos más graves de Nevis y el Alexandra Hospital son trasladados al Joseph N. France Hospital y, por tanto, no se pueden establecer comparaciones entre los servicios ni con los datos estadísticos de una y otra institución.

Según el informe anual de 1988 del Joseph N. France Hospital, la mayoría de las altas fueron dadas en cirugía

CUADRO 1		
Servicios ofrecidos y capacidad de camas por servicio en los hospitales Joseph N. France y Alexandra, San Kitts y Nevis, 1988.		
Rubro	Joseph N. France	Alexandra
Obstetricia	24	6
Cirugía	40	17
Medicina I	40	17
Medicina IIA	12	—
Medicina IIB	12	—
Pediatría	24	10
Psiquiatría	10	—
Privados	12	4
Total	174	54

(1.178), medicina general (1.099), obstetricia (983) y pediatría (889).

La educación para la vida de familia forma parte del programa educativo y se brinda en escuelas y colegios normales.

El programa de salud escolar, actualizado en 1985, se puso plenamente en práctica en 1986 y 1987. Los objetivos de este programa varían desde ayudar a los estudiantes a conseguir la mejor salud física y mental que sea posible, hasta desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. El programa de salud escolar comprende, entre otras cosas, atención dental, educación en salud y para la vida de familia, control de las enfermedades transmisibles y vacunaciones; alimentación en la escuela; vigilancia nutricional; localización, investigación y supervisión de casos de niños discapacitados, y orientación para la vigilancia de la salud ambiental. Los exámenes médicos de niños a las edades de 5 y 11 años y antes de que dejen la escuela forman parte de estas actividades. Todos los problemas de salud se remiten a los consultorios de distrito.

Se han instalado dispensarios para tratar la hipertensión y la diabetes; los diabéticos reciben insulina todos los días en los centros de salud y las enfermeras la administran los días no laborables y los feriados públicos. Las visitas a domicilio que efectúan las enfermeras en los diferentes distritos constituyen un aspecto vital de los servicios de enfermería de salud pública.

Entre las actividades introducidas de 1983 a 1987 figuran exámenes para detectar glaucoma, establecimiento de médicos y enfermeras de salud familiar en determinadas áreas, programa de vacunación antisarampionosa, utilización del diagrama de crecimiento del Caribe, exámenes para determinar si hay pérdida de audición y registros perinatales.

En 1986, los gastos efectuados por el Ministerio de Educación, Salud y Servicios de la Comunidad, estimados en \$US24.590.000, representaron 28,6% del presupuesto total. Los gastos del sector salud, considerado aisladamente, se estimaron en \$US2.946.000.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

A medida que la base de la economía del país se desplaza del azúcar al turismo y los cultivos no tradicionales, el desarrollo y el medio ambiente se constituyen en temas de grave preocupación para quienes deben adoptar decisiones en el plano local.

El 43% de la población de San Kitts y 24% en Nevis tienen conexiones domiciliarias con abastecimiento de agua potable. En ambas islas, 91% de la población dispone de alguna clase de instalación para la eliminación de aguas servidas.

El reciente aumento de desechos sólidos producido en San Kitts por la industria liviana de la zona suburbana de Basseterre y las instalaciones turísticas de Bahía Fragata entraña un problema más respecto de su eliminación. Es evidente que la recolección, transporte y eliminación de desechos sólidos exigen más atención y recursos y que deben clausurarse los dos vertederos costeros de San Kitts.

Como Basseterre carece de un sistema de alcantarillado, las aguas residuales de sus casas llegan al mar por canales callejeros y desagües abiertos. En otros sitios, la industria liviana produce aguas residuales que también pueden contaminar lugares públicos y aguas costeras. En las zonas rocosas, la eliminación de excretas por retretes que desembocan en pozos es todo un problema, y algunos edificios están tan apeñuscados que no caben instalaciones de eliminación de aguas servidas y excretas para cada uno de ellos.

Entre los problemas estructurales que entraña la eliminación de desechos sólidos y líquidos, están la falta de conocimientos del público respecto del medio ambiente, la escasez de recursos financieros, humanos y otros, y la ausencia de una planificación adecuada del uso de la tierra y de un buen control del desarrollo.

Es probable que el programa integral de salud ambiental que se lleva a cabo en el país saque provecho de la gran actividad que se despliega para mejorar la estructura del programa de gestión del medio ambiente, que cuenta con la ayuda de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de los Estados Unidos de América, entre otros organismos. El país también se ha beneficiado con la ayuda externa destinada a tratamiento de desechos sólidos, abastecimiento de agua y evaluación de sus consecuencias en el medio ambiente. Un proyecto auspiciado por el PNUD y CARICOM, que se propone efectuar un estudio regional para instalar alcantarillas en las zonas urbanas de los países del Caribe Oriental, ha de proporcionar el estudio preliminar y el diseño del sistema de alcantarillado de Basseterre.

El cuerpo de inspectores de salud pública se ocupa del tratamiento de desechos sólidos, el control de roedores e insectos, la higiene de los alimentos, el saneamiento ambiental y el control de la calidad del agua. Con la adquisición de nuevos vehículos se ha logrado mejorar el tratamiento de los desechos sólidos. El control de la calidad del agua es otro aspecto del sistema de prestación de servicios de salud.

En la capital, Basseterre, se lleva a cabo un reducido programa de control de vectores para tratar exclusivamente focos positivos. En los distritos, los inspectores de salud pública responden a las quejas que se formulan acerca de los mosquitos cuando se plantea la necesidad. El índice más reciente (1988) de infestación domiciliar por *Aedes aegypti* registrado en Basseterre fue de 16,6%.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El país, que se independizó de Gran Bretaña en 1979 y se rige actualmente por un sistema parlamentario similar al del Reino Unido, comprende la isla principal de San Vicente y la mayor parte de la cadena de islas que constituyen las Granadinas.

La economía se ha visto afectada por dificultades económicas globales, por la contracción del comercio de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y por las fluctuaciones de los precios de los productos primarios del país. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de \$US850 en 1983 a \$US930 en 1985, pero bajó a \$US880 en 1986. La agricultura sigue siendo el principal soporte de la economía, y las exportaciones se dirigen fundamentalmente al Reino Unido. La industria azucarera se desplomó a principios del decenio de 1980, pero ha aumentado la producción del banano y el turismo se fomenta cada vez más. En un esfuerzo por dar nueva vida a la economía, se han establecido políticas que entrañan un ajuste estructural. En 1986, el desempleo estimado fue por lo menos del 40%. La administración pública es la principal fuente de empleo.

La deuda externa era de \$US28,9 millones en 1986. El gasto público llegó a 52% del PIB en 1984 y descendió a 41% en 1986. La tasa de inflación disminuyó de 5,7% en 1983 a 1% en 1986 y sigue siendo baja. La tasa de alfabetismo entre los adultos es de 80%.

Características demográficas

La población total se estimó en unos 111.000 habitantes en 1986. La población es joven: 40% tiene menos de 15 años y solo 3,9% tiene 65 y más años. La tasa de natalidad descendió de 32,6 por 1.000 habitantes en 1983 a 25,7 en 1986. La tasa de fecundidad en las mujeres de 15 a 44 años fue de 128,8 por 1.000 en 1985 y de 108,7 en 1986. El último censo se efectuó en 1980 y los datos demográficos disponibles se basan en estimaciones no siempre coherentes.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad fue de 6,3 por 1.000 habitantes en 1985 y de 5,9 en 1986. En ese último año, la tasa de mortalidad fue ligeramente mayor en los hombres (6,1) que en las mujeres (5,7). En 1986 7,4% de la totalidad de las causas de defunción se atribuyó a síntomas y estados morbosos mal definidos.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

La tasa de mortalidad infantil fue de 60 por 1.000 nacidos vivos en 1980 y desde entonces ha declinado de manera constante a 25 en 1986 y 24 en 1987. Entre las principales causas de defunción se encuentran la prematuridad, la dificultad respiratoria y otros trastornos de las vías respiratorias y las anomalías congénitas.

En el grupo de 1 a 4 años de edad se registraron 11 defunciones en 1985 y 17 en 1986; las infecciones del tracto respiratorio fueron la causa principal de defunción.

En los niños menores de 1 año la cobertura con DPT y vacuna antipoliomielítica llegó a 95% y con vacuna antisarampionosa, a 88%. El éxito logrado con un programa de rehidratación oral ha traído aparejada una brusca reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas: se registró una sola defunción por esta causa durante el bienio que siguió a la puesta en marcha del programa.

Salud de los adolescentes y adultos

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa de la mayor parte de los problemas de salud de los adultos. La hipertensión y la diabetes, dos de los trastornos con mayor prevalencia, ocuparon en 1984 el primero y el sexto lugar, respectivamente, entre las 10 enfermedades

más comunes atendidas en los consultorios. El hecho de que las afecciones cardíacas y las enfermedades cerebrovasculares sean la primera y la tercera causa de mortalidad atestiguan las consecuencias de la hipertensión. Se realizan esfuerzos por controlar mejor estos trastornos en el campo de la atención primaria.

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad: el cáncer gástrico (en ambos sexos) y el de cuello uterino (en las mujeres) son dos de las principales enfermedades malignas.

Entre 1986 y 1987 solo se registró una defunción materna, como consecuencia de la eclampsia. En los partos entre jóvenes de 13 a 19 años se produjo un descenso de 883 (30% del total de nacimientos) en 1985 a 674 (24,5%) en 1986. Se ha observado una tendencia promisoriosa hacia una atención prenatal más temprana; sin embargo, persiste como problema el abandono del programa de planificación familiar.

En los últimos años aumentó notablemente el número de personas de 15 a 25 años tratadas por problemas de salud mental vinculados con el abuso de sustancias nocivas.

Se han ampliado las actividades relativas a la salud de los adolescentes, a quienes ahora ofrecen servicios siete centros de salud.

Salud del anciano

Aunque los ancianos constituyen casi el 4% de la población, falta información sobre su estado de salud. Funciona un instituto geriátrico para quienes carecen de hogar.

Problemas que afectaron a la población general

Las 10 causas principales de enfermedad diagnosticadas en los consultorios en 1984 fueron la hipertensión, el resfriado común, la helmintiasis, la escabiosis y otras afecciones dermatológicas, la diabetes, la artritis, la gastroenteritis, la anemia y la bronquitis.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Incumbe al Ministerio de Salud la provisión de los servicios de salud pública. El Ministro de Salud, con el asesoramiento del Secretario Permanente y de altos funcionarios técnicos, adopta las decisiones sobre la política a seguir en materia de servicios de salud. El Secretario Permanente tiene a su cargo la administración diaria del

Ministerio y el Ministro de Salud es el responsable de la provisión de los servicios oficiales de salud ante todo el Gabinete.

No hay ninguna disposición escrita que fije una política determinada en materia de atención primaria, secundaria o terciaria de salud. En el Plan Nacional de Salud (1982-1986) se subraya el propósito de contar con un servicio integrado en el cual los distintos niveles de atención no solo sean interdependientes, sino que se complementen entre sí orquestadamente para la consecución de la meta de salud para todos.

Aunque el Plan Nacional de Salud hace referencia a los ancianos, los pobres y los discapacitados como grupos minoritarios, no existe para ellos ningún programa de salud particularmente organizado aparte del hospital geriátrico y la escuela para niños con necesidades especiales.

El sistema de salud está estructurado, organizado y administrado en función de tres categorías principales: dispensarios, centros de salud y hospitales; distritos médicos y de salud, y sede del Ministerio de Salud. La primera categoría de servicios de salud se proporciona en la comunidad o el pueblo, donde los servicios básicos ofrecidos con criterio de equipo por dispensarios o centros de salud utilizan todos los recursos comunitarios. Este tipo de atención representa el primer contacto del individuo con el sistema de salud.

En los distritos médicos y de salud, que constituyen la segunda categoría del sistema de salud, se llevan a cabo la coordinación y la planificación pertinentes; en ellos se procura establecer un enlace entre el nivel central y los servicios que no se pueden encontrar en todos los pueblos. Los distritos también proporcionan la base para la programación, la administración, la supervisión y el control financiero en el plano local. En este nivel se analizan y adaptan los programas propuestos por el Ministerio de Salud en ejercicio de sus funciones de control, para adecuarlos a las necesidades específicas de la comunidad. La isla de San Vicente se ha dividido en siete distritos médicos y de salud, y las Granadinas en dos distritos, uno en Bequia y el otro en la isla de la Unión.

La organización funcional de los servicios de atención primaria está basada en distritos; un equipo de salud formado por todos los trabajadores de salud de determinado distrito es el encargado de la prestación correspondiente. La gestión recae en una comisión controlada por un funcionario médico al que también pueden ayudar, según cuál sea el distrito, un visitador de salud, un funcionario de salud ambiental y una enfermera especializada en atención de la familia. El equipo se encarga de prestar servicios preventivos, promocionales, curativos y de rehabilitación. Cada funcionario médico de distrito tiene bajo su responsabilidad cuatro dispensarios en promedio, lo que en definitiva equivale a prestar servicios de atención de salud a unas 12.000 personas. Hay en el país nueve

funcionarios distritales de salud. La razón de inspectores de salud pública es de 1:4.700 habitantes.

La tercera categoría del sistema de salud es el nivel central del Ministerio de Salud. Las decisiones sobre la política a seguir se adoptan en este nivel, que tiene la responsabilidad de observar las tendencias, conocer los pronósticos, garantizar la coherencia de planes, objetivos, normas y criterios, formular y ratificar la política y evaluar los efectos de los programas de distrito en el sistema general de prestación de servicios de salud.

Los servicios de atención primaria se suministran a través de una red de 35 dispensarios o centros de salud y de un instituto ubicado estratégicamente en Kingstown para que nadie esté a más de 5 ó 6 kilómetros de distancia de un centro de salud. Respecto a los servicios comunitarios para pacientes ambulatorios, funcionan 31 dispensarios rurales en San Vicente y cinco en las Granadinas. Cada unidad proporciona servicios a 3.005 personas en promedio.

Normalmente, los servicios de salud de la comunidad se instalan con arreglo a la población del área y la distancia que los separa; por consiguiente, no hay un criterio general sobre la cantidad de personas atendidas por cada servicio. Un criterio arraigado establece que cada dispensario debe contar con una enfermera obstétrica, una auxiliar de enfermería y un asistente de salud de la comunidad. Estos asistentes trabajan fundamentalmente sobre el terreno pero bajo la dirección de la enfermera obstétrica del distrito. Además, una enfermera de salud pública de máxima jerarquía, un funcionario médico de distrito, un farmacéutico y un inspector de salud pública respaldan la labor del personal de los dispensarios.

Cada servicio de salud proporciona atención de emergencia, prenatal y posnatal, obstétrica, de salud infantil (incluida la inmunización), de planificación de la familia y de control de enfermedades transmisibles y crónicas.

El hospital general más importante (204 camas) se encuentra en Kingstown. El Gobierno administra un hospital de leprosos (20 camas), un hogar geriátrico (120 camas), un centro psiquiátrico (120 camas) y cuatro pequeños hospitales rurales (12 camas cada uno). Hay un pequeño sector privado que cuenta en la capital con un hospital general (12 camas) que proporciona atención de salud a varios niveles. En conjunto, hay 528 camas de hospital en San Vicente y las Granadinas, que representan un promedio de 48,8 camas por 10.000 habitantes. La mayoría (52,2%) se clasifican como camas para la aten-

ción general de agudos. Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios se prestan como rutina.

Quizás el problema más generalizado que afrontó el sistema de salud durante el período 1985-1988 fue la falta de datos cuantitativos o cualitativos. El desarrollo de un sistema de información eficiente es una cuestión de máxima urgencia.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La eliminación de desechos sólidos en un terraplén sanitario en las afueras de Kingstown no se realiza satisfactoriamente. Ni siquiera el programa recibe apoyo suficiente del Gobierno y de la población.

El centro de Kingstown cuenta con un sistema de alcantarillado, pero las aguas servidas no reciben tratamiento y se descargan cerca del puerto. Se han diseñado proyectos con el propósito de ampliar el sistema de alcantarillado existente, pero las obras de construcción no se han iniciado por falta de fondos.

La descarga de desechos líquidos y sólidos que realizan los yates visitantes a lo largo de las costas de San Vicente y las Granadinas constituye un importante problema, que guarda relación con toda una debilidad estructural configurada por la incapacidad institucional, la fragilidad de la base legislativa y la falta de educación ambiental.

Gracias a la asistencia del Banco de Desarrollo del Caribe, la Oficina del Agua se está convirtiendo en una Dirección de Agua y Alcantarillado más importante, dotada con personal bien adiestrado, autorizada por la legislación para funcionar y con respaldo político. Hay voluntad política, base legislativa e interés público respecto de la administración de los recursos, y por tanto es probable que se produzcan mejoras en materia de salud ambiental en el futuro previsible.

En lo que respecta al programa de control de vectores, todos los años se llevan a cabo dos ciclos de inspección y tratamiento focal que cubren todo el territorio de las islas. El rociamiento se efectúa periódicamente, siempre que esté justificado. Durante 1988 se desarrolló en la isla de la Unión un proyecto para evaluar la potencialidad de *Taxorhynchites moctezuma* como agente de biocontrol. La adhesión de un grupo de voluntarios del Cuerpo de Paz ha significado un refuerzo de los métodos integrados del programa de control. El último índice domiciliario de infestación de *Aedes aegypti* (1988) fue de 11,9%.

SANTA LUCIA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Santa Lucía es una monarquía constitucional con un sistema de gobierno que se basa en la democracia parlamentaria. El Gobierno del Reino Unido está representado en Santa Lucía por un Gobernador General. El Primer Ministro es el jefe del Gobierno, y designa al Gabinete, que desempeña funciones ejecutivas y es responsable de su gestión ante el Parlamento y, por su conducto, ante el pueblo. Las elecciones generales se celebran a intervalos que no exceden de cinco años.

La economía de Santa Lucía está en expansión. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de \$US1.050 en 1983 a \$US1.404 en 1987. La economía se basa en la agricultura y el banano es el principal cultivo de exportación; también hay turismo e industria liviana. De 1984 a 1987 las exportaciones fueron superiores a las importaciones y arrojaron una balanza comercial positiva.

En 1986 la deuda externa ascendía a \$US48,2 millones y el coeficiente del servicio de la deuda era de 23%. El Gobierno ha adoptado políticas de ajuste estructural para reducir la proporción del PIB que utiliza el gasto público (29% en 1987). En 1986 la tasa de inflación fue de 2% aproximadamente. El tipo de cambio de la moneda nacional en relación con el dólar estadounidense es de 2,7 y se mantiene bastante estable.

El desempleo es alto y gira en torno del 25% de la fuerza de trabajo. La tasa de alfabetismo es del 80%.

Características demográficas

La población creció de 136.950 habitantes en 1985 a 142.000 en 1987. La estructura de la población muestra predominio de los jóvenes: en 1987, 44,4% tenía menos de 15 años y solo 5,6% tenía 65 y más años. Alrededor de 38% de la población es urbana. Aunque la tasa de natalidad es elevada, ha ido en disminución: de 31 por 1.000 habitantes en 1985 a 27 en 1987. Las tasas de fecundidad han sido constantemente altas: 152 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1985, 144 en 1986 y 135 en 1987.

Del total de nacidos vivos 25% en 1986 y 23% en

1987 correspondió a mujeres menores de 20 años. Se ha observado cierta disminución del número de alumbramientos de madres de 13 a 19 años: más de 1.000 por año de 1981 a 1985, 970 en 1986 y 879 en 1987.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Mortalidad general

La tasa bruta de mortalidad fue de 6,4 por 1.000 en 1985. Fue mayor en los hombres (7,0 por 1.000) que en las mujeres (5,7 por 1.000).

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud de los niños de 0 a 14 años

La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos fue de 23,0 (99 muertes) en 1985, 19,7 (79 muertes) en 1986 y 19,8 (76 muertes) en 1987. Durante este período, la tasa de mortalidad neonatal osciló entre 13 y 16 por 1.000 nacidos vivos; la tasa de nacidos muertos fluctuó entre 8,8 y 12, y la tasa de mortalidad para el grupo de 1 a 4 años fue de alrededor del 1,1 por 1.000 (18 muertes en 1985 y 19 en cada uno de los dos años siguientes).

Las causas principales de mortalidad infantil fueron la prematuridad, las enfermedades respiratorias, las anomalías congénitas y las infecciones gastrointestinales; los accidentes constituyeron una causa importante de defunción entre los niños de más edad.

La cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año resultó excelente: 100% para la DPT y la poliomielitis y el 96% para el sarampión en 1986. La terapia de rehidratación oral se utiliza regularmente y han declinado tanto las muertes como las admisiones en hospitales por enfermedad diarreica.

Salud de los adolescentes y adultos (15-64 años)

Las enfermedades cardíacas, los tumores malignos y las lesiones cerebrovasculares han sido, en orden des-

cidente, las tres causas principales de defunción desde el principio del decenio. La categoría "Accidentes y efectos adversos" ha registrado un firme crecimiento como causa principal de defunción, fundamentalmente por la creciente cantidad de muertos por accidentes con vehículos de motor. Estos accidentes constituyen ahora la causa principal de defunción en el grupo de 25 a 34 años y se estimó que en 1985 equivalieron a 960 años de vida potencial perdida (AVPP). La hipertensión y la diabetes son dos de las enfermedades no transmisibles más comunes y es muy probable que constituyan factores que contribuyen a la mortalidad mucho más de lo que indica la importancia que normalmente se les asigna. En los últimos años se capacita al personal de salud pública y se desarrollan otras actividades con el propósito de controlar mejor estos problemas de salud.

Se produjeron dos fallecimientos maternos de 1985 a 1987. En todos los centros de salud se dispone de servicios de planificación de la familia que cuentan con el respaldo de actividades educativas para la vida familiar llevadas a cabo en la comunidad por un equipo de docentes especializados dependientes de la Oficina de Educación en Salud y Nutrición.

Cada día se hace más hincapié en la salud del adolescente, empleando particularmente la estrategia de asesoramiento por grupos.

La atención de la salud mental se ha expandido; además de los consultorios hospitalarios para pacientes ambulatorios, hay clínicas psiquiátricas comunitarias en toda la isla. Las causas principales de admisión en un hospital psiquiátrico son el abuso de alcohol y otras drogas y la esquizofrenia.

Se desarrolla un programa estructurado para discapacitados que utiliza un enfoque colectivo. Se considera que más del 90% de los discapacitados están protegidos por este programa.

Salud de los ancianos (65 y más años)

Los ancianos constituyen aproximadamente el 6,5% de la población total. Hay poca información documentada sobre las condiciones de salud de los ancianos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud, Vivienda, Trabajo, Información y Radiodifusión (Ministerio de Salud) tiene a su cargo la provisión de los servicios de salud pública en el país. El Ministro de Salud, con el asesoramiento del Secretario Permanente de Salud y altos funcionarios técnicos, adopta las decisiones sobre la política a seguir en

materia de servicios de salud. El sistema de salud de Santa Lucía ha evolucionado durante varios años utilizando el concepto de los cuatro niveles de atención en que se basa el proyecto del Ministerio de Salud conocido como "Plan de Política de Salud y Desarrollo de la Salud para 1986-1991".

Los funcionarios encargados de la salud ambiental, las enfermeras de salud comunitaria, las enfermeras diplomadas de familias y sus auxiliares proporcionan atención primaria en la comunidad. Las enfermeras de salud comunitaria, las enfermeras diplomadas de familias y sus colaboradores brindan atención secundaria en los centros de salud. Los hospitales de distrito suministran atención terciaria. Los Hospitales Victoria y St. Jude y los institutos especializados como el Hospital Psiquiátrico Golden Hope proporcionan atención cuaternaria.

Las actividades de promoción de la salud persiguen el propósito de fomentar conductas y condiciones ambientales capaces de generar una contribución positiva para la salud. La Oficina de Educación en Salud lleva a cabo la mayor parte de esta labor. Las actividades de prevención están dirigidas no tan solo contra las enfermedades transmisibles sino también contra otras afecciones evitables e incluyen, además de las inmunizaciones, intervenciones como la suplementación y la fluoruración.

Los servicios de atención primaria se prestan en toda la isla a través de una red de 33 centros de salud, ubicados estratégicamente para que nadie quede a más de cinco o seis kilómetros de alguno de ellos. Hay también dos hospitales de distrito, uno en Soufriere y otro en Dennery, que proporcionan atención primaria de salud. Muchos de los centros de salud también han sido diseñados para funcionar como unidades de obstetricia en partos normales.

Para prestar servicios de atención secundaria de salud hay en la isla cinco hospitales dotados en total con 539 camas, de las cuales 114 son de propiedad privada (St. Jude). El Hospital Victoria es una institución con 211 camas que ofrece fundamentalmente servicios internos de nivel secundario y dispone de un departamento externo para víctimas de accidentes. El Hospital Golden Hope, un ex cuartel, es un instituto psiquiátrico de 162 camas que funciona en Castries. El Hospital Soufriere tiene 32 camas de agudos, entre las que se incluyen las 10 de la sala de maternidad recientemente construida. El Hospital Dennery tiene 20 camas. En conjunto, la ocupación varía de 20% en los hospitales pequeños a 80% en los grandes.

En la actualidad, se preparan en Santa Lucía estudios técnicos y administrativos para construir un nuevo hospital nacional.

El Ministerio de Salud dispone de tres laboratorios: uno de salud pública instalado en el centro de salud de Castries y dos de diagnóstico ubicados en cada uno de los hospitales generales. El Ministerio de Agricultura tam-

bién cuenta con un laboratorio de salud pública veterinaria.

Un funcionario encargado de los suministros médicos es el responsable de la provisión y el almacenamiento de los fármacos de todos los dispensarios y farmacias dependientes del gobierno.

En lo que atañe a los recursos humanos, en 1988 Santa Lucía tenía 68 médicos (4,7 por 10.000 habitantes), 196 enfermeras matriculadas (13,5), 91 enfermeras prácticas (6,3), 17 auxiliares de enfermería (1,2) y 9 dentistas (0,6). También había 5 veterinarios, 26 farmacéuticos, 28 inspectores de salud, un nutricionista y un asistente social. El número de trabajadores de salud se ha mantenido bastante estable en los cuatro últimos años, a excepción de los médicos, cuyo número aumentó de 40 en 1985 a 49 en 1987 y 68 en 1988.

La mayor parte de los recursos humanos disponibles trabaja en el sector público, y 26 médicos ejercen también su profesión en forma privada. Aproximadamente el 80% de los médicos y dentistas son hombres y todas las enfermeras son mujeres. Muchas de las enfermeras diplomadas, casi la mitad de los dentistas y una tercera parte de los médicos están en zonas urbanas. Casi todas las auxiliares de enfermería se encuentran en zonas rurales.

Hay una sola escuela para la formación de enfermeras: en ella se capacitaron 30 diplomadas y 25 prácticas en los cuatro últimos años.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El abastecimiento de agua potable no es suficiente para la demanda nacional; además, el agua se está contaminando por el uso de agroquímicos sin que se haya esta-

blecido una gestión apropiada de la cuenca. Los principales problemas relacionados con los desechos sólidos son la creciente generación de desperdicios, la excesiva cantidad de basura en las ciudades, el vaciamiento en el campo y la eliminación antihigiénica en una zona costera, apenas un poco al norte de Castries. Aunque esta ciudad, que es la capital, dispone de alcantarillado, sus aguas servidas se descargan sin purificar y cerca de la orilla en las aguas costeras, que también reciben las aguas servidas solo parcialmente tratadas provenientes de los hoteles de la costa. La situación de otras comunidades es similar tanto en el norte como en el sur.

Entre los problemas estructurales subyacentes se encuentran la fragmentación de la responsabilidad, la falta de consideración de las instituciones, el bajo nivel de conciencia ambiental, la inadecuada utilización de la tierra y los escasos controles del desarrollo. No obstante, cada vez se asigna más valor al papel que desempeñan las leyes en la administración del medio ambiente y se despliegan esfuerzos por mejorar y utilizar en todo su gran alcance la legislación pertinente.

Un programa verticalmente estructurado de control de vectores proporciona en forma regular cobertura de inspección y tratamiento focal y perifocal en la capital, Castries. En 1986 se llevó a cabo en dos poblaciones rurales un proyecto de integración comunitaria, que se amplió para dar cabida a otras dos comunidades en 1988. El último índice de infestación del *Aedes* disponible en Castries (1987) fue del 2,3%.

En Santa Lucía se encuentra el Instituto de Salud Ambiental del Caribe y se desarrollan el Programa de Administración del Área Natural del Caribe Oriental y el Programa de Administración de Recursos Naturales de la Organización de los Estados del Caribe Oriental.

SURINAME

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Suriname se independizó del Reino de los Países Bajos el 25 de noviembre de 1975. Las primeras elecciones se celebraron en octubre de 1977, y el gobierno electo permaneció en el poder hasta que un golpe militar lo derrocó el 25 de febrero de 1980. Suriname retornó a la democracia con la realización de elecciones libres en noviembre de 1987, y el nuevo gobierno quedó instaurado en enero de 1988.

El país tiene una Asamblea Nacional compuesta por 51 delegados elegidos en 10 distritos electorales. La Asamblea Nacional elige al Presidente y Vicepresidente; este último cumple también las funciones de Primer Ministro. El Presidente elige su Gabinete entre los miembros de la Asamblea Nacional u otros ciudadanos. Existen nueve partidos políticos.

En el momento de la independencia, los Países Bajos otorgaron por el término de 10 años una ayuda global para el desarrollo que ascendía a 200 millones de florines anuales. Sin embargo, en marzo de 1989, los casi \$US1.000 millones mantenidos en reserva todavía no habían sido liberados, aunque cada sector tiene un plan de desarrollo y el Gobierno dispone de un plan de desarrollo quinquenal. Teniendo en cuenta que la población del país es pequeña, la escasez de divisas plantea un problema crucial y la liberación o retención de dicha ayuda constituirán una cuestión clave.

En los últimos años la economía del país ha sufrido una acelerada declinación como consecuencia de muchos factores, pero especialmente por la intranquilidad política del interior y una falta crónica de divisas. La producción global bajó 7% en 1987, y la minería fue el sector más afectado. Junto con el descenso de la producción, el desempleo creció desmesuradamente y afecta ahora casi al 34% de la fuerza de trabajo total. Suriname depende mucho de las importaciones y, por lo tanto, las magras divisas disponibles originaron la escasez de una amplia gama de bienes. Esta escasez, unida a los excesivos niveles de liquidez financiera, hizo que los precios al consumidor subiesen cada vez más.

La producción del sector minero (que representa casi 75% del total de ingresos de exportación) bajó enor-

memente: 45% en los últimos años; sin embargo, el alza del precio del aluminio contribuyó a compensar la grave declinación de la producción. El desempleo golpeó al sector minero con aumentos de 12 y 20% en 1986 y 1987, respectivamente. La producción agrícola y manufacturera también ha bajado en los últimos años.

Estos y otros factores trajeron aparejado un déficit fiscal abultado y creciente, que en 1987 superó el 28% del producto interno bruto (PIB). La misma situación se registró en 1986. Durante los últimos años han seguido aumentando los gastos, que llegaron al 57% del PIB estimado en 1987; al mismo tiempo, las inversiones destinadas al desarrollo declinaron abruptamente a menos del 1% del PIB. La deuda a largo plazo se estabilizó un tanto por las dificultades en obtener créditos del exterior. Sin embargo, ante la falta de financiación externa, el Gobierno se vio obligado a cubrir su déficit recurriendo al Banco Central, con lo que aumentó sustancialmente la presión inflacionaria.

El Gobierno sigue siendo el principal empleador, pues ocupa a más del 40% de la mano de obra; la agricultura da trabajo al 16,7%, el sector manufacturero al 10,6%, la minería al 4% y la construcción al 2,9%.

En 1989, el PIB total fue de f.Sur. 1.780 millones. (El tipo de cambio oficial es de \$US1 = f.Sur. 1,77.) El PIB per cápita correspondiente a 1987 fue de f.Sur. 4.880.

La tasa nacional global de alfabetismo es de 80,2%; el analfabetismo es considerablemente más elevado en el interior.

El interior del país, definido como territorio meridional situado a 5° de latitud Norte, cubre 130.000 km², o sea 80% del total de la superficie terrestre del país. La población del interior, formada por amerindios y bosquimanos que constituyen el 10% de la población total, vive en aldeas diseminadas en la jungla, a menudo a orillas de los ríos principales. Solo se puede llegar a estas aldeas por aire y desde la capital, Paramaribo.

Características demográficas

De conformidad con el censo de 1980, el país tenía una población de 355.240 habitantes, de los cuales más de 50% tenía menos de 20 años; había aproximadamente la misma proporción de hombres que de mujeres. A partir de entonces, la emigración en gran escala ha hecho que

haya una desproporcionada cantidad de mujeres en los diferentes grupos de edad. En 1980, la distribución por raza era la siguiente: criollos, 39,1%; indios, 37,8%; indonesios, 18,4%; chinos, 1,7%; amerindios, 1,5%; europeos, 0,5%, y otros, 0,9%; estos porcentajes siguen teniendo vigencia. A pesar del reducido tamaño de la población del país, en Suriname se hablan por lo menos seis idiomas diferentes. La mayoría de las personas (65%) vive en medios urbanos.

De 1984 a 1987, la tasa bruta de natalidad descendió de 30,4 a 24,6 por 1.000, la tasa bruta de mortalidad declinó de 7,5 a 6,3 por 1.000 habitantes, y la tasa anual de crecimiento demográfico bajó de 2,3 a 0,6%. En la actualidad se estima que la tasa de fecundidad en Suriname es de 128,4 por 1.000 mujeres en edad de procrear.

Las reformas introducidas en los visados han desalentado la emigración al Reino de los Países Bajos y también ha disminuido la migración del interior a la ciudad.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

La tasa bruta de mortalidad fue aproximadamente de 7 por 1.000 habitantes al año en el período 1981–1986. La esperanza de vida al nacer fue de 67,3 años en 1979, 64,5 en 1980 y 66,8 en 1981.

La cobertura y calidad de los certificados médicos de las causas de defunción han variado con el tiempo y según la edad y el grupo étnico o el lugar y la causa de la muerte. A partir de 1986–1987 aumentó la ausencia de las certificaciones de defunción en los hospitales: en un gran hospital, solo la mitad de las defunciones registradas en 1986 fueron correctamente certificadas. Las certificaciones médicas de defunciones disminuyeron año tras año de 1982 a 1986: en esos años fueron de 97, 89, 84, 81 y, por último, 76%. En las sabanas y bosques de lluvias tropicales con escasa población que se extienden en el interior del país, 57% de las defunciones certificadas en 1984 se atribuyeron a síntomas y afecciones mal definidas; en la franja costera, que está más poblada, 13% correspondió a esta categoría. En 1982, 1983 y 1984 se registró un total combinado de 7.354 defunciones certificadas, entre las que el porcentaje global de muertes por causas mal definidas fue de 14,6%.

De las 6.282 defunciones por causas definidas, 30% se atribuyó a enfermedades cardíacas, lesiones cerebrovasculares y diabetes mellitus; 12% fue producto de accidentes y suicidios. Es motivo de especial preocupación el

hecho de que en el período 1982–1984 se hayan identificado afecciones originadas en el período perinatal en casi 14% de todas las defunciones por causas definidas. Esta cifra podría ser todavía mayor, puesto que muchas de las defunciones neonatales tempranas se registran como defunciones fetales. Las estimaciones de las tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, corregidas según el subregistro de defunciones, son: 27,4 en 1982, 28,3 en 1983, 32,5 en 1984, 29,4 en 1985 y 35,0 en 1986.

Las 10 causas principales de defunción en el país no han experimentado muchos cambios en los últimos años. Como consecuencia del menor porcentaje de defunciones certificadas por médicos durante 1986, casi todas las tasas de mortalidad por causas específicas declinaron ese año respecto a 1985. Sin embargo, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus aumentó, posiblemente como resultado de la escasez de insulina y otras medicinas en 1986.

En los últimos años, uno de los cambios más visibles en las pautas de mortalidad ha sido una epidemia de intoxicaciones suicidas por paraquat. Los métodos utilizados para suicidarse se han modificado desde 1980; antes de 1980, los más comúnmente empleados eran el ahorcamiento y la ingestión de ácido acético (vinagre concentrado).

En marzo de 1980, el Gobierno prohibió las ventas de ácido acético concentrado fuera del mercado oficial y esa medida produjo una espectacular declinación de las defunciones por suicidio debido a la ingestión de dicha sustancia. Sin embargo, a comienzos de 1980 aumentó notoriamente el número de muertes por suicidio provocado por la ingestión de venenos empleados en la agricultura; de todas maneras, luego del pico alcanzado en 1984 se registró una pronunciada declinación en 1985–1986, presumiblemente como consecuencia de la escasez de ese tipo de venenos desde el principio de ese período.

En 1976–1980, 20% de las defunciones por suicidio se produjeron por la ingestión de venenos usados en la agricultura; en 1981–1984, ese porcentaje aumentó a 69%. Si el número de defunciones por suicidio subió precipitadamente entre 1980 y 1985, también en este período creció con firmeza la proporción de suicidios en los hombres, en comparación con las mujeres. La mayoría de los suicidios con venenos de uso agrícola se registró entre hombres jóvenes malayos.

Existen 17 centros de atención primaria de salud ubicados en distintas partes de Suriname, que hacen las veces de puestos centinelas para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles; sus informes se basan en diagnósticos clínicos. Una vez por semana se llama por teléfono a 10 especialistas en distintas ramas de la medicina y a cinco médicos particulares para preguntarles cuál es el número de pacientes que han atendido o que han sido admitidos en hospitales con infecciones, afecciones

ciones y síndromes graves. Se llevan a cabo investigaciones de casos a partir de una muestra de casos notificados.

El departamento de medicina para casos de emergencia del Hospital Académico notifica semanalmente el número de intoxicaciones. Los servicios especializados notifican casos de tuberculosis, lepra, malaria y esquistosomiasis.

Los centros de atención primaria de salud informan sobre las modalidades de la morbilidad, que difieren según la zona geográfica y su ubicación, como consecuencia no solo de diferencias de las características socioeconómicas y étnicas de la población, de los procedimientos de diagnóstico y de los esquemas de clasificación médica, sino también de circunstancias tales como la disponibilidad o accesibilidad de otros servicios de atención de salud e instalaciones sanitarias. Sin embargo, en tres centros de atención primaria de salud, las razones más frecuentes para que se estableciera contacto entre médico y paciente fueron las enfermedades del tracto respiratorio, seguidas por las enfermedades dermatológicas. Las afecciones gastrointestinales figuraron en tercer orden en dos de los centros y en cuarto lugar en el restante.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

En 1980, aproximadamente 13% de los nacidos vivos en el 's Lands Hospital de Paramaribo (donde nacen más de 40% de los niños de Suriname) tuvieron un peso al nacer menor de 2.500 gramos. El peso medio al nacer era de 3.061 gramos, aunque fue más bajo en el interior. Ha quedado demostrado que la paridad y el grupo étnico de la madre tienen incidencia en el bajo peso al nacer: la mayor proporción de bajo peso al nacer se registra entre

los niños de mujeres indias e indonesias de paridad cero (Cuadro 1). La prevalencia de bajo peso al nacer entre los niños de origen indio es de 25%. En los últimos años (1985-1987), los niveles de bajo peso al nacer han fluctuado entre 11 y 13%. Desde diciembre de 1986 hasta enero de 1987, en un estudio piloto de perinatología se examinaron 112 nacimientos registrados en el Hospital Académico y se verificó que el peso medio al nacer era de 2.880 gramos. La elevada proporción de mujeres indias (39%) y primigrávidas de esta muestra podría explicar la razón de esta cifra relativamente baja.

Los estudios antropométricos muestran el siguiente panorama: tasas de prevalencia leve a moderada de malnutrición en el conjunto de la población; mayor riesgo después del primer año de vida; mayor prevalencia de malnutrición en niños indios e indonesios y en el interior.

En Suriname la mayoría (80%) de los partos se realizan en los hospitales de Paramaribo. En 1981-1986, la mitad de los casos de mortalidad infantil (menores de 1 año) se atribuyeron a problemas perinatales. Aunque en los últimos años la tasa nacional de mortalidad perinatal ha sido de unos 30 por 1.000 nacidos vivos (porcentaje corregido por subcertificación), las tasas varían según el lugar de nacimiento.

En 1985, 141 niños murieron durante la primera semana de vida. De este total, 84% murieron por trastornos que se originaron en el período perinatal. La mayoría (45%) de estas defunciones se relacionaron con la prematuridad: otras causas fueron las complicaciones obstétricas, traumatismo del nacimiento e hipoxia y asfixia.

Las razones más frecuentes de hospitalización durante el primer mes de vida fueron las afecciones originadas en el período perinatal (64,3%). Estas afecciones son más comunes en los niños indios e indonesios que entre los criollos y los bosquimanos. La razón más frecuente de hospitalización de niños de 1 a 11 meses fue la gastroenteritis (29,4%). Esto concuerda con los datos relativos a

Grupo étnico	Paridad							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Todos los grupos	39,5	19,8	12,9	8,4	5,7	4,2	9,5	100,0
Criollos	29,1	20,9	19,8	10,5	7,0	1,2	10,5	100,0
Indios	44,6	20,8	7,7	7,7	6,2	4,6	8,5	100,0
Bosquimanos	26,7	6,7	20,0	6,7	6,7	6,7	26,7	100,0
Indonesios	54,5	22,7	9,1	4,5	—	9,1	—	100,0
Otros	50,0	10,0	20,0	10,0	—	—	10,0	100,0

Fuente: Centro de Salud de la Familia, Ministerio de Salud.

la mortalidad en todo el país, que indican que la gastroenteritis es la principal causa de defunción en los niños menores de 1 año. Las lesiones accidentales (22,2%) son la causa principal en los niños de 1 a 4 años.

En el período 1982–1986, en el grupo de edad de 0 a 11 meses la tasa de mortalidad por diarrea fluctuó entre 2,0 y 4,1 por 1.000 nacidos vivos, y en los de 1 a 4 años, entre 19,2 y 35,7 por 100.000 niños. Los informes de los puestos centinelas han permitido establecer que hay una tendencia estacional en los casos de gastroenteritis en los niños de 0 a 4 años: la mayoría se produce en junio, julio y agosto, aunque se presenta un segundo pico en diciembre, enero y febrero. Si bien se observaron considerables diferencias en las tasas de incidencia en las distintas zonas del país, estas tasas no se pueden interpretar con claridad porque es difícil establecer qué población interesa estudiar en cada puesto centinela. En 1987, un total de 598 niños (52,8% menores de 1 año) fueron internados con diarrea en los cuatro hospitales más importantes de Paramaribo durante dos semanas en promedio.

Durante el año lectivo 1985–1986 fueron pesados y medidos 5.443 niños de primero y sexto grado (de 6 a 8 y de 12 a 14 años) en 32 escuelas; 16% estaban por debajo del décimo percentil (normas del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América) y 7% no llegaban al tercer percentil por su peso en relación con la altura. En el período 1987–1989, fueron medidos 3.690 niños de 34 escuelas y se obtuvieron los mismos resultados. Lamentablemente, no se conoce la distribución de la edad ni de los índices de los niños, y las escuelas no son representativas para llevar a cabo otros estudios.

Entre 26 y 29% de los niños que cursaban la escuela primaria en Paramaribo en el período 1985–1987 fueron enviados a un médico general o al servicio de dermatología después de haber sido examinados por el servicio de salud escolar. El examen médico de los niños escolares muestra una elevada prevalencia de enfermedades de la piel y caries dentales. Los niños también fueron enviados al servicio de psicología médica para evaluar su capacidad de aprendizaje y sus problemas de conducta; 32,7% de ellos fueron enviados por el servicio a escuelas para retardados mentales.

Ha aparecido un patrón de comportamiento en la escuela para sordos de Suriname: durante los tres últimos decenios se observó que cada siete años se producían “epidemias” de sordera y que los niños nacidos en esa época se apiñaban para ingresar en el establecimiento. Este fenómeno pudo ser el resultado de epidemias de rubéola.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se inició en el país en 1976 con la vacunación de los niños menores de 1 año contra la difteria, la tos ferina, el tétanos

y la poliomielitis. Después de un brote de sarampión en 1980, la vacunación antisarampionosa se incluyó en el programa de inmunización de rutina. La vacuna contra la rubéola se aplica a las niñas de primer año de la escuela primaria.

A partir de 1986 se produjo una declinación de la cobertura, fundamentalmente porque la guerra librada en el interior ha aislado a gran parte de la población objetivo, privándola de esos servicios. Los niños que se encuentran en los campos de refugiados de la Guayana Francesa son vacunados con la ayuda de las autoridades médicas francesas, pero no se dispone de datos al respecto.

La tasa de abandono de la vacunación DPT ha ido declinando desde 1981. Son cada vez más los niños que tras comenzar su programa lo completan antes de cumplir su primer año, lo que demuestra que no se han detenido las actividades relativas a la inmunización.

Suriname se ha sumado a los esfuerzos que se despliegan por erradicar el poliovirus salvaje de las Américas en 1990, y desde 1987 se ha intensificado la vigilancia de la poliomielitis. El último caso de poliomielitis confirmado por laboratorio, un caso del tipo III relacionado con la vacuna, se registró en Suriname en 1982. En 1987 se hizo el seguimiento de 12 casos: 11 se descartaron por no ser poliomielitis y el restante no pudo tener un diagnóstico concluyente. En 1988 se observaron 16 casos sospechosos de poliomielitis, de los cuales seis se consideraron casos probables. De estos últimos, cuatro se descartaron, uno continúa sin tener un diagnóstico concluyente y el otro se ajusta a la definición de caso de la OMS por presentar parálisis residual de las extremidades inferiores (aunque las pruebas de laboratorio hayan sido negativas).

El número de hospitalizaciones por tétanos descendió de ocho casos (incluidos dos de tétanos neonatal) en 1984 a tres casos (incluido uno de tétanos neonatal) en 1988.

Los puestos centinelas notificaron cinco casos sospechosos de sarampión clínico en 1987 y 58 en 1988. Entre junio de 1988 y enero de 1989, esos puestos centinelas también notificaron un aumento de los casos de parotiditis, así como de los casos de meningitis y encefalitis admitidos en los hospitales.

Salud de los adolescentes, adultos y ancianos

En los hombres de 15 a 44 años, cerca de 50% de la mortalidad certificada obedece a causas externas tales como accidentes, suicidios y homicidios. El número de defunciones por homicidios, intervención legal, actos de guerra y hechos de violencia no especificados ha aumentado año tras año desde 1980.

En los últimos años se produjo una firme disminución del número de casos de enfermedades de transmisión sexual en los dos centros especializados en ellas que fun-

cionan en el país. Entre las posibles explicaciones de este fenómeno se encuentran la merma de la incidencia de la gonorrea gracias a la campaña de educación sobre el SIDA; el mayor número de pacientes de gonorrea que se tratan en instituciones de atención primaria de salud tanto particulares como públicas a raíz de la normalización de los suministros de medicamentos, y la renuencia a concurrir a los centros especializados en enfermedades de transmisión sexual por miedo a las pruebas con que se detecta la infección por el VIH.

Hasta el 1 de julio de 1988 se habían producido 11 casos confirmados de SIDA. Seis afectaron a naturales de Suriname y cinco a extranjeros; todos fueron mortales. La edad promedio fue de 38 años y la razón hombre/mujer, de 2,7:1. En más de 600 muestras de sueros provenientes de un estudio de la población que se examinaron en el laboratorio del Centro de Epidemiología del Caribe, 3% resultaron positivos respecto a anticuerpos contra el VTLH-1 (3,8% de mujeres y 2,2% de hombres).

También se notificaron 16 casos del complejo relacionado con SIDA (CRS): 14 son extranjeros y dos naturales de Suriname; la edad promedio es 34,6 años y la razón hombre/mujer, 2,2:1. Seis han muerto y cuatro están en tratamiento médico. (No se dispone de datos actualizados exactos, porque algunas de estas personas han salido de Suriname.) Hasta la fecha se han identificado 10 casos de infección asintomática por el VIH: seis fueron detectados por medio de exámenes, tres tuvieron contactos sexuales con personas infectadas por el VIH y uno fue identificado tras haber estado hospitalizado con infecciones inespecíficas. Nueve son naturales de Suriname y la edad, que en promedio es de 34,6 años, varía de 21 a 51 años.

De los 27 casos de SIDA y CRS notificados hasta el 1 de julio de 1988, 12 (44%) fueron consecuencia de transmisión heterosexual, dos, de transmisión homosexual y uno, de uso indebido de drogas por inyección intravenosa; se desconoce la vía de transmisión en los otros 12 casos. Es probable que haya subregistro de la transmisión homosexual a causa del estigma social que pesa sobre los homosexuales en Suriname.

La tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos fue de 7,0 en 1984 y 6,0 en 1985; la tasa correspondiente a 1986 se estimó en 8,8 tras efectuarse una corrección por subcertificación de defunciones. De las mujeres que dieron a luz en los centros de atención primaria durante 1987, 31,8% tenían anemia y 57% no habían recibido ningún tipo de educación en nutrición. Se estima que los embarazos de adolescentes de 13 a 19 años representan de 18 a 20% de la totalidad de los embarazos en el país. En un estudio efectuado entre 42 embarazadas de 13 a 20 años, se llegó a la conclusión de que faltaba comunicación en el hogar en materia de educación sexual.

En 1980, 5,5% de la población tenía 65 o más años y 6,3%, 60 o más. No se dispone de datos más recientes. En 1987, en dos residencias para ancianos se produjeron epidemias de diarrea que terminaron en hospitalizaciones y defunciones. Debido a estos y otros efectos indeseables de la institucionalización, la política del Gobierno es mejorar la atención de las personas de edad avanzada en la comunidad.

Un censo realizado en 1987 entre los ancianos (60 y más años) de cierta comunidad, mostró los siguientes porcentajes de censados que requerían atención médica o tenían determinados trastornos: enfermedades crónicas, 45%; discapacidades físicas, 37%; problemas de visión, 20%; dificultades para caminar, 15%, y problemas auditivos, 5%.

Problemas que afectaron a la población general

La guerra sostenida en el interior comenzó en febrero de 1986 y ha afectado gravemente a la misión médica ("Medische Zending") y a la población. Muchos servicios de salud fueron cerrados o quedaron destruidos en 1986 y 1987, y las comunicaciones radiales y el transporte de suministros, pacientes y personal por tierra, ríos y aire se volvió imposible. Se paralizaron las actividades económicas en las zonas más duramente castigadas. Los que no huyeron a Paramaribo y la Guayana Francesa fueron evacuados: aproximadamente 12.000 personas se refugiaron en Paramaribo y unas 13.000 fueron a la Guayana Francesa, donde en septiembre de 1988, 8.480 vivían en campamentos.

La mayoría de los refugiados en Paramaribo se integraron en la comunidad y tan solo unas 350 personas fueron alojadas en siete centros especiales. La afluencia de gente a Paramaribo no ha traído aparejadas hasta ahora importantes epidemias urbanas de enfermedades que tradicionalmente presentan altas tasas de prevalencia o incidencia en el interior, como la malaria, la fiebre tifoidea, la hepatitis vírica, la tuberculosis, la lepra y la leishmaniasis. Por fortuna, no existen en la zona costera vectores eficientes de la malaria ni de la leishmaniasis.

Entre los principales efectos que ha tenido la guerra en la morbilidad y mortalidad, se encuentran el aumento descontrolado de la transmisión de la malaria en el interior, un incremento de la violencia como causa principal de defunciones y lesiones y una elevación de los niveles de malnutrición. Lamentablemente, no se dispone de datos precisos sobre morbilidad y mortalidad en el interior desde 1986. Durante años la misión médica ha estado recopilando datos demográficos y epidemiológicos que revelan tasas relativamente altas de mortalidad, altas tasas de natalidad, una elevada morbilidad (en relación

con la malaria, la fiebre tifoidea, la hepatitis vírica, la tuberculosis, la lepra y la leishmaniasis), y altas tasas tanto de analfabetismo como de malnutrición.

Enfermedades transmitidas por vectores. No se han notificado casos de dengue en 1985. En 1986, una epidemia de dengue tipo 2 provocó más de 300 denuncias de casos sospechosos. Se verificó que, de un total de 146 muestras de suero, 52 eran positivas al dengue tipo 2 y 26 correspondían a casos de influenza tipo A. Se notificaron dos casos de dengue con síndrome de choque. Desde 1986, el dengue tipo 2 es endémico en Suriname; antes de 1986 se habían aislado los tipos 1 y 4. En 1988 hubo ocho casos de dengue confirmados; siete resultaron positivos conforme a la prueba de inhibición de la hemaglutinación y en un caso se aisló el dengue tipo 1. Esta última comprobación sugiere la posibilidad de que el dengue tipos 1 y 2 hayan estado circulando en 1988.

El último caso de fiebre amarilla urbana se registró en enero de 1909. Con posterioridad se han notificado cuatro casos de fiebre amarilla selvática: uno en 1968, otro en 1969, un tercero en 1972 y finalmente un caso sospechoso que nunca se confirmó, en 1984.

El programa de erradicación de la malaria está en ejecución desde diciembre de 1957. En 1972 se detectó por primera vez *P. falciparum* resistente a la cloroquina durante una epidemia que se propagó entre los amerindios cerca de la frontera con el Brasil. En 1980, el número total de casos (4.445) fue el mayor que se registró desde el comienzo de la campaña de erradicación.

La malaria es endémica principalmente en las zonas más alejadas del interior del país, en tanto que la zona costera, incluida la ciudad de Paramaribo, está exenta de la enfermedad. La transmisión se produce durante todo el año. La mayoría de los casos (80%) son causados por *P. falciparum*, seguido por *P. vivax* (15%). La creciente resistencia de *P. falciparum* a la cloroquina y al Fansidar (asociación de sulfadoxina y pirimetamina) y las actividades de la guerrilla en el interior, que han limitado mucho el acceso al área, produjeron un deterioro en el control de la malaria en 1987 y 1988. El Ministerio de Salud aprobó un Programa Intensivo contra la Malaria para toda la nación, que se puso en marcha en 1988 y continuaba ejecutándose en 1989.

La transmisión de la esquistosomiasis se limita a ciertas áreas de la zona costera, principalmente al distrito de Saramacca. En el período 1973-1974, al comienzo de la campaña contra la esquistosomiasis, la prevalencia de esta enfermedad fue 44,2% en la región de Tjigcrreek y 26,2% en el área de Calcutta. En cinco años el programa de control logró reducir las tasas de prevalencia a 8% aproximadamente; en la actualidad, la tasa de prevalencia gira alrededor de 3%.

Se considera que la filariasis de Bancroft tiene importancia para la salud pública; sin embargo, existen pruebas de que esta enfermedad está desapareciendo de Suriname desde que se notificó el último caso autóctono en 1980. La tasa, que fue de 17,4% en 1950, 9,0% en 1960 y 2,1% en 1970, cayó por debajo del 1% en 1980. En la ciudad, un sistema cerrado de alcantarillado ha reducido la cantidad de mosquitos vectores. Se ha planteado la cuestión de que los casos de filariasis importados de Guyana generen la transmisión en Suriname, pero por ahora no hay pruebas de que así ocurra.

La leishmaniasis se presenta en todo el país pero se contrae fundamentalmente en la malca. Prevalce la leishmaniasis cutánea, pero a veces se observa la forma cutaneomucosa; hasta ahora no se ha notificado leishmaniasis visceral en Suriname. En el período 1979-1984, la incidencia anual de leishmaniasis notificada fue de 6,6 por 10.000; la razón hombre/mujer es de 5 a 1.

Durante el período 1982-1984 se hospitalizaron y notificaron 78 casos sospechosos de leptospirosis, y 54 resultaron confirmados en el laboratorio. Durante el período 1985-1988, los casos sospechosos hospitalizados y notificados fueron 95, y los estudios de laboratorio confirmaron 50. En 1987, 14 de los 16 casos confirmados de leptospirosis (88%) fueron hombres.

Otras enfermedades transmisibles. En 1987, los especialistas médicos notificaron 101 casos de hepatitis. Después de la investigación pertinente, se determinó que 49 casos eran de hepatitis B y 16 de leptospirosis. En el período 1985-1988 se notificaron cuatro brotes de hepatitis A; uno se produjo en 1985 entre niños escolares.

La tasa de lepra detectada ha declinado de 5,8 por 10.000 en 1981 a 1,2 en 1987. Durante este período, entre 79 y 94% de los casos fueron de tipo paucibacilar. El número de casos de lepra de tipo multibacilar no ha disminuido tanto. En 1987, la distribución proporcional de casos de lepra por grupo étnico fue: criollos, 48,8; bosquimanos, 25,6%; indios, 14,0%; indonesios, 7,0%, y otros, 4,6%.

La incidencia de casos de tuberculosis detectados en 1987 fue de 19,0 por 100.000; las tasas no registraron cambios en el período 1983-1987.

Durante 1980-1984 fueron admitidos en cuatro hospitales de Paramaribo 167 pacientes con meningitis, encefalitis o ambas enfermedades; los diagnósticos fueron encefalitis en 75 casos; meningitis bacteriana en 37, y meningitis no bacteriana o inespecífica en 59.

Enfermedades no transmisibles. En 1986, en el departamento de emergencias del Hospital Académico fueron atendidos 562 pacientes con intoxicaciones; 105 quedaron hospitalizados y 30 (29%) murieron, en su mayoría (24) por intoxicación con paraquat. Gran parte de las intoxicaciones se produjeron en el grupo de edad de 0 a

4 años (30,4%) y en el de 15 a 29 años (37,0%). En el primer grupo, la mayoría de las intoxicaciones fueron causadas por productos químicos de uso doméstico (principalmente por lejía casera y soluciones para limpieza, petróleo, medicaciones y venenos para ratas). En el segundo grupo aparecieron con mucha frecuencia el ácido acético y el paraquat.

De los 105 casos hospitalizados por intoxicación en 1986, 54% fueron intentos de suicidio y 45% accidentales; dos casos fueron intentos de homicidio. En 1987 se estudiaron en la misma institución 525 casos no hospitalizados: 55% fueron accidentales, 43% intentos de suicidio, 1% (seis) intentos de homicidio y cuatro se debieron a causas desconocidas.

Según los informes policiales, los accidentes de tráfico mortales declinaron de 89 en 1985 a 57 en 1988. La policía informó asimismo sobre la disminución de los accidentes de tráfico detectados en Paramaribo: de 2.519 en 1985 a 1.836 en 1988. Se desconocen las razones de estas tendencias, y muchos de los accidentes de tráfico no son descubiertos por la policía porque las partes afectadas arreglan todo entre ellas. También puede ocurrir que haya menos vehículos en circulación como consecuencia de la falta de repuestos; el número de automóviles matriculados bajó de 80.441 en 1984 a 77.733 en 1988, y el de motocicletas con registro experimentó una disminución aún más espectacular: de 35.808 en 1984 a 28.346 en 1988.

Resultaron gravemente heridas 2% de las personas que sufrieron accidentes de tráfico: la mayoría (44%) fueron conductores de motocicletas, y les siguieron los peatones (31%). La mayoría de los pacientes hospitalizados por accidentes de tráfico fueron víctimas de los que ocurrieron entre motocicletas y otros tipos de automotores, y entre peatones y automotores.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sector salud del país se beneficia por la activa participación de muchas organizaciones y fundaciones. Además del Ministerio de Salud, muchas fundaciones semipúblicas, que dependen técnicamente del Ministerio de Salud y se financian con fondos públicos, participan en las actividades del sector; estas organizaciones gozan de mayor autonomía respecto a las reglamentaciones oficiales. Los hospitales privados también pueden obtener subsidios del Gobierno en determinadas circunstancias. Tres organismos del sector público participan en la financiación de las actividades del sector: la Fundación de Seguros de Salud del Estado (SZF), el Ministerio de Obras So-

ciales y el Ministerio de Hacienda. También desempeñan papeles destacados las escuelas de enfermería y medicina y las asociaciones profesionales.

Los servicios de salud se prestan por medio de hospitales, dispensarios y puestos sanitarios. El sector de salud pública brinda de 25 a 28% de toda la atención. En el sector público hay hospitales de propiedad estatal que son manejados por el Gobierno pero gozan de una semiautonomía caracterizada porque el Ministro de Salud ejerce la presidencia de sus juntas.

La atención de la salud en el interior está a cargo de la misión médica ("Medische Zending"), una organización privada que adopta múltiples denominaciones. Todos los servicios son gratuitos, tanto los que se prestan al nivel de atención primaria como los médicos de tipo especializado. El Hospital Diakonessen de Paramaribo coordina y supervisa todas las actividades de la misión médica y cumple las funciones de hospital de consulta y de centro de capacitación.

El Servicio Regional de Salud (RGD) suministra los servicios básicos de atención primaria en toda la planicie costera por intermedio del Departamento de Salud Pública. La misión médica proporciona atención primaria de salud en el interior. El RGD brinda servicios periféricos por medio de sus centros de salud, consultorios básicos y dispensarios. Los consultorios de salud son las principales unidades administrativas y funcionan las 24 horas del día. Los consultorios básicos (o puestos de asistencia médica) cubren áreas remotas cuya población oscila entre 250 y 2.500 habitantes. Un equipo móvil que comprende un médico, una enfermera, un auxiliar de administración y una partera realiza visitas a los consultorios una o dos veces por semana.

Se ha logrado un gran éxito con la transferencia de las actividades de control de las enfermedades de los programas verticales a los servicios de atención primaria: las operaciones de control de la malaria fueron más eficientes con la mitad de los gastos previstos, se interrumpió la transmisión de la malaria en focos importantes y los esfuerzos desplegados en materia de vacunación permitieron aumentar la cobertura de menos de 30% a más de 80% en dos años. También se fortaleció en varias zonas la infraestructura del hospital, aunque los proyectos de construcción quedaron interrumpidos tras la cancelación de la ayuda para el desarrollo por parte de los Países Bajos.

Se reorganizó la producción y distribución de medicamentos, que quedaron a cargo de una compañía que suministra medicamentos en forma independiente del Estado; además, varias veces se ha procurado poner en uso una guía farmacológica general en todo el país. No han tenido éxito los intentos de mejorar los sistemas de administración e información en todos los niveles de los servicios de salud.

El plan nacional de salud de 1988 reitera los compro-

misos del Gobierno en materia de atención primaria de salud, declara que la salud es un componente esencial de las metas de desarrollo general y hace hincapié en las actividades preventivas. Las medidas de protección comprenden la intensificación del control ambiental; la promoción de la nutrición, incluido el control de la calidad de los alimentos, y la atención de grupos de alto riesgo como madres y niños, discapacitados y ancianos.

Teniendo en cuenta la estructura política y administrativa del país y que las organizaciones de servicios tradicionalmente han trabajado en pro de la comunidad, existe una verdadera acción intersectorial y una participación social en el campo de la salud.

El servicio regional de salud que está a cargo de la atención primaria en las regiones de la costa es objeto de un proceso de descentralización técnica, administrativa y financiera que está a punto de finalizar.

La infraestructura de los servicios de salud ha quedado totalmente destruida o resultado gravemente dañada en muchas zonas del interior y en general ha sufrido un notable deterioro en todo el sector, de modo que para recomponerla se necesitarán grandes inversiones de capital. Teniendo en cuenta que no son buenas las perspectivas inmediatas de recuperación o crecimiento económico, el sector salud tendrá que seguir encontrando fuerzas en sí mismo en los duros tiempos que se avocinan.

Producción de servicios

Aproximadamente 93% de las personas tienen acceso a un policlínico dentro de un radio de 5 km medido desde sus hogares y con una tarifa máxima de 50 centavos en el transporte colectivo. En la actualidad, la SZF cubre todos los gastos de atención médica curativa, servicios de hospital y de laboratorio, medicamentos (excepto por una ficha que se paga por cada prescripción) y una parte del costo de los anteojos de todos los empleados del Estado y personas a su cargo y de los jubilados. Queda así cubierto 33% de la población nacional. El Ministerio de Obras Sociales proporciona cobertura a otro 22%. Por medio del Ministerio de Salud, la misión médica brinda

servicios curativos y preventivos de atención primaria de salud en el interior. Se estima que, incluidas las compañías privadas, de 82 a 91% de la población en su conjunto recibe cobertura obligatoria.

A lo largo de la planicie costera, la población recibe atención en dispensarios y policlínicos que cuentan con médicos y enfermeras y envían a los pacientes a niveles de atención más altos. En el interior funcionan dispensarios con un médico y una enfermera y puestos sanitarios con un trabajador de salud que cumple funciones y tiene responsabilidades claramente definidas y delimitadas. Una red de comunicaciones radiales proporciona un pronto intercambio de información, de modo que puede dirigirse asistencia médica o profesional de emergencia a determinada zona a poco de conocerse la noticia. En casos extremos se puede trasladar a un paciente desde alguna de las muchas pistas de aterrizaje para aviones pequeños a un servicio de atención terciaria en Paramaribo. Sin embargo, los disturbios políticos en el interior han asestado un duro golpe a las comunicaciones.

Aunque el sistema de salud está organizado para que pueda proporcionar atención pronta y accesible, no hay datos globales a nivel nacional sobre la utilización efectiva de los hospitales, la duración de las internaciones, etc.; en cambio, existe información sobre hospitales aislados.

Capacidad instalada

Los establecimientos de salud de Suriname, que se indican en el Cuadro 2, están organizados fundamentalmente por el Ministerio de Salud o la misión médica; esta última cuenta asimismo con el respaldo del Ministerio. Otras organizaciones gubernamentales y privadas brindan su apoyo a otros hospitales.

Médicos y enfermeras manejan cada categoría; el país no depende de trabajadores de salud de la comunidad. En cualquier nivel, un médico envía casos a servicios de un nivel superior.

El país cuenta con aproximadamente 5,1 camas por 1.000 habitantes; la razón de camas de atención general de casos agudos es de 4,1 por 1.000.

Establecimiento/ propiedad	Ministerio de Salud		Misiones		Otros (privados)		Total	
	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas
Hospitales	3	884	—	—	6	1.117	9	2.001
Centros de salud	3	38	9	116	—	—	12	154
Consultorios	32	—	—	—	—	—	32	—
Dispensarios	49	—	42	—	—	—	91	—

Tecnología de los servicios de salud

Una empresa local que es propiedad del Gobierno produce un número limitado de medicamentos (80 a 90 artículos). Hay también una guía farmacológica nacional con una lista de 600 medicamentos esenciales. Los servicios de laboratorio son adecuados para satisfacer los requerimientos de la población, pero se observa la necesidad de sustituir gran parte de los equipos en uso por otros mejores. El Servicio Regional de Salud estudia actualmente la posibilidad de establecer un laboratorio regional para llevar a cabo en la esfera local pruebas de rutina que se están efectuando en Paramaribo. Un acuerdo reciente entre el Brasil y Suriname permitirá que los laboratorios brasileños ofrezcan análisis especializados limitados en relación con diversas enfermedades. Funciona asimismo un laboratorio financiado por la OPS que está perfectamente equipado para realizar pruebas de detección del SIDA, y se tiene la idoneidad necesaria para llevar a cabo análisis de confirmación en los propios servicios de transfusión de sangre. Paramaribo cuenta con un adecuado banco de sangre que proporciona sangre a todo el país. Una norma recientemente promulgada por el Ministerio de Salud exige que se examine toda la sangre antes de su transfusión para evitar la infección por el VIH.

El país dispone de servicios básicos de radiología, aunque gran parte del equipo requiere mantenimiento y reposición. Los servicios radioterapéuticos casi no existen y muchos pacientes que los necesitan son enviados al extranjero con un gran costo.

Los servicios de atención dental son adecuados. Los escolares de 4 a 16 años reciben cobertura dental tanto preventiva como curativa. Algunas empresas aseguran a sus empleados y a las personas a su cargo la provisión de servicios de atención dental. Los empleados públicos también tienen derecho a recibir servicios dentales conforme a un acuerdo logrado en 1982 entre los sindicatos y el Ministerio del Interior.

Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento de los servicios de salud proviene de tres fuentes. Constituyen la primera las contribuciones de los empleados y del Gobierno a la SZF, que después las reembolsa a los funcionarios públicos y a las personas a su cargo en forma de atención dental. La Fundación cubre desde 1981 los servicios médicos curativos de 33,4% de la población; a partir del 31 de enero de 1989, la cobertura se amplió a toda la población del país que todavía carecía de seguro, con arreglo al mecanismo de pago existente.

La segunda fuente son los fondos del Ministerio de Hacienda, que se asignan al Ministerio de Salud para que

pueda prestar los diversos servicios que le incumben y al Ministerio de Obras Sociales para que pague los servicios de atención de salud de pobres y casi pobres.

La tercera está formada por las empresas privadas, que están obligadas por ley a pagar los servicios de salud que se proporcionan a su personal y a sus familias (incluso asistencia hospitalaria, medicamentos y atención médica).

Los gastos ordinarios en salud que efectúan tanto el sector público como el privado son de unos f.Sur.116 millones, que equivalen a 7,5% del PIB y a 10,7% de los gastos ordinarios del Gobierno. Algunos entienden que el primero de estos porcentajes entraña una subestimación, pues no toma en cuenta los gastos de capital del sector privado ni los gastos privados en salud que realizan fuera del área hospitalaria personas físicas o empresas.

Durante los últimos años, prácticamente no ha habido inversiones de capital en el sector salud. Como consecuencia, la mayor parte de los hospitales, centros de salud e instituciones auxiliares necesitan ser mejoradas o ampliadas, cuando no ambas cosas. Además, resulta imperiosamente necesario reemplazar equipos, instrumental y materiales de diverso tipo.

Planificación y administración de la salud

Históricamente la planificación y la capacidad de administración del sector de salud pública siempre han constituido un problema. Sin embargo, en marzo de 1988 se estableció un proyecto para poner en práctica un plan nacional de salud que incorporase 10 áreas prioritarias. Con el propósito de emprender en toda la nación estas actividades de máxima urgencia, se celebraron varios seminarios con la colaboración de gerentes de programas del Servicio Regional de Salud para examinar y mejorar las distintas políticas. Por primera vez en más de 20 años se revisó el registro vital de nacimientos y defunciones y se lo sustituyó por otro mejor. Además, se lograron importantes avances en la implantación de un sistema de información sobre salud de la comunidad mediante un mecanismo de retroinformación claramente definido. En la actualidad se lleva a cabo un estudio sobre el reforzamiento institucional del Hospital Académico y, por vez primera en más de un decenio, se ha emprendido un estudio importante acerca de la organización y administración del Departamento de Salud Pública. El sistema de información de tipo administrativo del Servicio Regional de Salud es completo y funcional.

Recursos humanos

Los datos referentes a los recursos humanos son escasos en Suriname. En 1987, las razones de los distintos re-

cursos humanos en el campo de la salud eran de 8,4 por 100.000 habitantes para médicos, 5,0 para dentistas, 20,8 para enfermeras y 16,7 para auxiliares de enfermería. Estas razones están disminuyendo como consecuencia de una merma constante de personal especializado. En el país hay cinco veterinarios.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Paramaribo, Nieuw Nickerie y algunas otras áreas han contado tradicionalmente con un abastecimiento de agua adecuado; en los últimos años, se ha puesto en marcha un programa para mejorar la provisión de agua en la zona rural. La intranquilidad reinante en el interior ha impuesto graves limitaciones a este programa y la falta de divisas para adquirir repuestos y equipos nuevos constituye un problema significativo. El suministro público de agua proviene en su totalidad de capas subterráneas y la principal preocupación respecto a la contaminación de las aguas freáticas es la intrusión salina en la zona costera.

El método común de eliminación de aguas servidas consiste en fosos sépticos y estanques "de oxidación" que las descargan en zanjas o canales de desagüe. La eliminación de excreta se efectúa por pozos ciegos o letrinas

cilíndricas. En el interior hay muchos poblados que carecen de un sistema organizado de eliminación de excreta, y en muchas zonas urbanas los pozos ciegos habitualmente se inundan durante las dos temporadas anuales de lluvia.

En Suriname, la responsabilidad por las cuestiones de salud ambiental se diluye entre varios ministerios y organismos oficiales. Todos los entes del Gobierno que trabajan en el sector del medio ambiente se rigen por leyes muy antiguas que resultan totalmente inadecuadas para hacer frente a los problemas actuales.

Es posible que el acontecimiento reciente más significativo haya sido la creación de la División de Control del Medio Ambiente (MCA) del Departamento de Salud Pública, que funciona desde el 1 de enero de 1989. Esta División, formada por el Cuerpo de Inspectores de Sanidad que ya existía y por el nuevo Servicio Técnico del Medio Ambiente, será el organismo que establecerá normas de salud ambiental e inspeccionará y controlará la calidad del medio ambiente. La MCA será también centro de enlace de todo lo concerniente a la salud ambiental y coordinará minuciosamente su trabajo con el de las demás instituciones afines. El programa actual de la División exige que se lleve a cabo un pormenorizado análisis de situación para determinar cuáles son las áreas que requieren atención prioritaria.

TRINIDAD Y TABAGO

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

En 1962, Trinidad y Tabago se independizó totalmente de la Mancomunidad Británica, de la cual se retiró en 1976 para convertirse en república. En la Constitución se establece un Senado formado por 31 miembros nombrados por el Presidente y una Cámara de Representantes compuesta por 36 miembros. En 1986, el partido de oposición logró una victoria aplastante sobre el que había estado en el poder desde 1956.

De 1986 a 1988, la política pública se guió por el manifiesto del partido dirigente, en el que se acentuó la privatización del sector industrial. En julio de 1988, el nuevo Gobierno publicó un importante documento de política, titulado "Marco de trabajo macroeconómico para la reconstrucción nacional, 1989-1995", en el que se establecen prioridades para reestructurar la sociedad y reconstruir su crecimiento socioeconómico.

Las cuatro fases de desarrollo de dicho marco de trabajo son reestructuración, estabilización, ejecución e inversión. Los sectores prioritarios en la fase de inversión son manufacturas, energía, agricultura y turismo. Se espera que las estrategias de traspaso de empresas estatales, privatización, descentralización, control de los gastos ordinarios de acuerdo con los recursos disponibles y reprogramación de la deuda den el impulso necesario a la inversión y al crecimiento económico.

En todo el período comprendido entre 1985 y 1988, la economía del país siguió la línea de continua reducción iniciada en 1982. El producto interno bruto (PIB) real disminuyó todos los años a partir de 1983 y registró una tendencia negativa por cuatro años consecutivos.

La baja de los precios del petróleo y de la producción ocasionó una disminución sustancial de los ingresos provenientes de ese rubro, que constituyeron la principal fuente de divisas, y fue imposible seguir enjugando el déficit de la balanza de pagos con las cuantiosas reservas de divisas acumuladas durante los años de auge. Ya en 1988, las reservas se habían agotado por completo y, a pesar de los estrictos requisitos impuestos en materia de expedición de licencias de importación y control de cambios, en el cuarto trimestre de ese año se registró un saldo deudor. En el presupuesto público de 1987 y 1988 se

incluyeron medidas de austeridad correctivas y en 1987 se observó una mejora general de la balanza de pagos. Sin embargo, los persistentes problemas de divisas y el incremento del servicio de la deuda llevaron a una mayor devaluación del dólar de Trinidad de 18% en agosto de 1988 (después de una devaluación de 33% en 1985), con una paridad de \$TT4,25 por \$US1.

El sector agrícola, que se benefició de la contracción de las oportunidades de empleo en la economía en general, se convirtió en fuente de luz en la sombría economía del cuatrienio, a medida que los trabajadores desplazados recurrieron a la agricultura como un medio alternativo de sustento. Se observó un vigoroso crecimiento de la agricultura para consumo interno y exportación, sobre todo de la producción de cultivos alimentarios para el mercado interno. La agricultura para exportación aumentó 26% en el segundo semestre de 1987, en comparación con el nivel logrado en 1984. Sin embargo, el país debe explotar el verdadero aporte potencial de la agricultura al desarrollo nacional. En los años sesenta era exportador neto de alimentos, pero hoy en día aproximadamente 75% de sus necesidades se atiende con importaciones.

Pese a la reducción de la renta total, los gobiernos que se han sucedido en el poder en los últimos tiempos han tenido dificultad para reducir los gastos ordinarios y han recurrido a empréstitos nacionales y extranjeros para financiar el déficit resultante. Como consecuencia de estas prácticas, a fines del ejercicio de 1986, 72% de la deuda total del sector público correspondía a compromisos externos. En las estimaciones de gastos hechas en 1989, 26% del gasto ordinario total se presupuestó para servicio de la deuda, cifra que representa un aumento en comparación con la de 3,9% correspondiente a 1982.

Las tendencias de empleo se han reducido con el deterioro de la economía. El índice de desempleo, que se situó en 9,9% en 1982, fue de 23% en 1988 y se estima en 25% en 1989. Los grupos más afectados fueron los jóvenes (de 15 a 24 años) y los adultos jóvenes (de 25 a 29 años), quienes al comienzo del período representaron 35 y 23% de los desempleados, respectivamente, y a fines de 1988 alcanzaron una proporción de 49 y 36%, respectivamente. Tanto los hombres como las mujeres se han visto afectados, pero entre las mujeres de 20 a 24 años se registró una proporción de desempleo de importancia cada vez mayor.

La vertiginosa baja del precio del petróleo tuvo un efecto de reacción en cadena que colocó a la economía en un marco de crecimiento negativo y, a su vez, redujo la renta de que disponía el Gobierno para los programas sectoriales: en todos los sectores, incluido el de salud, se observó una baja de la proporción del gasto público que se les asignaba normalmente.

La educación primaria y secundaria es gratuita. A fines del período comprendido entre 1985 y 1988, la matrícula en la escuela primaria era de 96% y la asistencia a la escuela secundaria aumentó de 36% a mediados de los años sesenta a 61% a comienzos de los ochenta. La tasa de alfabetización de adultos fue de 97,2%.

Las estimaciones de la disponibilidad de alimentos indican un promedio de 2.637 kcal y 77 g de proteína diarios por persona en 1985. Solo 23% de la energía y 17% de la proteína disponibles provinieron de la producción nacional de alimentos (una baja en comparación con las cifras de 50 y 26%, respectivamente, correspondientes a 1970). Pese al aumento de la producción nacional de alimentos desde 1985, los productos alimentarios locales no han podido competir con los importados por la escasez y el alto costo de los insumos agrícolas (tierra, mano de obra, semilla, fertilizante, plaguicidas, maquinaria y equipo agrícola, etc.), los acuerdos de mercado y comercio desfavorables y las cuantiosas pérdidas después de las cosechas, entre otros factores. El cacao, el café y el azúcar, cuya producción fluctuó de 1984 a 1987, son los productos tradicionales de exportación.

Los programas de seguridad social del Estado comprenden jubilación, maternidad, enfermedad, defunción y accidentes industriales. En 1985, en virtud de la nueva legislación promulgada se fijó el pago de prestaciones por concepto de cesantía a los empleados como la principal obligación de una compañía próxima a liquidarse.

Características demográficas

Los datos oficiales más recientes aquí presentados corresponden a 1984 y a una encuesta demográfica de salud realizada en 1987. A mediados de 1986 la población se estimaba en 1,2 millones de habitantes, cifra que representa un aumento en comparación con la de 1,1 millones correspondiente a 1982. La tasa anual de crecimiento fluctuó en los dos últimos períodos cubiertos por el censo de 1,2% en 1970 a 1,5% en 1980. Entre los factores que influyen en el crecimiento cabe señalar la reducción de la tasa bruta de natalidad de 29,2 por 1.000 habitantes en 1982 a una cifra estimada de 27 por 1.000 a mediados de 1986, la tasa bruta de mortalidad, que se mantuvo casi constante en el mismo período, y el elevado índice de emigración que, según las cifras de la Oficina Central de Estadística, redujo un tercio

el efecto del exceso de nacimientos en comparación con el número de defunciones.

En los últimos tres decenios, la población menor de 15 años mostró una baja definitiva (de 42,9% en 1960 a 33,6% en los años setenta) y una mucho menos acusada (a 33,2%) en los años ochenta; las tendencias han afectado a hombres y mujeres por igual. La estabilidad relativa de la población de 65 y más años (entre 5,6 y 5,7%) implica que hubo un aumento de la población de 15 a 64 años, con una reducción concomitante en la tasa de dependencia y la entrada de una fuerte corriente de jóvenes y de adultos jóvenes al mercado de trabajo. Sin embargo, esto ha coincidido con una acentuada reducción del empleo. La tasa de participación laboral, que aumentó a 61,5% en 1984, se había reducido a 59% en 1986. Las tendencias han sido relativamente uniformes entre hombres y mujeres.

Se espera que la población, estimada en 1,3 millones en 1990, crezca 21,8% para alcanzar 1,6 millones de habitantes en el año 2000, con un aumento de dos años en la esperanza de vida dentro del presente decenio. Se pronostica que el grupo menor de 15 años se reducirá solo levemente y que habrá un modesto aumento concomitante de aproximadamente 1% o más en la población de 15 a 64 años. La población de 65 y más años se mantendrá estable o aun puede llegar a reducirse.

Los grupos prioritarios para el desarrollo nacional son los niños, las mujeres, los jóvenes, los ancianos y los discapacitados. En 1960, 16,6% de la población tenía 5 años o menos. Las mujeres de edad reproductiva (de 15 a 44 años) representaban 41% de la población en 1970 y 47,3% en 1980. La encuesta demográfica de salud de 1987 mostró que 44,4% de las mujeres de 15 a 49 años vivían en zonas urbanas. Más de 92% de la muestra había cursado al menos cinco años de escuela primaria y 54% tenía alguna instrucción secundaria.

La encuesta también permitió demostrar que la tasa de fecundidad por edad es bastante baja en la adolescencia (84 nacimientos por 1.000 mujeres), sube a más del doble cuando las mujeres tienen de 20 a 30 años y se reduce drásticamente después de los 35 años. La tasa de fecundidad total, síntesis de la tasa de fecundidad por edad de las mujeres de 15 a 49 años, se redujo de 3,4 hijos por mujer entre 1972 y 1976 a 3,1 un decenio más tarde. La edad en el primer nacimiento ha aumentado constantemente de 20,5 años a 22,2, lo que indica la eficacia de la anticoncepción.

La tasa de fecundidad total es mayor en las zonas rurales y se reduce a medida que las mujeres se trasladan a las zonas urbanas y que aumenta su índice de escolaridad. En promedio, la tasa de fecundidad total de las mujeres con educación primaria fue de cuatro hijos en comparación con 2,3 en el caso de las que habían concluido estudios secundarios o universitarios. Con frecuencia cada

vez mayor, las jóvenes de 15 a 29 años inician la maternidad a menor edad, y eso se observó también en el grupo con un alto índice de desempleo.

Se estima que en 1980, aproximadamente 60% de la población vivía en centros predominantemente urbanos, y que para el año 2000 esa cifra podría aumentar a 70%. En un plan nacional de desarrollo físico preparado en 1984 se promovió la distribución más equitativa de la población y de la actividad económica por medio de una estrategia de "concentración dispersa", en la que se hizo menos hincapié en los centros urbanos de importancia y se fomentó el aumento de la población suburbana. Los principales factores contribuyentes a la continua tendencia a la urbanización serán el aumento del empleo fuera del sector agrícola y la continua mejora del sistema de transporte, con lo que se facilita la migración de las zonas rurales a las urbanas.

A fines de 1988 se estimó que 18% de la población vivía en condiciones de pobreza. Todavía no se determinó en qué medida la pobreza ha afectado el estado de nutrición de los niños, pero basándose en los ingresos a los hospitales se reconoce que entre 1985 y 1988 aumentó la incidencia de la malnutrición grave.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad y de la morbilidad

Faltan datos actualizados y, si bien los que existen sobre mortalidad son bastante completos, la información fidedigna y precisa sobre morbilidad es escasa e incompleta.

La tasa bruta de mortalidad disminuyó en forma acentuada de 18,9 por 1.000 habitantes en 1930 a 6,9 en 1980 y 6,7 en 1984; el decenio final de este período se caracterizó por una tendencia estabilizadora. El examen de la mortalidad específica por edad muestra que hubo una reducción significativa de las tasas de mortalidad del grupo de menores de 5 años de 8,4 en 1967 a 5,7 en 1977; por otra parte, la tasa de mortalidad del grupo de 25 a 34 años fue 5,9% mayor en 1977 que en 1967. Entre 1981 y 1984, la tasa de defunción del grupo de 15 a 39 años siguió aumentando. La tasa de mortalidad de los hombres jóvenes es 33% superior a la de las mujeres y da cuenta de la tendencia ascendente registrada en ese grupo de edad.

Los datos de la Oficina Central de Estadística indican que la reducción de la tasa bruta de mortalidad se ve neutralizada por tendencias favorables de la mortalidad infantil, con una disminución de 21,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 13,7 en 1984. Sin em-

bargo, esta perspectiva optimista no puede corroborarse con los datos de la encuesta demográfica de salud, que arrojaron una cifra de 26,2 defunciones por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal representa 66% de todas las defunciones infantiles (1984), y se observa una tendencia hacia el aumento (de 8,1 por 1.000 nacidos vivos en 1979 a 9,1 por 1.000 en 1984).

Se estima que la tasa de mortalidad de adultos jóvenes, particularmente hombres, aumentará en 1980-1990 por la mayor incidencia del SIDA, los accidentes, el uso indebido de drogas, los problemas sociales y otros relacionados con el estilo de vida que afectan a ese grupo. Los datos desagregados disponibles indican que, si bien la tasa de mortalidad de las mujeres jóvenes sigue reduciéndose, la de los hombres jóvenes se ha mantenido constante. La reducción de la tasa de mortalidad de la población femenina ha afectado solo ligeramente a las mujeres de 55 y más años, que constituyen 28% de la población femenina.

Estas tendencias favorables de la mortalidad se reflejan en un aumento de la esperanza de vida al nacer. La de los hombres aumentó 4,8 años (de 62,1 en 1960 a 66,9 en 1980), y la de las mujeres, 5,3 años (de 66,3 en 1960 a 71,6 en 1980).

Desde 1977, las cinco causas principales de defunción han sido las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los accidentes. Estas cinco causas dieron cuenta del 57,9% de todas las defunciones en 1971, 60,8% en 1977 y 66,7% en 1983.

Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentaron en los dos últimos decenios. El riesgo de defunción por diabetes mellitus se acrecentó progresivamente entre 1960 y 1984. Los neoplasmas ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de defunción por años: la próstata, el estómago y los pulmones son los sitios afectados con mayor frecuencia en el hombre y la mama, el cuello uterino y el útero, seguidos del estómago, en la mujer.

Los accidentes han ocupado el quinto lugar entre las principales causas de defunción desde 1971 y las defunciones causadas por accidentes de vehículos de motor representaron 42% de las muertes accidentales entre 1959 y 1961, y 48% entre 1979 y 1981. El riesgo de muerte accidental para los hombres (53 por 1.000) fue 3,5 veces superior al de las mujeres (15 por 1.000) de 1959 a 1961; en el período comprendido entre 1979 y 1981 fue de 57 por 1.000 para los hombres y de 17 por 1.000 para las mujeres.

A mediados de 1960, las tasas de mortalidad por suicidio, debido principalmente a ingestión de sustancias químicas, estuvieron entre las mayores del hemisferio occidental. Pese a una tendencia descendente, siguen siendo elevadas y lo mismo sucede con el ingreso a los hospitales.

Entre 1983 y 1987, las mujeres representaron 62% de los 4.410 ingresos por causa de ingestión de sustancias químicas a los hospitales de Puerto España, San Fernando y Sangre Grande; los hombres representaron 65% de las 495 defunciones causadas por exposición a dichas sustancias.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Según la encuesta demográfica de salud de 1987, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido constantemente a la cifra actual de 26,2 por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, las defunciones neonatales se han reducido más lentamente. Las principales restricciones para el análisis de la tendencia son la falta de datos actualizados y la notificación insuficiente de defunciones a comienzos de la infancia. Las encuestas parciales indican que muchas defunciones neonatales prematuras se notifican como mortinatalidad. No se dispone de datos sobre morbilidad infantil. En 1983, las principales causas de defunción de los niños menores de 1 año eran, en orden descendente, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas y la influenza y la neumonía. Las enfermedades diarreicas, que en 1979 ocuparon el segundo lugar con 548,0 defunciones por 100.000 nacidos vivos, pasaron al cuarto lugar en 1983 con 78,3 defunciones por 100.000.

La enteritis y otras enfermedades diarreicas son una importante causa de defunción de los niños de 1 a 4 años, lo mismo que los accidentes. Con la reducción esperada de las defunciones por enfermedades diarreicas, aumentará considerablemente la importancia de la muerte accidental en esa edad. La tendencia de la morbilidad por enfermedades infantiles inmunoprevenibles se redujo entre 1968 y 1986; la importancia de esas enfermedades como problemas graves de salud ha disminuido en ese grupo de población. Esa tendencia debe continuar si se mantiene la cobertura de inmunización en los niveles de 1987 (79% con la vacuna DPT y 80% con la antipoliomielítica entre los niños menores de 1 año). Sin embargo, la parotiditis ha demostrado una tendencia a aumentar, de 91,6 por 100.000 habitantes en 1987 a 212,2 en 1988.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos han aumentado en los últimos cinco años y la gastroenteritis es la principal causa de morbilidad en los niños menores de 5 años. Los casos notificados de gastroenteritis en niños menores de 5 años aumentaron de 14.750 en 1983 a 24.632 en 1984, y se redujeron a 23.408 en 1987 y a 23.335 en 1988. Un niño malnutrido es también más

susceptible a la gastroenteritis y a otras enfermedades infecciosas.

Los accidentes causaron 46,8% de la mortalidad por causas definidas en el grupo de 5 a 14 años en 1983. Los tumores malignos ocuparon el segundo lugar (8,3%), las enfermedades del corazón, el tercero (6,4%) y la bronquitis, el enfisema, el asma, la influenza y la neumonía, el cuarto (3,7%).

Salud de los adolescentes y adultos

En el grupo de 15 a 24 años, la mortalidad no se ha reducido mucho. Las principales causas de defunción en 1983 fueron los accidentes (43,7% de las 268 defunciones por causas definidas), el suicidio (11,9%), el homicidio (6,0%), la influenza y la neumonía (5,2%) y los neoplasmas malignos (4,5%). Sin embargo, los datos de mortalidad no dan una idea completa porque las tasas de mortalidad por causas naturales generalmente son bajas. No se dispone de datos que indiquen la prevalencia del uso indebido de drogas, incluido el alcoholismo.

La principal causa de defunción de las mujeres de 15 a 44 años en 1977 fueron los tumores malignos y los principales contribuyentes, el cáncer de mama, del cuello uterino y del útero. La tasa de mortalidad materna sigue siendo bastante alta: no continuó la reducción observada en un principio en los años cincuenta y sesenta (de 5,4 a 1,3 por 1.000 nacidos vivos), y la cifra fue de 1,9 por 1.000 en 1969, pero se redujo a 0,8 en 1987. Al menos 46% de los egresos por aborto en los hospitales generales de Puerto España y San Fernando correspondieron al grupo de 15 a 24 años.

Los factores de riesgo por complicaciones del embarazo incluyen edad y paridad. Suponiendo que todos los partos de las mujeres menores de 20 y mayores de 35 años y todos los nacimientos del quinto en adelante constituyen un gran riesgo, en 1983 hubo 14.131 nacimientos de alto riesgo, o sea 42,6% de un total de 33.208. Si los nacimientos de alto riesgo se definen como solo los que corresponden a una paridad de 5 o más, independientemente de la edad, la cifra respectiva es de 4.584, o sea 13,8% del total. El lugar del parto y la persona que lo atiende son también importantes factores de riesgo. En 1983, 85,8% de los nacimientos ocurrieron en hospitales públicos y 90% de los partos fueron atendidos por médicos o parteras.

En el grupo de 25 a 44 años, las principales causas de defunción en 1983 fueron los accidentes (19,8% de las 734 defunciones por causas definidas), las enfermedades del corazón (15,3%), los tumores malignos (8,3%), el suicidio (6,5%) y las enfermedades cerebrovasculares (5,6%). La tasa de defunción por accidentes fue mucho mayor entre hombres (73,9 por 100.000) que entre mujeres (17,6).

Salud de los ancianos

En 1983, las cinco causas principales de defunción en este grupo de edad fueron las enfermedades del corazón (34,3% de las 1.309 defunciones por causas definidas), las enfermedades cerebrovasculares (17,4%), los tumores malignos (12,1%), la diabetes mellitus (10,3%) y la influenza y la neumonía (3,8%).

En una encuesta de los ancianos hecha entre 1985 y 1986 se descubrió que los principales problemas de salud eran las enfermedades cardiovasculares, la artritis, la discapacidad para fines de locomoción, las afecciones de la vista y, en menor grado, de la audición. Con excepción de los servicios dentales, la mayor parte de esta población acudió a instituciones de salud pública y dispensarios de salud, pero tuvo dificultades en recibir servicios oportunos y tratamiento apropiado. El grupo, en su conjunto, ya fuera que estuviera empleado o no, tuvo la impresión de que sus necesidades básicas estaban desatendidas, sobre todo las de las personas de menores ingresos. En general, los ancianos estaban insatisfechos por la forma en que se atendían sus necesidades de nutrición. El estado de salud de este grupo parece ser relativamente bueno.

Problemas que afectaron a la población general

Se ha determinado que la malnutrición proteinoenergética es uno de los principales problemas relacionados con la nutrición: los datos clínicos correspondientes a 1987 indican que 5% de los niños de edad preescolar tenían un peso para la edad inferior a 80% del esperado. Sin embargo, existen amplias variaciones (de 2,8 a 36,4%), según la edad y la localización. La encuesta demográfica de salud de 1987 mostró una mayor prevalencia de malnutrición proteinoenergética entre las niñas que entre los niños menores de 36 meses (7,6% frente a 6,2%). La prevalencia de malnutrición grave juzgada por el peso para la altura es menor y más similar en niños de ambos sexos: 3,9% en el caso de las niñas y 3,8% en el de los niños. Sin embargo, la malnutrición grave ha vuelto a aparecer en el mundo de los niños y se vincula al deterioro del estado económico de la población en general y de los grupos de menores ingresos en particular. En el otro extremo de la escala, 50% de las mujeres y 19% de los hombres de 15 a 64 años son obesos. La anemia ferropénica es otro grave problema de salud pública, particularmente para las mujeres embarazadas y lactantes y los niños; en 1987 se determinó que 56% de las primeras y 29,4% de los niños de 5 a 13 años eran anémicos.

El alcoholismo es otro importante factor contribuyente a la hospitalización.

La fiebre amarilla y el dengue son endémicos en el país.

Los últimos casos de fiebre amarilla humana se notificaron en enero de 1979; aun así, pese a que la fiebre amarilla no se ha presentado en forma epizootica ni como epidemia urbana, en enero de 1988 se aisló el virus en grupos de mosquitos silvestres (*Haemagogus janthinomys*). Hubo cinco casos de fiebre del dengue en 1985, 78 en 1986, 136 en 1987 y 31 en 1988. Es numerosa la población de *Aedes aegypti*, vector de ambos virus, a pesar de los esfuerzos por reducir su número por medio de un programa de erradicación. El índice general de infestación de viviendas por *Aedes aegypti* en 1988 fue de 8%. Con la introducción de *Aedes albopictus* a la Región, se ha puesto en marcha un eficaz servicio de vigilancia permanente en el país.

Trinidad y Tabago se declaró exento de malaria en 1965 y solo se han notificado casos importados desde la erradicación de esa enfermedad en los años cincuenta (siete en 1988). El aumento del número de casos importados se estabilizó en los últimos años. La amplia distribución de los vectores *Anopheles aquasalis* y *A. bellator* recuerda constantemente que todavía existe la amenaza de una epidemia de malaria.

Los primeros casos de SIDA se detectaron en 1983. A fines de 1988 se habían registrado 380 casos y 233 defunciones (61%). El aumento en la población heterosexual es una característica distintiva y el índice de masculinidad pasó de 4 a 1 en 1984 a casi 1 a 1 a fines de 1988. La tasa de mortalidad por SIDA aumentó de 0,53 por 100.000 habitantes en 1983 a 7,8 en 1988.

Los pacientes con SIDA son internados para tratamiento en todos los hospitales; no se ha hecho ningún esfuerzo por proporcionarles pabellones especializados. Dos dispensarios de Puerto España y uno de San Fernando ofrecen servicios de tratamiento y orientación para los pacientes y sus parejas. Sin embargo, ese servicio es deficiente por falta de orientadores, psiquiatras y trabajadores sociales debidamente adiestrados. Se trabaja por fortalecer las instalaciones de laboratorio y de análisis en los bancos de sangre. Se estableció un amplio programa nacional del SIDA, con un coordinador de tiempo completo, y se formó un comité coordinador nacional intersectorial. Se preparó un plan de cinco estrategias a mediano plazo, financiado sobre todo con recursos externos.

Las tendencias de otras enfermedades transmisibles de importancia muestran un aumento de la hepatitis vírica A y B. Esto podría ser consecuencia de una mayor capacidad de diagnóstico en el laboratorio. Los datos anuales sugieren que en el último cuatrienio la transmisión prenatal ha sido considerable. La escabiosis, enfermedad relativamente controlable e índice de prácticas deficientes de saneamiento e higiene, ha aumentado en todos los condados, inclusive en Tabago; las tasas aumentaron de 576,8 por 100.000 habitantes en 1987 a 683,1 en 1988. Las investigaciones parciales mostraron un aumento con-

comitante de glomerulonefritis aguda en la zona de San Fernando. Las tasas de lepra se han mantenido invariables y las de tuberculosis han registrado un leve descenso.

La incidencia de gonorrea se redujo de 488 por 100.000 habitantes en 1976 a 213 en 1984, y aumentó de nuevo a 310 en 1985. Entre 1973 y 1985, la incidencia de sífilis infecciosa fluctuó de un máximo de 80 por 100.000 en 1977 a un mínimo de 29 por 100.000 en 1984, y aumentó de nuevo a 41 por 100.000 en 1985. Es posible que la aparición del SIDA y el deterioro general de la economía hayan llevado a un mayor número de personas a buscar atención en dispensarios públicos.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Características del sistema de servicios de salud

El sistema de atención de salud del país, tradicionalmente de asistencia pública, se encuentra en transición hacia un modelo mixto que incluye privatización, un plan nacional de seguro médico y regionalización basada en la descentralización. Sin embargo, hasta la fecha, el Estado proporciona la mayor parte de la atención por medio del Ministerio de Salud.

La responsabilidad de los asuntos de salud se asigna al Ministro que, a su vez, responde directamente al Gabinete. El Secretario Permanente, un funcionario público, tiene a su cargo la gerencia administrativa y financiera de todo el Ministerio. El Médico Jefe tiene bajo su responsabilidad todos los aspectos técnicos de los programas de salud.

El Gobierno se ha comprometido a poner en práctica una política de descentralización como forma de lograr mayor eficiencia, sobre todo en administración de suministros y contabilidad financiera y de costos. De conformidad con esa política, se establecieron instituciones privadas de servicio especializado como la Compañía de Gestión de Desechos Sólidos (1980) y la Empresa de Administración de Hospitales (1981). Esta última debía finalizar sus funciones a comienzos de 1989 y la mayor parte de su cartera revertiría al Ministerio de Salud.

Los servicios de salud pública se basan en un sistema con tres divisiones formado por los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Los servicios de atención primaria son administrados por el Médico Principal (servicios comunitarios). Estos servicios tienen una división administrativa que comprende nueve condados, cada uno controlado por un funcionario médico que supervisa a un grupo de colegas, enfermeras e inspectores de salud pública,

farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas, dentistas, enfermeras y educadores sanitarios. El Médico Principal (instituciones) se encarga de los servicios médicos y auxiliares en los hospitales más importantes. Sin embargo, los hospitales de distrito más pequeños son administrados dentro de los servicios de salud comunitarios.

Entre 1985 y 1988, el país no tuvo ninguna política de salud definida ni documentada, pero en varios documentos públicos se ha dado orientación específica sobre política en materia de salud y asuntos afines. El más reciente de estos fue el documento titulado "Marco de trabajo macroeconómico para la reconstrucción nacional, 1989-1995", que contiene la política, estrategias y programas propuestos para el desarrollo de todos los sectores, inclusive el de salud.

Los principales objetivos de la política para el sector salud durante el período cubierto en el marco de trabajo se pueden resumir de la manera siguiente: poner al alcance de la población la atención de salud de buena calidad a un costo que pueda sufragar; fomentar la importancia de un estilo de vida sano y de los buenos hábitos entre la población; garantizar la inmediata accesibilidad a los servicios básicos de salud a todos los segmentos de la población; promover y mantener un dinámico programa de atención de salud preventiva; reducir la incidencia de problemas de salud ambiental, y fomentar estrictas normas de sanidad y seguridad industrial.

Dentro de una estrategia de amplio alcance, se considera la posibilidad de emplear un método de atención primaria de salud como medio de lograr de la mejor forma posible los objetivos declarados. Con ese fin, el Gobierno actual ha propuesto las siguientes estrategias específicas de atención primaria de salud en el marco de trabajo: canalizar más recursos hacia la atención primaria de salud; comprometer recursos para actividades de educación para la salud; pasar de la actual estructura administrativa centralizada en exceso a una más descentralizada, con traslado a la periferia de actividades como las funciones diarias del personal, la educación comunitaria para la salud y la vigilancia de la salud ambiental; concentrarse en la madre y el niño, y las personas hipertensas, diabéticas y ancianas como grupos de alto riesgo; formular un plan nacional de nutrición; reformular el programa de salud oral, e iniciar investigaciones multidisciplinarias.

Se fomentarán programas para enseñarle a la población la forma de prevenir o evitar el uso indebido de sustancias.

Todas las políticas, programas, objetivos y estrategias acentúan la importancia de la participación razonada de la comunidad en el diagnóstico de la situación de salud y en la planificación, ejecución y evaluación de los programas. Se proyecta seguir un método básico de ampliación progresiva en el que se emplearán las organizaciones tradicionales de la comunidad para avivar su interés y motivarla a participar.

Capacidad instalada

Hay 102 centros de salud de nivel primario en lugares estratégicos del país, que dan una razón aproximada de un centro por 11.000 habitantes. El alcance y la amplitud de los servicios prestados son diferentes en cada centro, según el tamaño de las comunidades servidas y los recursos humanos disponibles. La eficacia de esta extensa red dirigida por equipos de salud comunitarios se ha visto limitada por deficiencias administrativas, ineficacia en cuestiones logísticas, falta de recursos humanos o de conocimientos prácticos o ambas cosas, falta de servicios auxiliares, mal mantenimiento de las instalaciones, deficiencias de programación de la carga de trabajo y del desarrollo de recursos humanos, sistemas de información precarios y un horario de funcionamiento inconveniente. Toda la atención primaria de salud es gratuita.

Un grupo de especialistas visitantes presta servicios especializados en los centros de salud, nivel en el que se realizan los principales programas de inmunización. Las visitas domiciliarias y escolares están a cargo de enfermeras de salud pública especialmente adiestradas. La división de educación para la salud ofrece servicios de enseñanza en la comunidad y las escuelas, con asistencia y apoyo de los equipos de salud de los condados.

Los hospitales públicos y las unidades obstétricas prestan la atención secundaria y terciaria con un total de 4.613 camas, 35% de las cuales están en los dos hospitales generales de mayor importancia de Puerto España y San Fernando. Además, hay ocho hospitales de distrito y de condado más pequeños que prestan atención secundaria y algunos servicios de atención primaria. Se envían pacientes de los servicios más sencillos a los más complejos.

El Hospital de Maternidad Mt. Hope, el Hospital Psiquiátrico St. Ann, el Hospital Caura (atención cardio-torácica y patología) y el Complejo Médico de St. James (servicios geriátricos, oncología y fisioterapia) prestan servicios de atención especializada y prolongada. En 1980 estos hospitales especializados tenían un total de 2.308 camas.

Otras instalaciones de salud incluyen servicios ambulatorios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, servicios ambulatorios en el dispensario de afecciones torácicas, la unidad de educación para la salud, los servicios ambulatorios de la unidad de control de la lepra y la división de control de insectos vectores. En los hospitales generales, especializados y de condado hay instalaciones de laboratorio.

El hospital docente del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, cuya construcción parcial se completó en 1989, puede ofrecer otras 550 camas para servicios médicos, quirúrgicos, pediátricos y psiquiátricos. Este hospital será principalmente un establecimiento nacional de

referencia de nivel terciario. El Complejo ha sido des-centralizado, con autoridad nacional autónoma.

Los datos sobre la relación entre el número de camas de hospital y el de habitantes muestran una cifra total de 4,5 camas por 1.000 (incluidas las de los hospitales privados); 4,0 camas de hospitales públicos por 1.000, y 1,8 camas de hospitales públicos de breve estancia por 1.000, en proporción de 2,0 en el norte de Trinidad, 1,8 en el sur de Trinidad y 2,4 en Tabago. Faltan camas en los hospitales de breve estancia y hay un problema de desigualdad de distribución entre las principales regiones. Además, las especialidades médicas están mal distribuidas.

Las deficiencias observadas en los servicios ambulatorios son: administración centralizada en exceso; mala administración, sobre todo de los servicios hospitalarios de alojamiento y alimentación; deterioro de la infraestructura de la planta; hacinamiento en los principales hospitales y uso ineficiente de los hospitales de distrito; falta de quirófanos; servicios auxiliares deficientes, sobre todo en lo que se refiere a fichas médicas; escasez de recursos humanos técnicos y profesionales; mal mantenimiento de la planta y el equipo, y escasez de suministros y de equipo en el lugar de utilización.

Casi todos los hospitales públicos carecen de existencias adecuadas de equipo biomédico. La mayor parte del equipo disponible es antiguo y tiene una capacidad de producción limitada respecto a demanda de servicios. La excepción es el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, que comenzará a funcionar con equipo biomédico muy complejo. El equipo también se ha desvalorizado bastante, sobre todo por falta de mantenimiento preventivo, escasez de piezas de repuesto y uso indebido por parte de los operadores. La adquisición de equipo biomédico no está normalizada y no existen disposiciones para reemplazarlo por medio del mecanismo contable de depreciación.

El país cuenta con varios laboratorios ubicados principalmente en los hospitales. También se prestan servicios de laboratorio en los dispensarios de la división de enfermedades de transmisión sexual. Esos laboratorios realizan los exámenes prescritos en los servicios de atención primaria y secundaria, pero están mal distribuidos entre esos dos niveles. Actualmente, los condados siguen careciendo de apoyo de laboratorio por varias razones, tales como la deficiencia del sistema de referencia entre el centro de salud y los principales hospitales donde se localizan los laboratorios.

Los problemas especializados de importancia que afectan a la población general se han abordado por medio de programas verticales e integrados de atención de salud, incluidos los de salud mental y dental, lepra, control de malaria, tuberculosis y uso indebido de alcohol y drogas. A causa de la reducción de la incidencia anual de lepra y del éxito del programa de tratamiento desde 1984, los

servicios prestados a pacientes con la enfermedad de Hansen se han integrado a los servicios ordinarios de atención médica.

En mayo de 1986 se estableció un centro para el tratamiento del uso indebido de sustancias que tiene una unidad de tratamiento de drogadicción y otra de alcoholismo; en ambas se ofrecen servicios de evaluación, desintoxicación, rehabilitación en la fase inicial y atención ulterior y diurna a los pacientes.

Los datos sobre el nivel de atención de salud prestada por el sector privado son limitados. Hay 15 casas particulares de convalecencia con 292 camas registradas en el país, pero el número real de instalaciones que ofrecen atención médica y de enfermería privada puede ser mayor. El sector privado también proporciona una amplia gama de servicios auxiliares como de laboratorio y rayos X, pero se desconoce casi por completo la cantidad, calidad y capacidad de esos servicios. En muchos casos, quienes pueden pagarlos o hacer arreglos financieros, de ordinario con la ayuda de una organización cívica, buscan atención especializada en los Estados Unidos de América o el Canadá.

Financiamiento de los servicios de salud

La mayor parte del financiamiento proviene del Gobierno; el sector privado desempeña una función limitada pero importante. Los servicios de salud pública son gratuitos para todas las personas y el financiamiento proviene sobre todo de la renta tributaria general y de una tasa suplementaria por concepto de salud impuesta recientemente a los empleados. Estos últimos fondos se incorporan a los fondos consolidados del Gobierno y no se destinan necesariamente al financiamiento del sector salud.

De 1982 a 1985, el Gobierno gastó sistemáticamente 11% de su presupuesto nacional en salud y la mayor parte de esos fondos se asignaron a sueldos del personal. Estos recursos se han concentrado sobre todo en el sector de atención secundaria, con poca reorientación hacia el de atención primaria.

Aunque la renta pública disminuye desde 1981, el presupuesto asignado al sector salud de hecho aumentó de 1981 a 1983; en 1984 la baja marcó el comienzo de una tendencia que ha continuado hasta el presente. El gasto real del Ministerio de Salud en los últimos cinco años reveló un aumento de \$TT267,7 millones en 1980 a \$TT575,5 millones en 1982, con una tendencia descendente a partir de 1984, que lo situó en \$TT475,7 millones en 1988.

En el mismo período, el gasto ordinario como porcentaje del gasto total del Ministerio aumentó constantemente de 9,9% en 1980 a 10,8% en 1983 y a 15% en

1985. La mayor parte del gasto de capital en salud pública en el período de 1980 a 1985 correspondió a la construcción del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, hospital docente e instalación de atención terciaria.

Ciertas instituciones cobran una suma nominal por algunos servicios, incluidos rayos X y habitaciones privadas, pero dicha suma no cubre el costo total de la prestación de ninguno de esos servicios; por lo general, se exime totalmente del pago de honorarios de servicio a los usuarios, ya que la legislación promulgada en 1943 para efectos de la recaudación de los mismos está desactualizada.

En el sector privado, la atención ambulatoria está a cargo de médicos particulares que cobran honorarios por cada servicio prestado. Los hospitales privados y las casas de convalecencia reciben concesiones del Gobierno como exenciones del pago de derechos cobrados por equipo y divisas para la importación de medicamentos y suministros.

En 1983 había 28 compañías que ofrecían seguro médico particular: 23 eran locales, tres del Caribe, una del Canadá y otra de los Estados Unidos de América. Se estima que 43% del monto recaudado se pagó en reclamaciones. La mayor de esas compañías dejó de ofrecer seguro a los funcionarios públicos en 1986 porque, según declaración propia, el monto de las reclamaciones había comenzado a exceder el de las primas. La mayoría de los planes forma parte del conjunto de prestaciones que se ofrece a los trabajadores del sector privado.

De conformidad con la política para garantizar la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, el Gobierno proporciona apoyo financiero anual a unas 12 organizaciones, incluso algunas que trabajan en planificación familiar, uso indebido de drogas, establecimiento de bancos de sangre y atención de discapacitados. En 1986, este apoyo ascendió a \$TT7,5 millones; se asignaron aproximadamente \$TT3 millones a cada una de las dos organizaciones que prestan servicios a las personas con discapacidades físicas y mentales, cifra que representa cerca de 95% de su presupuesto.

Recursos humanos

El país sufre una aguda escasez de profesionales de salud, sobre todo en las profesiones afines a las de salud; queda por efectuar un amplio estudio de recursos humanos específicos. En el Cuadro 1 se presenta la situación en 1986, por categorías selectas de personal.

El personal de salud está mal distribuido entre los recursos de atención primaria y secundaria, las especialidades y las regiones geográficas; algunas zonas, sobre todo en los servicios de atención primaria de salud, también se ven afectadas por la rápida rotación de personal.

El adiestramiento médico de profesionales y parapro-

CUADRO 1

Personal de salud según categoría, razón de personal por 100.000 habitantes y número de habitantes por trabajador de salud, Trinidad y Tabago, 1986.

Categoría	No.	Razón	Habitantes por trabajador
Médicos	1.103	92,0	1.087
Dentistas	129	10,8	9.296
Enfermeras ^a	3.344	278,9	359
Inspectores de salud pública ^b	131	10,9	9.154
Farmacéuticos	496	41,4	2.418
Trabajadores sociales ^c	45	3,8	26.649
Radiógrafos	60	5,0	19.987
Fisioterapeutas	18	1,5	66.622
Agentes de salud mental	25	2,1	47.968
Enfermeras de salud pública	256	21,4	4.684

^aIncluye parteras.

^bMinisterio de Salud solamente.

^cMédicos y psiquiátricos.

Fuente: Ministerio de Salud.

fesionales de salud y los cursos técnicos son objeto de ampliación y racionalización en el país. Cada año se gradúan unos 35 médicos nacionales en la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales y se aceptan estudiantes en el hospital general de Puerto España para recibir adiestramiento clínico en los últimos dos años. La educación de posgrado para médicos se ofrece sobre todo en la sede de la Universidad de las Indias Occidentales en Mona y en los hospitales generales de Puerto España y San Fernando.

Las escuelas de adiestramiento en enfermería en los dos hospitales generales ofrecen un curso de enfermería de tres años por el que se expide un diploma. Esas escuelas se trasladarán al Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencias y Tecnología. El Hospital Psiquiátrico St. Ann también ofrece un curso de enfermería psiquiátrica de tres años. Después del nivel básico se ofrece enseñanza de enfermería de salud pública, obstetricia y enfermería psiquiátrica. Desde 1976 se lleva a cabo un programa de adiestramiento en enfermería dental y hasta 1980 se habían graduado 33 enfermeras dentales en ese curso.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Las demandas de una población creciente, la mayor urbanización e industrialización y la producción agrícola

en expansión han creado nuevos problemas de salud ambiental. La proliferación de metales pesados, sustancias químicas inorgánicas y sustancias tóxicas en el medio guarda relación con incrementos de la incidencia de enfermedades cardiovasculares y neoplasmas malignos, dos de las cinco causas principales de defunción en el país.

No se han establecido programas de vigilancia para cuantificar la concentración de contaminantes químicos en el aire o en el agua. En una encuesta de la OPS/OMS realizada en 1984 se identificaron más de 800 establecimientos manufactureros que podrían estar liberando sustancias químicas al medio ambiente y deberían ser objeto de vigilancia regular por parte del Gobierno.

Entre 1981 y 1984 se registraron solo cinco casos de muerte de peces en masa, pero ninguno se atribuyó a incidentes causados por la contaminación. Entre 1985 y 1988 se registraron 20 casos, 10 de los cuales se atribuyeron a descargas industriales o derrames de petróleo.

En el Cuadro 2 se presenta el número y volumen de derrames de petróleo desde 1984 (no hay datos sobre años anteriores a 1984). El número de derrames por año aumentó a más del doble desde 1984, pero ese aumento puede deberse a un mejor sistema de notificación como resultado de los programas de vigilancia y control iniciados entre 1985 y 1986. Es cuantioso el volumen de petróleo derramado que se deja de recoger cada año.

Si bien la industrialización ha acarreado nuevos problemas de salud ambiental, los problemas tradicionales

CUADRO 2

Número de derrames de petróleo y volumen derramado y recogido (barriles al año), Trinidad y Tabago, 1984-1988.

Año	No. de derrames	Volumen derramado	Porcentaje recogido
1984	89	7.577	74
1985	90	13.700	91
1986	130	39.800	64
1987	245	14.025	86
1988	234	12.206	83

no han desaparecido y siguen siendo motivo de preocupación por ser fuente de enfermedades transmitidas por el agua, los alimentos y los vectores.

El país goza de una cobertura relativamente amplia de servicios básicos de provisión de agua y saneamiento. El porcentaje de la población total cubierta con servicios de abastecimiento de agua se mantuvo bastante estable en cerca de 98% de 1980 a 1987; en esos años la cobertura de la población urbana fue de 100% y la de la población rural aumentó de 93,4% en 1980 a 95,2% en 1987. Sin embargo, es preciso mejorar los niveles de servicio. Por ejemplo, en 1987, aunque 98,5% de la población total tenía acceso a agua potable, solo 57,1% tenía conexiones domiciliarias directas y el resto debía usar fuentes públicas. En forma análoga, en 1987, 98,5% de la población total tenía inodoros, pero solo 22,8% disponía de conexiones de alcantarillado y el resto usaba fosos sépticos y letrinas. Entre 1981 y 1984, la tasa anual de enfermedades transmitidas por los alimentos osciló entre un mínimo de 12,0 por 100.000 y un máximo de 48,2; entre 1985 y 1988 osciló entre un mínimo de 52,3 y un máximo de 71,1. Eso puede deberse al número elevado de vendedores ambulantes sin licencia que surgieron como resultado del creciente desempleo.

En una encuesta realizada en 1984 se descubrió que el

mantenimiento inadecuado era un problema que afectaba el funcionamiento de todas las instalaciones públicas y privadas de tratamiento de aguas negras. En una encuesta más reciente (1986) de 86 plantas pequeñas de tratamiento de aguas negras se descubrió que el mantenimiento se ha descuidado casi en todas, gran parte del equipo no funciona y los efluentes son de muy mala calidad. En casi todas las plantas públicas y privadas de tratamiento de aguas negras, la desinfección de efluentes es deficiente o nula.

El Instituto de Asuntos Marinos, pese a que no está equipado para vigilar regularmente las aguas costeras, estudió 10 playas populares para bañistas desde 1985 y encontró densidades excesivas de bacterias coliformes en siete de ellas. El Instituto atribuyó la mayor parte de la contaminación a descargas de aguas negras sin tratar o mal tratadas. Un sitio de Tabago estaba contaminado por la escorrentía de los terrenos destinados a la agricultura.

La gestión de los desechos sólidos ha mejorado mucho como resultado de las medidas tomadas a comienzos de los años ochenta. En 1980 se estableció la Compañía de Gestión de Desechos Sólidos (Solid Waste Management Company, Ltd.) para prestar asistencia técnica y administrativa a las autoridades encargadas de esa actividad. Hoy en día, dicha compañía recoge unas 320.000 toneladas de desechos sólidos por año y los evacua en seis rellenos sanitarios; sin embargo, se estima que anualmente se producen unas 16.000 toneladas de desechos peligrosos, que se evacúan de la misma forma que los inocuos. Por tanto, se necesita establecer una instalación nacional de evacuación de desechos peligrosos.

Aunque los plaguicidas se usan indiscriminadamente en la agricultura, no se ha evaluado su importancia como problema de salud pública.

Si bien la rotulación de los alimentos es obligatoria, la relacionada con la nutrición es facultativa. Sin embargo, por lo general no hay una observancia estricta de las disposiciones sobre rotulación de los alimentos estipuladas por la ley, y con frecuencia se omiten la fecha de vencimiento y el nombre y la dirección del fabricante.

URUGUAY

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

El período 1985–1988 fue de transición y ajuste: se recuperaron libertades y se volvió a poner en funcionamiento la maquinaria del gobierno civil, con las dificultades que esto implica, fundamentalmente en la revisión de proyectos y procedimientos que habían sido adecuados hace 15 años o más. Si bien no se ha elaborado un Plan Nacional de Desarrollo, existe un plan mínimo de gobierno, llamado Concertación Nacional Programática, acordado por representantes de todos los partidos políticos y de organizaciones sociales antes de comenzar el actual período gubernamental. La creación de un Sistema Nacional de Salud planteada por la Concertación no se concretó, y el proyecto de establecimiento de un Seguro Nacional de Salud presentado al Parlamento por uno de los partidos nunca fue discutido.

El cuatrienio de 1981–1984 incluyó el comienzo de la crisis económica, que ha afectado a Uruguay al igual que a los otros países de la Región. Comparados con los del período anterior, los indicadores económicos para 1985–1988 parecen buenos; el rápido crecimiento de la economía en 1986–1987 tendió a estabilizarse en 1988. El Cuadro 1 presenta datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC) sobre la evolución del PIB global y del PIB por habitante. Se aprecia que a pesar de la recuperación observada en 1986 y 1987, la variación acumulada para los dos cuatrienios es todavía negativa. La evolución del PIB por habitante solo pre-

sentó valores positivos en 1986 y 1987, y la variación acumulada para los dos cuatrienios es también negativa. Preocupa la corta duración del período de mejoría de estos indicadores, máxime cuando se tiene en cuenta que 1982 no es el primer año de deterioro de la economía uruguaya.

El endeudamiento externo del país continúa creciendo; para 1988 la deuda externa ascendía a \$US6.050 millones. El porcentaje sobre las exportaciones de bienes y servicios dedicado al servicio de la deuda ha aumentado notoriamente, y tuvo su punto culminante en 1985, con 47,8%. En el cuatrienio anterior (1981–1984) disminuyeron las exportaciones y las importaciones, con una relación de precios negativa, mientras que en el cuatrienio 1985–1988 se produjo un aumento en las exportaciones a partir de 1986, acompañado de un aumento de las importaciones, con un balance positivo.

El gasto del Gobierno Central como porcentaje del PIB se ha mantenido relativamente constante. Ha habido un aumento en el porcentaje del gasto público asignado a salud, que fue de 4,1% en 1982, 5,4% en 1983, 4,3% en 1984, 5,3% en 1985, 6,7% en 1986 y 6,2% en 1987.

Durante 1981–1984 el desempleo urbano alcanzó la cifra más elevada de la década: 14%. En el cuatrienio 1985–1988 ha ido disminuyendo, y ha ido acompañado de la reactivación económica del país, pero el porcentaje es aún elevado para el aceptado históricamente en Uruguay: 9,2% en 1988. Estas cifras no incluyen el subempleo, que es importante. No existe una diferencia significativa según edad, pero sí según sexo, ya que el desempleo es siempre mayor en las mujeres. Las tasas de desempleo más elevadas se encuentran en la construcción, la industria manufacturera y el comercio.

CUADRO 1								
Tasas anuales de crecimiento (%) del PIB global y por habitante, Uruguay, 1982–1988.								
	Tasa anual de crecimiento							Variación acumulada 1981–1988
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	
PIB	-10,1	-6,0	-1,3	0,2	7,0	5,3	0,0	-4,4
PIB por habitante	-10,7	-6,6	-2,0	-0,6	6,3	4,5	-0,8	-9,8

Fuente: CEPALC. Notas sobre la economía y el desarrollo. No. 470/471, diciembre de 1988.

El salario real aumentó durante 1985–1988, aunque no ha llegado a recuperar lo perdido (de 1968 a 1987 descendió un 50%); los incrementos reales fueron de 14,1, 6,7, 4,8 y 2,3% en cada uno de los años del período. Los precios al consumidor han aumentado entre 60 y 80% anualmente.

Según datos del último censo nacional, realizado en 1985, la tasa de analfabetismo para el país era de 4,3%, siendo mayor en los hombres que en las mujeres, diferencia que se hace más grande en el área rural.

El número total de viviendas particulares aumentó en 119.209 unidades entre los censos de 1975 y 1985; en las áreas urbanas aumentaron un 17% mientras que en el área rural decrecieron un 12%. El 75,2% de las viviendas tienen de 1 a 4 ocupantes, mientras que 24,8% tienen 5 o más. El 1,3% del total de las viviendas censadas en 1985 estaban construidas con material de desecho o se encontraban en edificios no destinados a vivienda.

En un estudio sobre las necesidades básicas en el Uruguay realizado por la Dirección General de Estadística y Censos y publicado en diciembre de 1988 se presentan los resultados de una investigación sobre las condiciones de vida de la población realizada a partir del censo de 1985. Los resultados aparecen desglosados por barrios de las ciudades y asentamientos o divisiones menores de los diversos departamentos. Se encontró que el 22,1% de los hogares del país tenían necesidades básicas insatisfechas; Montevideo era el departamento con el porcentaje menor (14,6%), mientras que cuatro departamentos (Artigas, Cerro Largo, Rivera y Tacuarembó) tuvieron porcentajes de alrededor del 40% aproximadamente.

En Montevideo la carencia crítica de los hogares se debe en primer lugar al hacinamiento. En el interior la carencia más crítica es el tipo de servicio sanitario, la segunda el hacinamiento y la tercera el abastecimiento de agua. El acceso al sistema educativo influye poco en el índice de necesidades básicas insatisfechas tanto en Montevideo como en el interior.

Características demográficas

La población total del país según el último censo (1985) era de 2.955.241 habitantes, de los cuales 1.311.976 (44,4%) vivían en el Departamento de Montevideo y 1.643.265 (55,6%) en el interior. La población urbana, que ascendía a 2.581.087, constituía el 87,3% del total. Al comparar estos datos con los del censo de 1975 se constata no solo que ha habido una disminución del porcentaje de la población rural sino que también ha habido un despoblamiento del campo, pues el volumen de su población ha disminuido de 474.100 a 374.150

(21,1%). Se hace difícil cuantificar cuánto de la población rural fue a parar a los centros poblados y cuánto emigró a otros países. El crecimiento de la población fue muy disparado según áreas geográficas; por ejemplo, en la zona del centro del país, de actividad fundamentalmente ganadera, hubo una pérdida neta de población. La razón de masculinidad oscila de 86 hombres por cada 100 mujeres en Montevideo a 181 hombres por cada 100 mujeres en el área rural de Durazno.

Las proyecciones de población indican que de 1980 al 2000 la población crecerá en solo un 12,4%, lo que representa un 0,585% anual. La razón de masculinidad pasa de 102 en 1950 a 97 en 1980 y 95 en el año 2000. Los cambios en la estructura según edad se aprecian tanto por la disminución en los menores de 5 años (de 9,5% a 8,1%) como por el aumento del grupo de 65 y más años, que pasa de 10,5 a 12,7% en el mismo período. Se aprecia además un comportamiento diferencial por sexo: para el año 2000 el porcentaje de mujeres de 65 y más años será de 14,5%, mientras que el de hombres será de 10,7%.

La fecundidad, que había descendido en la primera mitad del siglo, se mantuvo estable de 1950 a 1975, para después comenzar un descenso que tanto los datos del censo como los nacimientos registrados en 1985–1988 tienden a confirmar como de difícil reversión. En el trabajo titulado "Uruguay: estimaciones y proyecciones de población por edad y sexo, total del país 1950–2025" (Dirección General de Estadísticas y Censo, marzo de 1989) se afirma, como posible explicación del comportamiento de la fecundidad: "Con independencia de la tendencia histórica corresponde destacar que esta reducción parece ser el reflejo de cambio en el patrón de constitución de familias manifestado a través de una reducción de las tasas de nupcialidad y un incremento del peso relativo de las uniones no formales. Al mismo tiempo se verifica un descenso efectivo en las tasas de fecundidad legítima, esto es, de aquellas correspondientes a nacimientos ocurridos dentro de los matrimonios".

De las estimaciones realizadas se desprende que la tendencia refleja un descenso de las tasas bruta y neta de reproducción cercana al nivel de reemplazo, lo que implicaría un envejecimiento más notorio de la población. El valor de la tasa neta de reproducción fue estimado en 1,14 para 1985–1990.

El flujo de emigración de los últimos 20 años no siguió un proceso uniforme, habiendo experimentado períodos con alta concentración de salidas y otros de declinación o estabilidad. La información disponible no alcanza para delimitar esos períodos ni las características principales de las corrientes migratorias. Durante el período entre los censos se produjo el retorno de emigrantes, acompañado de una corriente de inmigrantes compuesta en su mayoría por hijos nacidos en el exterior de emigrantes que retornan.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

Se considera que se registra el 100% de las defunciones que ocurren en el país. El Registro Civil data de 1879 y cubre todo el territorio nacional por medio de 230 oficinas locales. El 96% de los nacimientos ocurre en hospital y el 99% es certificado por un médico o una partera universitaria. El subregistro de nacimientos es muy bajo (2-3%).

En 1985 el 100% de las defunciones tuvieron certificado médico, lo que se ve facilitado por las características del país y de su sistema de servicios, así como por el elevado número de médicos, que aunque desigualmente distribuidos (con gran concentración en la capital) alcanzan en el interior a un número elevado. Hay 2,2 médicos por cada 1.000 habitantes.

La tasa bruta de mortalidad se mantiene en valores aproximados de 10 por 1.000 habitantes desde 1950. Como la población ha envejecido, la disminución real de la mortalidad no se ve reflejada en la tasa bruta. De acuerdo con las proyecciones, esta tasa seguiría manteniéndose estable, en valores aproximados de 10.

Ya a principios del siglo XX la esperanza de vida al nacer era de 50,8 años, llegando a 68,5 en 1963-1964; después vino un decenio de estancamiento, ya que para 1974-1976 fue 68,9 años, y luego aumentó significativamente y en 1984-1986 alcanzó 71,6 (74,9 en mujeres y 68,4 en hombres).

Teniendo en cuenta que la mortalidad infantil disminuyó hasta 21 por 1.000 nacidos vivos en 1988 y que también bajó en las otras edades de la niñez, es posible prever que para 1990 la esperanza de vida será de 70 años para los hombres, 76 para las mujeres y 73 para ambos sexos.

En el Cuadro 2 aparece la estructura de la mortalidad para el total de la población, por sexo, en 1980, 1984 y

1987, según grupos de edad. Se observa una disminución en la importancia relativa de los tres primeros grupos de edad (menores de 5, 5-44 y 45-64 años), mientras que aumenta el último (65 y más), como reflejo del envejecimiento de la población. Los porcentajes son siempre inferiores en las mujeres de menos de 65 años. El doble efecto de envejecimiento y sobremortalidad masculina frente a la femenina, hace que para 1987, de cada cuatro mujeres que mueren, tres sean de 65 y más años de edad.

El 7,2% de las defunciones en 1985 correspondió a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" (el 10,0% en Montevideo y el 4,4% en el interior). Se considera que el mayor porcentaje en Montevideo se debe a muertes súbitas en las cuales no pudo establecerse el origen y que se certifican como tales o se pasan al médico forense; muertes en el domicilio, muchas veces de pacientes en etapa terminal, dados de alta de un hospital y que al momento de la muerte no se consigue certificación del médico tratante, pasando el caso al forense; y muertes en un hospital de pacientes aún sin diagnóstico claro y que se diagnostican como de causa desconocida o se pasan al forense. En casi todos los casos el forense se limita a constatar el fallecimiento y su carácter no violento. En el interior el mejor conocimiento de las personas en un medio pequeño determina que por lo general se encuentre al médico tratante, quien extiende debidamente el certificado.

Más del 80% de los certificados de defunción identifican entre dos y tres causas. Desde hace décadas se mantiene un sistema de reparos, mediante el cual se solicitan datos más amplios a los médicos firmantes de certificados incompletos o dudosos. En un estudio reciente se comparó una muestra de los certificados de defunciones ocurridas en hospitales públicos y privados de todo el país, con su respectiva historia clínica, a fin de determinar el grado de correspondencia entre los diagnósticos de ambos documentos. Los resultados mostraron que en el 75% de los casos coinciden los datos anotados en el certificado de defunción y la información de la historia clínica. En el 14,4% de los casos no hubo coincidencia, pero

Edad (años)	1980			1984			1987*		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Menores de 5	7,6	7,7	7,5	6,1	6,1	6,0	5,1	5,2	4,9
5-44	7,0	8,0	5,9	6,1	7,0	5,1	6,4	7,3	5,2
45-64	22,2	26,7	16,6	21,4	26,1	15,7	20,7	25,3	15,3
65 y más	63,2	57,6	70,1	66,4	60,8	73,2	67,9	62,2	74,7

*Datos provisionales

se constató una tendencia a desplazar la causa básica de defunción hacia categorías residuales del mismo capítulo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, por lo cual en estos casos la estructura por causa de la mortalidad no resulta sustancialmente afectada.

Las enfermedades del aparato circulatorio son causa predominante de muerte (Cuadro 3), especialmente en mujeres, aunque a lo largo del período analizado su porcentaje haya variado poco. Los tumores de todo tipo siguen aumentando en importancia como causa de muerte, especialmente en hombres. Se observa un claro diferencial según sexo en relación a las muertes por accidentes y violencia: el porcentaje de muertes de hombres duplica al de mujeres. Es clara la disminución de la mortalidad asociada a la primera infancia (congénitas y perinatales), que pasan de un 4,3 a 3,0% entre 1980 y 1987.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

En 1988 la tasa de mortalidad infantil era de 20,9 por 1.000 nacidos vivos (1.078 defunciones) y en 1980 había sido de 37,6 (2.024 defunciones) o sea que en esta década se ha reducido a casi la mitad de su valor.

El Cuadro 4 presenta los valores asociados a la mortalidad infantil desde 1980 a 1988, según componentes (neonatal, posneonatal, fetal y neonatal precoz), así como la mortalidad materna. Es evidente la disminución de la mortalidad infantil, a lo largo del período, en los dos componentes, neonatal y posneonatal, aunque más claro en este último; su valor más reciente es de 9,5% en 1987, lo que indica que todavía es posible reducir la mortalidad infantil. En la mortalidad neonatal la disminución se ha dado fundamentalmente por la disminución de las muertes en la primera semana (neonatal precoz). La evolución de la mortalidad materna ha sido muy paralela a la de la mortalidad infantil. En 1987 se registraron 14 muertes maternas.

En el Cuadro 5 se observan los cambios ocurridos entre 1985 y 1987 en la tasa de mortalidad infantil cuando se la analiza por componente (neonatal y posneonatal), institución (Ministerio de Salud Pública, mutuales y sector privado), así como en Montevideo e interior. De los datos se infiere que los cambios ocurridos en esos años se debieron principalmente a que la tasa de la población beneficiaria del sector público pasó de 43 a 34 por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, la posibilidad de disminución adicional de la tasa de mortalidad infantil en el país se aprecia al observar que en 1987 su valor fue de 12,7 para mutuales y sanatorios, que atienden a más del 50% de la población del país, mientras que para el sector público

CUADRO 3

Mortalidad proporcional por grupos de causas, según sexo, Uruguay, 1980, 1984 y 1987.

Causa	1980			1984			1987*		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Aparato circulatorio (390-459)	40,7	37,3	44,9	41,8	38,2	46,3	41,2	37,7	45,2
Tumores (140-239)	20,3	20,7	19,7	21,6	22,9	20,1	22,3	24,2	20,6
Infecciosas y parasitarias; deficiencias nutricionales; infecciones respiratorias agudas; influenza, neumonía y meningitis (001-139, 260-269, 460-466, 480-487, 320-322)	5,7	5,5	6,1	5,5	5,3	5,9	5,1	4,4	5,9
Otras crónicas y/o degenerativas (diabetes, úlceras, cirrosis, bronquitis, enfisema, asma, nefritis, nefrosis) (250, 531-535, 571, 490-493, 580-589)	6,3	6,9	5,6	6,1	6,5	5,6	5,7	6,0	5,5
Accidentes y violencias (accidentes y efectos adversos; homicidios, suicidios, etc.) (E800-E999)	6,7	8,6	4,3	5,2	6,7	3,4	6,0	7,7	3,9
Anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal (740-779)	4,3	4,4	4,1	3,3	3,3	3,1	3,0	3,1	2,8
Resto de las causas bien definidas	8,8	8,7	9,0	9,2	9,4	8,9	10,4	10,5	10,3
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-796)	7,3	8,0	6,4	7,3	7,8	6,7	6,2	6,4	5,9

*Datos provisionales.

CUADRO 4							
Tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna, Uruguay, 1980-1988.							
Año	Infantil	Neonatal	Posneonatal	Perinatal	Fetal	Neonatal precoz	Materna ^a
1980	37,6	22,6	15,0	32,9	14,3	18,6	5,0
1981	33,4	19,6	13,8	30,4	14,2	16,2	6,1
1982	29,9	18,7	11,2	28,8	13,6	15,2	3,7
1983	28,6	17,7	10,9	28,6	14,5	14,1	3,9
1984	30,1	17,8	12,3	26,5	13,0	13,5	3,7
1985	29,3	17,1	12,2	25,7	12,5	13,2	4,3
1986	27,7	15,6	12,1	23,5	11,8	11,7	4,0
1987	23,8	14,3	9,5	23,5	12,4	11,1	---
1988 ^b	20,9	---	---	---	---	---	---

^aTasa por 10.000 nacidos vivos.

^bCifras provisionales.

CUADRO 5						
Tasas de mortalidad infantil por área geográfica y componentes, según instituciones de salud, Uruguay, 1985 y 1987. ^a						
Área geográfica y componente	Todas las instituciones		Ministerio		Mutuales y sanatorios	
	1985	1987	1985	1987	1985	1987
Total del país	29,4	23,8	43,0	34,0	13,8	12,7
Menos de 4 semanas	17,3	14,4	25,0	21,8	11,2	9,3
4 semanas-11 meses	12,1	9,4	18,0	12,2	2,6	3,4
Montevideo	23,5	19,9	50,3	33,7	12,3	12,7
Menos de 4 semanas	13,6	11,4	26,6	20,6	10,0	8,8
4 semanas-11 meses	9,9	8,5	23,7	13,1	2,3	3,9
Interior	35,8	27,9	44,8	34,2	15,1	12,8
Menos de 4 semanas	21,4	17,5	27,4	22,4	12,3	9,9
4 semanas-11 meses	14,4	10,4	17,4	11,8	2,8	2,9

^aEl número de muertes de menores de 1 año fue 2.024 en 1980, 1.605 en 1984, 1.579 en 1985, 1.502 en 1986, 1.275 en 1987 y 1.078 en 1988 (datos provisionales). El número de nacimientos vivos ocurridos en esos años osciló entre 53.400 y 53.900. Se presenta la tasa por 10.000 nacidos vivos.

Fuente: División Estadística, Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 1989.

fue de 34. Las diferenciales socioeconómicas podrían ser un factor determinante, ya que en la población usuaria del Ministerio, tanto la mortalidad perinatal como la infantil son de 3 a 9 veces más elevadas que en las instituciones privadas.

En el Cuadro 6 se presenta el total de defunciones de menores de 1 año y las tasas por 1.000 nacidos vivos según causas, para 1980, 1984 y 1987. Sobresale la disminución de las defunciones por infecciones intestinales (diarreas) entre 1980 y 1987 de 202 a 23. La campaña realizada por el Ministerio mediante el programa de con-

trol de las diarreas, la educación y la entrega de sales de rehidratación oral probablemente ha sido la causa de este éxito. También es clara la disminución de las defunciones por afecciones originadas en el período perinatal. Como tercera causa, pero lejos de las dos anteriores, están las enfermedades respiratorias (IRA, influenza, neumonía). Las otras causas han cambiado poco, y las causas externas (accidentes y violencia) empeoraron.

En 1985, de los 53.766 nacidos vivos 4.248 tuvieron un peso al nacer inferior a los 2.500 g (7,9%) y 4.118 lo tuvieron superior a los 4.000 g (7,6%).

CUADRO 6						
Tasas de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos), por grupos de causas, Uruguay, 1980, 1984 y 1987.						
Causas	1980		1984		1987 ^a	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Todas las causas	2.024	37,60	1.604	30,10	1.275	23,80
Infecciones intestinales	202	3,75	145	2,72	23	0,43
Septicemia	28	0,52	47	0,88	24	0,45
Enfermedades inmunoprevenibles ^b	4	0,07	—	—	9	0,17
Deficiencias nutricionales	78	1,45	76	1,43	78	1,46
Enfermedades del sistema nervioso	51	0,95	39	0,73	31	0,58
Infecciones respiratorias, influenza, neumonía	113	2,10	78	1,46	70	1,31
Anomalías congénitas	214	3,98	218	4,09	195	3,64
Afecciones perinatales	990	18,39	698	13,10	606	11,31
Accidentes y violencia	33	0,61	59	1,11	53	0,99
Resto de las causas bien definidas	125	2,32	90	1,69	85	1,57
Mal definidas	186	3,46	154	2,89	101	1,89

^aDatos provisionales.

^bTuberculosis, difteria, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola.

También ha disminuido la mortalidad en el grupo de 1-4 años de edad, en el que se produjeron 240, 212, 184 y 187 defunciones en 1980, 1984, 1985 y 1986, respectivamente. De acuerdo con los valores definitivos del censo de 1985, la tasa en ese año fue de 8,96 por 10.000 niños de ese grupo.

Es difícil obtener información precisa sobre el estado nutricional de la población, ya que la mayoría de los estudios se han basado en la población atendida por el Ministerio de Salud Pública, que cubre al sector de menores ingresos. Por otro lado, la alimentación no había constituido un problema debido a las políticas de redistribución que imperaron durante décadas. En la década de 1970 y comienzos de la de 1980 se produjo una importante concentración del ingreso, y aumentó el porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza (de 9,4% para Montevideo en 1963 a 25% en 1984). Según datos de la encuesta alimentaria mundial realizada por la FAO en 1985, la disponibilidad de energía alimentaria per cápita disminuyó un 0,5% entre los períodos 1969-1971 y 1979-1981, pasando de 2.982 calorías/día en el primero a 2.834 en el segundo.

De acuerdo con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre incidencia de desnutrición en Montevideo entre 1980 y 1985 en seis centros de salud

de la periferia urbana con población de alto riesgo, el 39% de los menores de 5 años estaban desnutridos según criterio de peso/edad en la población atendida por el Ministerio.

En 1987 el Instituto Nacional de Alimentación y Enseñanza Primaria realizó un censo de talla/edad en los niños del primer año escolar de todas las escuelas públicas del país (que cubre a más del 85% de todos los niños) y encontró que en el 20% de los niños dicha relación estaba por debajo de -1 desviación estándar y en 4% por debajo de -2 desviaciones estándar. Es importante señalar que el 75% de dichos niños se encontraba en el 21% de las escuelas, identificando claramente las áreas de mayores carencias. El deterioro del estado nutricional de la población puede relacionarse con el aumento del costo de la canasta familiar de alimentos, cuyo valor supera el salario mínimo a partir de 1980.

En 1988 se registraron 25 defunciones por diarrea en menores de 1 año (en 54.728 nacimientos) y 9.417 casos (4.424 en Montevideo y 4.993 en el interior). El programa de control de enfermedades diarreicas con terapia de rehidratación oral garantizó la producción anual y distribución de sales; en 1983 se produjeron 30.350 sobres y en 1988 517.000 sobres.

Las infecciones respiratorias agudas son las principales

causas de consulta en los centros de salud y policlínicas y son la sexta causa de egresos en establecimientos del Ministerio en el grupo de menores de 1 año.

En lo que se refiere a las enfermedades inmunoprevenibles, de 1984 a 1988 se notificaron 2.144 casos de tos ferina (25 de ellos en 1988) y 1.912 de sarampión (76 en 1988). No se registraron casos de poliomielitis, tétanos neonatal ni difteria. Desde el 1 de enero de 1987 la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis tiene un sistema de registro computadorizado de todos los niños recién nacidos del país que permite el control, vigilancia y seguimiento de cada uno de ellos y coberturas mensuales y por departamento. Las coberturas de inmunización en niños menores de 1 año en 1986, 1987 y 1988 fueron: BCG 96, 98 y 99%; DPT (3ª dosis) 70, 78 y 83%; poliomielitis (oral) (3ª dosis) 65, 78 y 83%, respectivamente.

Salud de los adolescentes (15 a 24 años)

El embarazo en adolescentes, sin que sea de gran magnitud, es sin embargo un problema, con diferencias según el nivel socioeconómico. El 12% de todos los partos en 1985 correspondió a madres de 15 a 19 años. Este grupo tiene una tasa de fecundidad de 57 por 1.000. (Los nacimientos de madres menores de 15 años fueron solo 3 por 1.000 nacimientos en 1985.) De los 6.442 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años en 1985, el 12% tuvo un peso al nacer inferior a 2.500 g, muy superior al porcentaje sobre el total de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 g.

Durante 1985-1986 se realizaron varias investigaciones sobre el uso de tabaco, alcohol, barbitúricos y anfetaminas por adolescentes de ambos sexos entre los 12 y 18 años. Los resultados indicaron que entre un 30 y un 40% tenía algún tipo de "adicción", con preponderancia de alcohol y tabaco.

El grupo de 15 a 24 años de edad presentaba tasas de mortalidad de 96,9 por 100.000 en hombres y de 45,5 en mujeres, lo que revela el gran diferencial de mortalidad según sexo que se acentúa en esta edad (240 defunciones de hombres y 110 de mujeres). La sobremortalidad masculina se presenta no solo en accidentes y violencias (153 muertes de hombres y 43 de mujeres) sino también en otras causas (tumores, corazón, respiratorias).

Salud de los adultos (25 a 64 años)

Las tasas de mortalidad aumentan junto con la edad y también se acentúa la sobremortalidad masculina. En el Cuadro 7 se presentan las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por sexo y grupos de edad para 1986.

Las tres primeras causas de defunción en el grupo de 25 a 64 años son las mismas en Montevideo y el interior:

CUADRO 7				
Tasas de mortalidad por sexo y grupos de edad seleccionados, por 100.000 habitantes, Uruguay, 1986.				
Sexo	Edad (años)			
	25-34	35-44	45-54	55-64
Hombres	147,9	291,9	743,4	1.912,5
Mujeres	94,9	201,4	375,6	858,0

enfermedades del aparato circulatorio, cáncer y accidentes. En 1986 las enfermedades del aparato circulatorio, que son la primera causa de muerte en todo el país, fueron la causa de 1.501 defunciones de hombres y 728 de mujeres y del 31,1% y el 28,4% del total de muertes de ese grupo.

En el Cuadro 8 se presentan las tasas de defunción en 1986, por enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y por accidentes y violencia (E47-E56) según grupos de edad.

Las cinco primeras causas de defunción en el grupo de las enfermedades del aparato circulatorio en 1986 fueron enfermedad isquémica del corazón; enfermedades cerebrovasculares; enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón; arteriosclerosis, y otras enfermedades de las arterias, de las arteriolas y los vasos capilares. Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son mucho más elevadas en Montevideo que en el interior.

Las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos entre los que murieron por esa causa fueron: trá-

CUADRO 8				
Tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y accidentes y violencia, por 100.000 habitantes y grupos de edad seleccionados, Uruguay, 1986.				
Causa	Edad (años)			
	25-34	35-44	45-54	55-64
Aparato circulatorio				
Hombres	14,6	65,4	214,1	664,4
Mujeres	16,1	32,2	105,6	272,6
Tumores malignos				
Hombres	15,6	52,5	233,3	632,7
Mujeres	26,9	78,8	154,1	319,1
Accidentes y violencia				
Hombres	79,3	85,2	77,7	104,1
Mujeres	21,5	24,7	17,4	39,5

quea, bronquios y pulmón; colon; mama de la mujer; estómago, y próstata. Las principales causas de defunción dentro del grupo de accidentes y violencia (E47-E56), en las personas de 25 a 64 años, son: accidentes de vehículos de motor; suicidios; ahogamiento y sofocación; caídas, y homicidios.

El Departamento de Oncología ha llevado desde 1963 un registro de tumores de cuyo análisis se sacan las siguientes conclusiones. En 2.612 casos con diagnóstico histológico analizados para 1983-1985 se destaca la alta frecuencia del cáncer de pulmón en el hombre (19,8%) y el de mama en la mujer (29,2%). Sigue en frecuencia el cáncer colo-rectal (14,2% en hombres y 12,4% en mujeres). En los hombres predominan netamente los tumores tabaco-dependientes (44,6%) y en las mujeres los relacionados con sus órganos sexuales (53,1%).

De 3.450 mujeres mayores de 25 años (edad promedio, 57,4 años) examinadas en 1985 se diagnosticaron 20 casos de cáncer de mama; el 90% estaba en estadios iniciales y dos casos estaban en estadio III. La incidencia de cáncer de mama en 1985 en el Centro Asistencial Médico del Uruguay (CASMU) según los métodos convencionales fue de 1,6 por 1.000 mujeres mayores de 25 años. La incidencia encontrada en el programa, para el mismo grupo de edad fue de 5,8 por 1.000. Las tasas específicas más elevadas, exceptuando a las mayores de 70 años, correspondieron al grupo de 45 a 49 años (con 12,3 por 1.000) y al de 55 a 59 años (7,1 por 1.000).

Salud de las personas de edad avanzada (65 y más años)

El grupo de 65 y más años constituía en 1985 el 11,5% de la población del país; el 58% son mujeres. En Uruguay los ancianos tienden a vivir solos o en hogares o instituciones dedicadas a su cuidado, pero que presentan graves carencias.

La Seguridad Social cubre a 743.337 personas (24,7% de la población del país), de las cuales 383.607 son jubilados y 359.730 pensionistas. Es posible que esta cifra encubra duplicaciones, como las que pueden existir entre los beneficiarios de las cajas "públicas" y las cajas profesionales.

Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos, en 1987 de los 334.907 jubilados del Banco de Previsión Social, 289.119 (86,3%) tenían 60 y más años y de los 194.563 pensionistas, 86.851 (44,6%) tenían esa edad. El 75% de los jubilados y el 97% de los pensionistas recibían pasividades de hasta \$US100, cifra insuficiente para cubrir sus necesidades. Cabe señalar que aquellas personas cuya atención médica está cubierta a través de la Seguridad Social mientras están en actividad, pierden este beneficio al jubilarse.

El 66% de todas las defunciones ocurren en el grupo de 65 años y más. La primera causa de muerte en este

grupo son las enfermedades cardiovasculares, con un 48,6% de las muertes. De estas, el infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón constituyen el grupo más grande (31,9%). Los tumores malignos son la causa del 22% de las muertes en este grupo, siendo las principales localizaciones el cáncer de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres. Las enfermedades pulmonares (bronquitis, asma, enfisema y otras) constituyen la tercera causa de muerte y la incidencia en los hombres es más del doble que en las mujeres.

Salud de la mujer

Según el censo de 1985 las mujeres constituyen el 51,2% de la población del país, y de ellas un 12,3% tiene 65 y más años de edad, en comparación con 9,5% de los hombres. La tasa global de fecundidad para todo el país era de 2,7 hijos por mujer, variando de 2,3 en Montevideo a 3 hijos por mujer en el resto del país. Entre otras causas del descenso de la fecundidad y la natalidad se considera importante el aumento del nivel educativo de la mujer y su creciente incorporación al mercado de trabajo, sobre todo a partir de la crisis de este decenio. En 1975 la tasa de actividad para el sexo femenino era de 27,7%, la que ascendió a 32,4% en 1985.

Los servicios de planificación familiar son escasos, por lo que se estima que gran parte de los anticonceptivos se usan sin el control necesario para evitar los riesgos que podrían implicar para la salud. Por otra parte, a pesar de que no existen datos precisos sobre el aborto dada su ilegalidad, las estimaciones más conservadoras indican que ocurre por lo menos igual número de abortos que de nacimientos.

Las tres primeras causas de muerte en la mujer son las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes. Entre los tumores llama la atención la baja incidencia del cáncer de cuello de útero y la elevada incidencia del cáncer de mama. La mortalidad materna fue discutida junto con la infantil (véase el Cuadro 4).

Salud del trabajador

Por ley todas las empresas privadas han de inscribir a sus trabajadores en el Banco de Seguros del Estado, que además de prestaciones económicas, brinda atención médica en los casos de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Hay 400.000 trabajadores asegurados.

Problemas que afectan a la población general

El área de salud bucal es una de las más críticas que confronta el sistema de salud en Uruguay. Por un lado,

hay una alta prevalencia de caries dentales (98% de la población en general), enfermedades periodontales (78%), enfermedades de los tejidos blandos y duros (25%), cáncer bucal (15% aprox.) y por otro una falta notoria de programas masivos de prevención (fluoruración, por ejemplo). Los recursos humanos se concentran en las grandes ciudades (el 76% de los 3.035 odontólogos está en Montevideo) y con carencia de personal auxiliar.

Las enfermedades de transmisión sexual tienen un gran subregistro. Entre 1984 y 1988 se notificaron 15.953 casos de sífilis, 16.900 de gonococcia y 27.033 de otras ETS. Se apreció un aumento en estas últimas de 15,6% en 1984 a 58,9% en 1988; en cambio la sífilis bajó de 38 a 22,6% y la infección gonocócica de 46,4 a 18,5%. Desde 1983 hasta el 1 de marzo de 1989 se había registrado un total acumulado de 50 casos de SIDA con 29 defunciones y 309 VIH positivos.

El vector de la enfermedad de Chagas aún se encuentra en el norte del país, especialmente en las zonas rurales. Entre 1984 y 1988 se notificaron 379 casos (98 de ellos en 1988). En lo que se refiere a la hepatitis A, es más frecuente y endémica en las zonas con malas condiciones sanitarias; entre 1984 y 1988 se notificaron 10.242 casos (4.539 correspondieron a 1986).

La tendencia de la tuberculosis va en descenso: 1.082, 1.023 y 900 casos notificados en 1986, 1987 y 1988, que representan tasas de 35,7, 33,5 y 29,4 por 100.000 habitantes respectivamente. Se registraron 131 defunciones en 1980 (6 en menores de 25 años), 100 en 1985 (2 en menores de 25 años) y 85 en 1986 (1 en menores de 25 años). Para 1985 las tasas fueron de 4,1 y 1,5 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres, respectivamente.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Características del sistema de salud

El sector público está integrado por el Ministerio de Salud Pública, la Dirección General de la Seguridad Social, y otros servicios médicos dependientes del Ministerio del Interior, del Ministerio de Defensa Nacional, de la Universidad de la República (Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina), de las intendencias municipales, y de entes autónomos y servicios descentralizados. El sector privado está integrado por instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y por sanatorios, casas de salud y atención privada no institucional.

El Cuadro 9 muestra la cobertura de cada uno de estos sectores según datos de la Encuesta Familiar de Salud de 1984, actualizados para la cobertura mutual por SINADI

CUADRO 9		
Cobertura de los servicios de salud según subsector, Uruguay, 1988.		
Subsector	Institución	Población cubierta (%)
Oficial	Ministerio de Salud y Hospital de Clínicas	28,5
	Fuerzas Armadas y Policía	10,5
	Otras	1,0
Privado	IAMC* (mutualistas)	50,5
	Sanatorios privados y otros de pago directo	9,5

*Instituciones de asistencia médica colectiva.
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 1988 y Encuesta Familiar de Salud, 1984.

en 1988. Las IAMC cubrían en 1988 el 50,5% de la población del país, siendo esta cobertura de 73,9% en Montevideo y de 30,1% para el resto del país. Estas cifras, obtenidas del SINADI, pueden encubrir el hecho de que muchas personas domiciliadas en el interior del país pueden estar afiliadas a instituciones de Montevideo.

La Ley de Rendición de Cuentas de 1986 (aprobada en 1987) creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que prevé prácticamente la separación entre los servicios médicos del Ministerio y su sector normativo y de control. Esto aún no se ha puesto en práctica estrictamente y existen múltiples indefiniciones en materia de competencias. Otra de las funciones de la ASSE es la coordinación con otros servicios de salud, tanto públicos como privados. La ASSE se encuentra además estudiando los aspectos legales y administrativos de la descentralización.

La Seguridad Social brinda servicios de atención médica a través de dos modalidades: a) Servicio maternoinfantil: la Dirección de Asignaciones Familiares brinda control del embarazo, atención del parto y control del niño sano a la mujer trabajadora o a la esposa del trabajador, y b) Atención médica integral: la Dirección de Seguro de Salud por Enfermedad brinda atención médica mediante la afiliación del trabajador a una IAMC. Esta modalidad ha crecido en los últimos años mediante la incorporación de nuevos grupos de trabajadores; de 247.093 personas cubiertas en 1983 pasa a 471.948 en 1987.

Políticas, planes y programas prioritarios

Con respecto a las políticas y programas de salud, el Ministerio está dando especial énfasis a los temas de descentralización y sistemas locales de salud, pero el funcio-

namiento real no se ha modificado. Los programas prioritarios continúan siendo los del área materno-infantil: control de la madre y el niño, nutrición, inmunizaciones, etc. Se ha creado en este período el Programa de Salud Mental, cuya actividad es fundamentalmente diagnóstica y que tiene entre sus principales objetivos lograr la desinstitucionalización de los pacientes crónicos. No existen programas de salud del adulto y enfermedades crónicas, a pesar de ser estos los principales problemas de salud en el país.

Capacidad instalada y producción de servicios

El Ministerio de Salud Pública cuenta con 8.948 camas, de las cuales 5.289 se encuentran en Montevideo; 3.688 corresponden a hospitales de larga estancia (crónicos). A estas deben sumarse las 755 camas del Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad, 430 de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, 136 del Hospital del Banco de Seguros y 83 de la Seguridad Social (solo para obstetricia). El sector privado cuenta con 2.345 camas en el sector mutual y 1.436 en hospitales privados en el sentido estricto, parte de las cuales son utilizadas realmente por el sector mutual.

El Cuadro 10 muestra una serie de indicadores de producción de los servicios del Ministerio en 1987. El número de egresos, 126.123, parece bajo en relación con la capacidad instalada, máxime si se tiene en cuenta que en el mismo período las IAMC tuvieron 160.000 egresos con menor cantidad de camas propias (aunque subcontratan con el sector privado). El mismo cuadro muestra problemas importantes en la eficiencia de los servicios del Ministerio. El porcentaje ocupacional en el interior del país es de 51,9%. Los promedios de días de estancia muestran una diferencia importante entre los estableci-

mientos de Montevideo (38,8) y del interior (8,1). Esto podría explicarse en parte por la concentración de las camas de larga estancia en Montevideo, pero aun para los hospitales de agudos el promedio es de 15,0, lo que se considera muy elevado.

En 1987 había 50 instituciones particulares de asistencia médica colectivizada (IAMC); de ellas solo cuatro tenían más de 50.000 afiliados, todas ubicadas en Montevideo (con el 39% del total de afiliados del país y el 58% de los de Montevideo). Como son estas las instituciones que tienen la mayor capacidad instalada y la mejor capacidad de resolución, se deduce que un porcentaje apreciable de los afiliados a ellas son de hecho residentes en el interior del país y no en Montevideo.

Tanto sea por residencia (Montevideo, interior) como por forma de organización (mutual, cooperativas), durante 1985-1987 el número de consultas por afiliado es cerca de 6 por año; la estabilidad también se presenta en las hospitalizaciones (alrededor de 100 egresos por 1.000 afiliados).

Dado que el número de hospitalizaciones en instituciones del Ministerio y en las IAMC sumaría unos 280.000 egresos al año (cifra que no incluye al Hospital de Clínicas, Fuerzas Armadas, Policía, otros servicios públicos y el sector privado por pago directo de servicios), el volumen anual de egresos superaría los 300.000. Esto significa que para todo el país las hospitalizaciones superarían 100 por 1.000 habitantes por año.

Recursos humanos

Uruguay es uno de los países con mayor densidad de médicos de la Región. En 1986 había un médico por cada 357 habitantes, con gran concentración en la capital, donde había 1 médico por cada 192 habitantes, mientras

CUADRO 10

Indicadores de las actividades desarrolladas en los establecimientos de internación del Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 1987.

Lugar/ Tipo	Promedio diario camas disponibles	% de ocupación	No. de egresos			Promedio diario de		Giro de camas	Promedio días estancia
			Total	Altas	Defun- ciones	Ingre- sos	Egre- sos		
Total	8.826	70,2	126.123	121.035	5.088	348,8	345,8	14,3	17,9
Montevideo	5.163	83,2	40.352	38.202	2.150	114,6	110,6	7,8	38,8
Agudos	1.913	78,1	36.312	34.563	1.749	106,8	99,5	19,0	15,0
Crónicos	3.250	86,2	4.040	3.639	401	7,8	11,1	1,2	253,1
Interior	3.663	51,9	85.771	82.833	2.938	233,5	235,2	23,4	8,1

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

que en el resto del país había 1 médico por cada 1.125 habitantes.

Según el registro de médicos activos del Sindicato Médico Uruguayo, la distribución de médicos según sexo en 1989 era: 5.044 hombres y 3.470 mujeres. A partir de 1983 el número de mujeres que se reciben de médicas supera al de los hombres y la distribución por sexo de los estudiantes de medicina hace suponer que esta tendencia va a continuar, proyectándose para 1995 una proporción de 3 hombres por cada 7 mujeres médicas recibidas. El multiempleo es característica de la población médica y se debe a las bajas remuneraciones y a las pocas horas semanales que los empleos en los diferentes subsectores exigen a sus médicos.

Existe una sola Escuela de Enfermería de nivel universitario. La formación de los auxiliares de enfermería, por su parte, está a cargo de la Escuela de Sanidad, dependiente del Ministerio de Salud Pública, pero existen numerosos centros de formación, tanto en Montevideo como en el interior, cuya calidad no es pareja.

Había 397 enfermeras universitarias que declaran ejercicio de la profesión, y 1.088 que declaran no ejercicio. Se desconoce el número de auxiliares de enfermería existentes en el país. La falta de enfermeras universitarias constituye una de las principales dificultades para el funcionamiento de los servicios de salud, lo que se ve agravado en el caso del Ministerio, que por pagar salarios inferiores a los del sector privado no constituye una fuente de trabajo deseable para un recurso escaso. La redefinición del papel de la enfermería, asimismo, hace que cada vez menos enfermeras estén disponibles para el trabajo directo con los pacientes, cumpliendo en gran medida funciones administrativas.

En el caso de las parteras, la distribución entre Montevideo y el interior solo es aproximadamente pareja debido a la distinta modalidad de atención del parto en los hospitales del interior. El resto del personal de salud es

formado por la Escuela de Tecnología Médica, dependiente de la Universidad de la República, y por la Escuela de Sanidad, dependiente del Ministerio.

La crisis económica actual y en especial la restricción del gasto público han provocado una gran cantidad de cargos vacantes en el Ministerio en el campo estrictamente de atención a las personas, que no han sido cubiertos.

Según el censo universitario de 1988 había 6.698 alumnos de medicina (2.750 hombres y 3.948 mujeres), 1.283 en odontología (404 hombres y 879 mujeres), 687 auxiliares de odontología, 670 de enfermería, 153 de nutrición y dietética, 49 parteras y 2.410 de tecnología médica. En el Cuadro 11 se presenta el número de egresados en 1987. A partir de esos datos se observa la modificación de la formación de médicos y, en menor medida, de odontólogos. Además, se observa la marginación de la enfermería, el predominio del sexo femenino entre los egresados y el aumento de la formación de tecnólogos médicos.

Tecnología en salud

La industria farmacéutica nacional elabora sus productos a partir de materia prima importada. Existen 89 empresas, 22 de las cuales son transnacionales norteamericanas y europeas y cubren el 69% del mercado. El Ministerio de Salud Pública cuenta con su propio laboratorio que produce diversos medicamentos. También está encargado del registro y control de calidad de los medicamentos a la venta en el país, pero el laboratorio que cumple esta función está financiado en forma conjunta por la propia industria. Hay casi 20.000 productos registrados, de los que se comercializan unos 2.000 en 2.800 presentaciones. Existe un Listado de Medicamentos Esenciales, que contiene unos 400 productos, utilizado solamente en los servicios dependientes del Minis-

Número de egresados de diversas facultades y escuelas, por sexo, Uruguay, 1987.						
Facultad/Escuela	1986			1987		
	Total	M	F	Total	M	F
Medicina	346	168	178	495	254	241
Odontología	130	39	91	142	26	116
Química farmacéutica	40	8	32	59	11	48
Enfermería	111	3	108	93	2	91
Nutrición y dietética	19	—	19	19	—	19
Obstetricia	32	—	32	4	—	4
Tecnología médica	252	60	192	382	51	331

terio de Salud Pública. Los precios de los medicamentos son fijados por el Ministerio de Economía y Finanzas; para 1987 se estimó un gasto total de \$US102 millones en ese rubro (aproximadamente \$US34 anuales per cápita).

En 1985-1988 el Ministerio ha desarrollado una política de control del ingreso de equipo médico y a esos efectos se creó el Departamento de Tecnología Médica, dentro de la Dirección de Planificación. Entre sus objetivos está asegurar la calidad, disponibilidad y mantenimiento del equipo que ingresa al país, tanto para el sector público como para el privado, así como asegurar la racionalidad de la incorporación de tecnología en base a las necesidades de la población. A pesar de la política económica liberal en otros ámbitos, el control ejercido por el Ministerio en este rubro es estricto, ya que básicamente no se puede importar ningún equipo médico sin su autorización previa.

La capacidad tecnológica tiene una distribución muy dispareja y se concentra en la capital. Los cuatro tomógrafos existentes, por ejemplo, así como los centros de cirugía cardíaca, traumatológica, etc., se encuentran en Montevideo. No solo es desigual la relación entre Montevideo y el interior sino que además los recursos tecnológicos más sofisticados se concentran en el nivel privado.

Medicina familiar

En noviembre de 1986, la ASSE creó la primera Unidad de Medicina Familiar. Para el adiestramiento de médicos en este campo se cuenta con un curso introductorio de varias semanas de duración, que ofrecen la OPS y el Ministerio. Se evaluó a los primeros 38 médicos que realizaron esta práctica durante 1988. Del total de consultas atendidas, el 78% fueron resueltas, el 17,3% se refirieron a especialistas y el 4,7% se hospitalizaron. En cambio, con los médicos generales de los otros centros de salud que no fueron adiestrados en el curso introductorio de medicina familiar se observó que del total de consultas que realizaron en 1988, el 39% fueron resueltas, el 56% se derivaron a especialistas y el 4,9% se hospitalizaron.

La primera Unidad de Medicina Familiar se halla ubicada en un centro de salud y desde allí se coordinan, supervisan y organizan las actividades de los médicos y el equipo de salud que los acompaña. Para 1989 se tiene programado adiestrar a 62 médicos generales más. La meta para 1990 es contar con 100 médicos adiestrados para ampliar la cobertura a 220.000 habitantes. Se espera que la Universidad desarrolle a corto plazo un posgrado en medicina familiar.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Agua y alcantarillado

Las nuevas conexiones de agua corriente instaladas de 1983 a 1987 revelan una tendencia ascendente para los dos últimos años (promedio de alrededor de 22.000 frente a 8.000 de los tres primeros años). Una parte importante de ellas se destina a reposición ya que los servicios habilitados aumentan en menor cantidad. Teniendo en cuenta los servicios habilitados en todo el país, la población beneficiaria habría aumentado un 9,4% entre 1983 y 1987, con valores de 5,5% para Montevideo y de 12,7% para el interior. La cobertura total asciende al 72,6% de la población total, con valores de 95,1% para Montevideo y 54,4% para el resto del país.

Sobre alcantarillado existen solo datos actualizados para el interior del país, cuya responsabilidad está a cargo de Obras Sanitarias del Estado, mientras que Montevideo está a cargo de la Intendencia del Departamento. Para dicha área la cobertura con servicios de alcantarillado alcanzaba al 26,7% en diciembre de 1987.

Contaminación ambiental

A pesar de ser un país poco industrializado, Uruguay tiene problemas de contaminación, sobre todo de sus cursos de agua. Los tres arroyos que atraviesan la ciudad de Montevideo están contaminados por desperdicios humanos y de fábricas instaladas en sus orillas. La contaminación de la costa de Montevideo con colibacilos llevó a que en el verano de 1988 el Ministerio de Salud Pública aconsejara a la población no bañarse en esas aguas. Esta situación mejoró parcialmente y en el verano de 1988-1989 algunas de sus playas fueron habilitadas. En el resto del país la situación es mucho mejor debido a la escasez de población e industrias.

La disposición de los desechos sólidos está a cargo de cada intendencia departamental. El método utilizado es el de relleno sanitario, pero se está comenzando a trabajar en la instalación de una planta de biogás que funcionaría con los desperdicios de la ciudad de Montevideo. El manejo de la basura constituye la fuente de ingresos de un núcleo importante de población marginada que trabaja en condiciones totalmente insalubres y provee un porcentaje importante de la materia prima de distintas industrias, sobre todo del papel.

VENEZUELA

CONTEXTO GENERAL

Situación política, económica y social

Venezuela es una República Federal, integrada por 20 Estados, dos Territorios Federales, un Distrito Federal y varias Dependencias Federales. Al 31 de diciembre de 1987, los Estados estaban divididos en 258 municipios autónomos, y 645 municipios foráneos y urbanos; el Distrito Federal en dos municipios autónomos y estos en 27 parroquias, y los Territorios Federales en siete departamentos. Administrativamente Venezuela está dividida en nueve regiones: Capital, Central, de Los Llanos, Centro-Occidental, Zuliana, Los Andes, Nor-Oriental, Insular y Guyana.

Desde el punto de vista político es un país con un gobierno democrático participativo, situación que ha mantenido durante más de treinta años. A finales de 1988 se celebraron las elecciones para Presidente de la República y miembros del Congreso Nacional y las Asambleas Legislativas de los Estados para el período 1989-1994.

Los ciudadanos de la República están organizados en partidos políticos, sindicatos, gremios profesionales y asociaciones de vecinos; estas últimas han tenido un considerable desarrollo en los años recientes.

La moneda nacional es el bolívar, cuyo tipo de cambio en relación con el dólar de los Estados Unidos de América se mantuvo estable hasta comienzos de 1983; a partir de esa fecha ha sufrido devaluaciones progresivas, con tipos de cambio diferentes de acuerdo con las diversas transacciones. En 1987 el valor promedio de la moneda venezolana fue de Bs10,19 por dólar, producto de una devaluación importante ocurrida en diciembre de 1986, cuando se estableció un tipo de cambio de Bs14,50 por dólar. Existe además un mercado libre del dólar que ha variado a través de los años: en 1985 tuvo un valor promedio de Bs13,75 por dólar, y en 1987 este valor alcanzó Bs27,93 (Cuadro 1). En 1988 la mayoría de las importaciones con dólar "controlado" se hicieron al tipo de cambio de 14,50 bolívares; el dólar libre al 31 de diciembre de 1988 equivalía a Bs39,30.

En cuanto a la economía, se observó en el período 1985-1987 un discreto crecimiento del PIB expresado

CUADRO 1

Indicadores económicos seleccionados,
Venezuela, 1985-1987.

Indicador	1985	1986	1987
PIB ^a	414.750	443.043	456.544
PIB per cápita ^b	23.951	24.905	24.986
PIB per cápita ^c	3.443	3.442	2.454
Balanza de pagos ^d	3.086	-1.471	-1.125
Balanza comercial ^e	6.790	1.260	1.735
Reservas internacionales ^c	13.750	9.858	9.376
Reservas operativas ^d	8.207	4.273	3.518
Inflación (promedio nacional) (%)	11,4	11,6	28,1
Inflación (promedio puntual) (%) ^e	9,2	12,7	40,3
Cambio promedio (dólar controlado)	6,96	7,24	10,19
Cambio promedio (dólar libre)	13,75	19,87	27,93

^aEn millones de bolívares a precios constantes de 1984.

^bEn bolívares.

^cEn \$US.

^dEn millones de \$US.

^ePara el área metropolitana.

Fuente: Informe Económico del Banco Central de Venezuela, 1987.

en bolívares a precios fijos de 1984. El Banco Central de Venezuela estima que para 1988 el PIB aumentó un 4,2%. Al analizar las fracciones comerciables y no comerciables del PIB, los incrementos fueron similares para 1985-1986, pero no ocurrió lo mismo para el período 1986-1987, cuando la proporción de incremento de las fracciones no comerciables fue casi el doble que el de las comerciables, debido especialmente al poco aumento de la actividad petrolera durante 1987.

Si bien el PIB per cápita, que para 1980 era de Bs. 18.361, presenta un discreto aumento para los años del trienio 1985-1987, al compararlo con el PIB per cápita convertido a dólares se observa un descenso muy importante de \$US4.270 en 1980 a \$US2.454 en 1987, en parte como consecuencia de la devaluación del bolívar. El gasto público para 1985 y 1986 representó un poco más del 13% del PIB.

Las reservas internacionales netas han sufrido un descenso progresivo para el período, variando de \$US13.750 millones en 1985 a \$US9.376 en 1987 (véase el Cuadro 1). La balanza de pagos, que hasta 1985 era positiva, se volvió negativa para 1986 y 1987, y aun cuando para este último año el déficit fue menor, para 1988 se incrementó. Este déficit se debió principalmente a la baja de los precios del petróleo, el principal producto de exportación del país, el cual en 1986 tuvo una reducción de su precio promedio de exportación de aproximadamente un 51%. Para 1988 se incrementó este valor en un 27%. Aunque las exportaciones están representadas principalmente por el petróleo, su participación porcentual en el valor total de la exportación disminuyó del 90,7% en 1985 al 83,2% en 1986, presentando un ligero ascenso al 85,7% en 1987. Otra alta proporción de las exportaciones está representada por los productos de hierro y aluminio, con un 5% en 1985 y 7,9% en 1987.

El saldo de la balanza comercial para 1985-1987 mostró una disminución marcada en 1986 y un discreto repunte en 1987 debido al descenso de las importaciones y al aumento de las exportaciones para ese último año. La deuda pública nacional en 1988 era de \$US35.000 millones aproximadamente, y ha fluctuado poco en el período. El índice de inflación promedio para todo el país fue de cerca del 11% en 1985 y 1986 y aumentó a 28% para 1987 (Cuadro 1). En 1988 la inflación alcanzó el 35,5%.

Al analizar la situación de empleo se observa que el porcentaje de desempleo del 14,0% para el primer trimestre de 1985 bajó gradualmente para colocarse en un 7,7% en relación con la fuerza de trabajo para el primer semestre de 1988.

La fuerza de trabajo ocupada labora principalmente como empleados del sector privado (44%), empleados del sector público (18%), trabajadores por cuenta propia (16%) y en el área agrícola (14%). Los ramos más im-

portantes son los de servicios comunales y sociales (27%), comercio y servicios (20%), manufacturas (17%) y agricultura (14%). El subempleo en la población no agrícola, medido como aquellas personas que trabajan 21 horas o menos a la semana, muestra que para el primer semestre de 1988, el 0,84% de la fuerza de trabajo estaba activa entre 1 y 14 horas a la semana y el 2,10% entre 14 y 21 horas. La mediana de ingreso mensual por persona para el primer semestre de 1988 fue \$US275 (mercado controlado) o \$US101 (mercado libre). Este ingreso varía según las regiones del país. La mediana de ingreso/mes/hogar para el mismo período es de \$US464 o \$US169 de acuerdo con el patrón de cambio, y para el medio urbano es casi el doble que para el rural.

Desde el punto de vista educativo, Venezuela ha logrado grandes avances en los últimos 40 años. El índice de analfabetismo en la población mayor de 15 años que era de 49% de acuerdo con el censo de 1950, descendió para el segundo semestre de 1987 al 10,5%, y fue mayor para las mujeres (12,2%) que para los hombres (8,6%). Las regiones de Los Andes, Centro-Occidental y Nor-Oriental revelaron las cifras más altas de analfabetismo (más del 15%), y el área metropolitana de Caracas y Capital las más bajas (menos del 5%). La escolaridad en todos los niveles se ha incrementado y la educación superior ha aumentado su matrícula en 66% en los últimos 10 años.

La disponibilidad de alimentos es adecuada en promedio. La canasta familiar básica, estimada por un grupo de la Universidad Central de Venezuela, tenía un costo de Bs2.000 en agosto de 1987 en el área metropolitana de Caracas, cantidad que representaba el 80% del salario mínimo oficial en esa época; al comparar este costo con los ingresos familiares, el 2,6% de los hogares de la misma zona tenían ingresos mensuales inferiores a esa cantidad.

Características demográficas

La población estimada para 1988 es de 18.757.389 habitantes, con un crecimiento de aproximadamente medio millón por año. La distribución geográfica de la población revela una alta concentración en el área centro-norte-costera, integrada por los Estados Miranda, Aragua, Carabobo y el Distrito Federal, con un 39% del total, y en el Estado Zulia, con casi el 12%. La densidad de la población es superior a los 1.000 habitantes por kilómetro cuadrado en el Distrito Federal, sobrepasa los 150 en los Estados Aragua, Carabobo, Miranda y Nueva Esparta y es inferior a 10 en los dos Territorios Federales y los Estados Apure, Bolívar y Guárico. La población vive básicamente en agrupaciones urbanas, que concentran las tres cuartas partes del total. En las grandes po-

blaciones urbanas hay áreas marginales de cierta importancia en tamaño y número de habitantes.

El 39% de la población es menor de 15 años. La población de 65 años y más representa solo el 5,5% del total, pero ha venido incrementándose en forma progresiva, especialmente en el sexo femenino. Esto implica que la población económicamente dependiente representa casi un 45% de la población total.

La tasa bruta de natalidad para el período 1985–1987 osciló entre 29,9 por 1.000 habitantes para el primer año y 28,3 para el último, siendo su descenso lento y progresivo, situación que se supone ha de continuar, con el consiguiente envejecimiento progresivo de la población y el desaceleramiento del crecimiento natural.

La tasa global de fecundidad también ha venido descendiendo: de 4,0 por 1.000 mujeres en 1982 a 3,4 en 1986 y 1987. Sin embargo, la tasa específica de fecundidad por edad muestra un discreto aumento en las edades menores de 20 años.

La migración interna no se conoce en cifras, tan solo se estima que hay un importante movimiento de la población hacia las áreas metropolitanas y especialmente hacia las zonas industriales. La migración internacional refleja un saldo negativo para el período 1985–1987, situación que se ha mantenido en casi todos los años de esta década.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Características generales de la mortalidad

El registro de mortalidad es satisfactorio desde el punto de vista de su cobertura; el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (CEVECE) estima que el subregistro no supera el 3%. La calidad de la certificación médica es menos satisfactoria: para el período 1984–1986 el total de defunciones no diagnosticadas fue de 17% y aquellas registradas como síntomas y causas mal definidas fue de 30%.

El registro de natalidad tiene un subregistro mayor que el de mortalidad, y algunos nacimientos son registrados en forma bastante tardía. Del total de nacimientos registrados en 1987, solo el 53% correspondieron a los ocurridos en ese año y un 7% había nacido al menos dos años antes.

La tasa bruta de mortalidad para todo el país es relativamente baja: 4,6 por 1.000 habitantes en 1985 y 4,4 en 1986. La tasa de mortalidad en las mujeres es menor que en los hombres (3,9 y 4,6 por 1.000, respectivamente, para 1986). En 1986 solo tres Estados—Guárico, Portuguesa y Trujillo— presentaron tasas brutas entre 5

y 6 por 1.000, y en cambio los Estados Anzoátegui, Aragua y el Territorio Federal Amazonas presentaron tasas de mortalidad entre 3 y 4 por 1.000.

La expectativa de vida al nacer en 1986 fue de 71,7 años para ambos sexos; de 69,7 para los hombres y de 74,6 para las mujeres. Estas cifras muestran un aumento de casi un año en la expectativa de vida desde 1984.

Las cinco primeras causas de muerte ocupan sus mismas posiciones relativas desde 1984 y son, en orden decreciente: enfermedades del corazón (393–398, 402, 404, 410–429), cáncer (140–208, 230–234), accidentes (E800–E949), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760–779, excepto 771,3) y enfermedades cerebrovasculares (430–438). Entre las diez primeras causas solo figuran dos enfermedades infecciosas, las neumonías (480–486) en el sexto lugar y las enteritis y otras enfermedades diarreicas (008–009) en el octavo lugar en 1985 y en el noveno en 1986.

En las causas de mortalidad por sexo, la diferencia entre las cinco primeras causas la constituyen los accidentes, que ocupan el primer lugar (con el mismo número de muertes que las cardiovasculares) para los hombres, y apenas el quinto lugar para las mujeres. Al comparar las tasas por sexo para 1986 para las cinco primeras causas, en los hombres se presentaron las tasas más altas para accidentes (cinco veces mayor), enfermedades cardiovasculares y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y las más bajas para las otras dos.

La mortalidad infantil ha ido descendiendo de manera progresiva: de 26,9 bajó a 25,8 por 1.000 nacidos vivos, entre 1985 y 1986. Los Estados Barinas, Miranda, Portuguesa, Trujillo y el Territorio Federal Delta Amacuro tuvieron valores entre 30 y 40 por 1.000 y el Territorio Federal Amazonas de 55 por 1.000 nacidos vivos. En el Distrito Federal, y en los Estados Anzoátegui y Yaracuy se observaron en cambio cifras entre 15 y 20 por 1.000 nacidos vivos.

Situación de salud de grupos humanos específicos

Salud del niño

Los datos de salud a los cuales se hará referencia son principalmente los relativos a la mortalidad, que son los que están disponibles. En los niños menores de un año, las principales causas de mortalidad para 1986 fueron, en orden decreciente: hipoxia, asfíxia y otras afecciones respiratorias (768–770); enteritis y otras enfermedades diarreicas (008–009); anomalías congénitas (740–759); otras afecciones del recién nacido (764, 766, 767, 771.0–771.2, 771.4–771.8, 774–779); enfermedades del aparato respiratorio (480–487, 490–493); lesiones y com-

plicaciones debidas al parto (760, 761-763, 772, 773); accidentes (E800-E949); inmadurez (765); septicemia (038), y meningitis (320-322). De estos procesos, la enteritis, la inmadurez y la septicemia presentan una discreta tendencia descendente, y los accidentes y la meningitis muestran un leve ascenso, mientras que el resto está estacionario.

Desde el punto de vista de la morbilidad, la gastroenteritis sigue siendo un importante problema de salud pública en los menores de 2 años, habiéndose presentado entre 180.000 y 200.000 casos por año en el período 1985-1988. El sarampión continúa siendo un problema, ya que se registran entre 13.000 y 20.000 casos por año para el mismo período.

En la mortalidad de 1 a 4 años las principales causas son los accidentes (E800-E949); las neumonías (480-486), y la enteritis y otras enfermedades diarreicas (008-009). Si bien el sarampión aparece entre las diez principales causas de muerte, ocupó el octavo lugar en 1986, mientras que en 1985 ocupó el cuarto. Como sexta causa en 1986 se encontraba la desnutrición, que al igual que los accidentes, muestra una tendencia ascendente entre las causas de muerte en este grupo de edad. Llama la atención la presencia del sarampión entre las causas de muerte más importantes en los niños de 1 a 4 años, a pesar de que hay posibilidad de prevenirlo.

En el grupo de 5 a 14 años, los accidentes son la primera causa de muerte y los suicidios y homicidios (E950-E969) la quinta. Los procesos crónicos y degenerativos como el cáncer, las enfermedades del corazón y la epilepsia comienzan a cobrar importancia como causas de muerte a partir de esta edad. La neumonía constituye la tercera causa de mortalidad.

En general, en la mortalidad del niño las enteritis, las diarreas y las infecciones respiratorias tienen gran importancia como causa de muerte, a pesar de los programas de control.

La encuesta nacional de nutrición de 1981-1982 reveló que el 15% de los menores de 12 años padecían desnutrición, medida por el peso para la edad; el 11,7% tenía déficit de talla para la edad y el 13% presentaba sobrepeso.

Salud de los adolescentes y adultos

En el grupo de edad correspondiente al adolescente y al adulto joven (15 a 24 años), con excepción de las neumonías (480-486), que ocupan el sexto lugar como causa de muerte, todas las otras causas son procesos no infecciosos, siendo las más importantes los accidentes (E800-E949), el cáncer (140-208, 230-234) y los suicidios y homicidios (E950-E969). La primera causa de muerte en las mujeres es el cáncer, y en este grupo de edad las tasas específicas por cáncer y por enfermedades cerebrovasculares son más elevadas que las de los hom-

bres, quienes tienen tasas más altas para todas las demás causas. En 1986 el aborto y otras causas obstétricas (630-639, 640-676) constituyeron la quinta causa de muerte en las mujeres en este grupo de edad.

La mayoría de las acciones destinadas al adolescente son desempeñadas por el Ministerio de la Familia con escasa coordinación con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En el grupo de 45 a 64 años las enfermedades del corazón (393-398, 402, 404, 410-429) y el cáncer (140-208, 230-234) ocupan los dos primeros lugares, y la diabetes mellitus (250) el quinto. Los accidentes son mucho más importantes como causa de muerte en los hombres que en las mujeres. Las tasas del cáncer y enfermedades del corazón son similares; sin embargo, estas últimas parecen tener una tendencia ascendente importante en los últimos años en las mujeres.

La mortalidad materna en el país es bastante baja. En 1986 alcanzó una tasa de 0,6 por 1.000 nacidos vivos.

Salud de las personas de edad avanzada

En este grupo de edad las principales causas de muerte son los problemas crónicos, especialmente las enfermedades del corazón (393-398, 402, 404, 410-429), el cáncer (140-208, 230-234), las enfermedades cerebrovasculares (430-438), la diabetes mellitus (250) y en menor medida los accidentes (E800-E949). La neumonía (480-486) es la enfermedad infecciosa que constituye problema en esta edad.

Las tasas de las causas de muerte para este grupo, como cabe esperar, son más altas a medida que avanza la edad y superiores a las de las edades precedentes. La mortalidad es más alta en los hombres que en las mujeres para las principales causas, excepto para la diabetes mellitus.

Las localizaciones más importantes registradas para el cáncer son las vías digestivas, en especial el estómago y el colon; las vías respiratorias; el cuello y el cuerpo del útero y la mama; las leucemias también son significativas. En relación con las enfermedades del corazón, los problemas que con mayor frecuencia causan mortalidad son las lesiones isquémicas del corazón y las relacionadas con la hipertensión arterial.

Problemas que afectaron a la población general

Durante el período 1985-1988 se presentaron en Venezuela inundaciones y derrumbes debido a las lluvias que afectaron a algunos grupos de la población. El problema de mayor magnitud de este tipo ocurrió en el Estado Aragua, en la zona del parque Henri Pitier, al norte de la ciudad de Maracay, capital del Estado, donde se

registraron aproximadamente 200 muertes, 15.000 lesionados y 100 desapariciones.

Ocasionalmente han ocurrido brotes localizados de sarampión, gastroenteritis y varicela en algunas localidades.

La malaria continúa siendo un problema a pesar de los esfuerzos hechos para su control. En 1985 se registraron 14.419 casos y 46.300 en 1988. La mayoría ocurre en los Estados Bolívar y Sucre, en el primero debido a la movilidad de la población por explotación minera, y en el segundo por características del vector.

Desde 1979 no se han notificado casos de fiebre amarilla, a pesar de que el país tiene gran parte de su territorio en una zona donde la forma selvática de esta enfermedad puede presentarse. La peste está controlada y aun cuando existen focos selváticos en el Estado Aragua, no se han registrado casos humanos desde 1962.

El SIDA aparentemente no ha alcanzado en Venezuela la magnitud que tiene en otros países, ya que hasta finales de 1988 se han registrado menos de 300 casos; sin embargo, no se conoce el volumen de la población infectada. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social está realizando los estudios pertinentes para conocer las dimensiones de este problema. En relación con la lepra, al 31 de diciembre de 1987, había 12.540 casos registrados, con una tasa de prevalencia de 0,69%. La mayoría de los casos (59,4%) son multibacilares. Durante 1987 se detectaron 440 casos nuevos, con una tasa de detección de 0,24 por 1.000. Actualmente se están realizando estudios de evaluación de inmunoterapia e inmunoprofilaxis para esta enfermedad.

La leishmaniasis constituye un problema importante, habiéndose detectado unos 2.500 casos anuales en el período 1985-1988. La mayoría de los casos provienen de los Estados Trujillo, Sucre, Miranda y Lara. Al igual que para la lepra, se están realizando ensayos para la inmunoprofilaxis e inmunoterapia.

En 1987 ocurrió una epidemia de rabia bovina que comenzó en el Estado Portuguesa y se extendió en 1988-1989 a los Estados Barinas, Apure, Táchira y Bolívar, y afectó más de 500 rebaños. Entre diciembre de 1987 y abril de 1988 hubo también una epidemia de rabia canina en el Estado Aragua.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 1987 el Congreso de la República promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la cual dicta la integración, bajo la dirección y administración del Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el territorio nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector pri-

vado de la salud. La integración de los servicios del sector público, como establece la ley, será total en un plazo de 10 años a partir de su vigencia. Desde su promulgación, se han dado solamente los primeros pasos necesarios para la integración de todos los servicios de salud dependientes del Ejecutivo Nacional, los cuales son prestados por una gran diversidad de instituciones. Hasta fines de 1988 se encontraban en período de prueba los primeros programas, que comenzaron en 1987 en un distrito piloto del Estado Anzoátegui, y han sido extendidos a otros Distritos de los Estados Carabobo, Falcón, Mérida, Nueva Esparta, Táchira, Trujillo y Zulia. Las instituciones más importantes por el volumen de sus inversiones y la población que cubren, son el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación y la Dirección de Salud de la Gobernación del Distrito Federal.

Entre las características más importantes en la estrategia de desarrollo del Sistema Nacional de Salud está el impulso a la atención primaria, con la incorporación de la comunidad en su cuidado de salud. Se prevé igualmente la descentralización administrativa, con un incremento de la responsabilidad por la toma de decisiones a nivel de los Estados.

En las áreas integradas corresponde al Sistema Nacional de Salud la prestación de servicios de salud a la población; en las no integradas, a uno de los organismos antes mencionados. El subsector privado de la salud atiende aproximadamente de un 10 a un 15% de la población.

En lo referente a los recursos físicos, en 1985 existían en el país 317 ambulatorios urbanos tipo I, que aumentaron a 514 para 1986. Los ambulatorios urbanos tipo II aumentaron de 59 a 74 y los de tipo III de 21 a 33 entre 1985 y 1986. Los ambulatorios rurales tipo I pasaron de 1.728 a 2.395, y los de tipo II de 384 a 564 para los mismos años. En relación con los establecimientos de mayor complejidad, en 1986 existían 541 hospitales, de los cuales 230 eran oficiales y 311 privados (en 1985 había 534, 229 oficiales y 305 privados); el mayor incremento de hospitales ocurrió en el sector privado.

Los hospitales oficiales dependen en su mayor parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (176), siguiéndole en importancia el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (29), las Municipalidades (17) y el Ministerio de la Defensa (8). En 1986 existían en el país 47.535 camas de hospitalización, con un índice de 2,7 camas por 1.000 habitantes. De ellas, 26.426 dependen del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El Distrito Federal tenía 5,4 camas por 1.000 habitantes, los Estados Yaracuy, Zulia y Guárico más de 3 por 1.000 y los Estados Apure, Barinas, Portuguesa y el Territorio Federal Amazonas menos de 1,5 camas por 1.000 habitantes (Cuadro 2).

CUADRO 2

Camas y recursos humanos del sector salud (por 1.000 habitantes), por entidades federales, Venezuela, 1985.

Entidad federal	Camas	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Odontólogos	Farmacéuticos
Venezuela	2,74	1,25	0,80	2,30	0,36	0,28
Distrito Federal*	5,45	2,15	1,66	4,37	1,12	0,54
Anzoátegui	2,33	0,88	0,85	3,92	0,18	0,22
Apure	1,48	1,11	0,54	1,69	0,10	0,12
Aragua	1,45	0,79	0,67	1,88	0,22	0,22
Barinas	1,10	0,70	0,34	1,64	0,08	0,16
Bolívar	2,05	1,04	0,90	2,44	0,13	0,20
Carabobo	2,72	1,00	0,70	1,93	0,40	0,22
Cojedes	1,74	1,55	0,69	2,51	0,14	0,14
Falcón	1,68	0,68	0,47	1,55	0,15	0,11
Guárico	3,45	1,08	0,66	2,49	0,12	0,19
Lara	2,11	0,88	0,79	1,91	0,25	0,24
Mérida	2,31	1,63	0,66	1,70	0,61	0,40
Miranda*	1,53	0,86	0,14	0,60	0,08	—
Monagas	1,88	1,02	0,61	2,69	0,15	0,16
Nueva Esparta	1,56	1,26	0,50	2,46	0,20	0,21
Portuguesa	1,36	0,86	0,67	1,42	0,12	0,15
Sucre	1,99	0,88	0,66	1,81	0,10	0,12
Táchira	2,83	0,94	1,00	2,08	0,16	0,18
Trujillo	2,96	1,23	0,58	2,68	0,20	0,15
Yaracuy	3,55	1,03	0,54	1,65	0,11	0,18
Zulia	3,41	1,36	0,87	2,00	0,49	0,20
Territorio Federal Amazonas	1,13	1,00	0,35	2,29	0,10	—
Territorio Federal Delta Amacuro	2,19	0,98	0,55	2,94	0,12	0,14

*Incluye los médicos del Distrito Sucre del Estado Miranda. Incluye los farmacéuticos del Estado Miranda.

*No incluye los médicos del Distrito Sucre del Estado Miranda. No incluye los farmacéuticos del Estado Miranda.
Fuente: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Anuario de epidemiología y estadística vital, 1985.

El número de médicos aumentó de 21.666 en 1985 a 28.400 en 1987 (o sea de 1,25 a 1,55 médicos por 1.000 habitantes, respectivamente). La mayor concentración de médicos se observa en el Distrito Federal y en los Estados Mérida y Zulia, los cuales son también las entidades en cuyas capitales se encuentran las Escuelas de Medicina más antiguas del país (Cuadro 2).

El número de enfermeras profesionales es bajo en relación con los médicos. Había únicamente 13.871 registradas en 1985 y 14.398 en 1987, con una tasa de aproximadamente 0,8 por 1.000 habitantes. Las auxiliares de enfermería existen en mayor número; había 40.102 en 1987, o sea 2,2 por 1.000 habitantes (Cuadro 2).

El número de odontólogos y de farmacéuticos es bajo; en 1985 su tasa era de 0,36 y 0,28 por 1.000 habitantes, respectivamente (Cuadro 2).

La distribución de todos los recursos humanos en salud es desigual, con mayor concentración en las entidades ya mencionadas.

En cuanto a las actividades de salud, el número de consultas ofrecidas por las instituciones dependientes del Ministerio de Sanidad se ha incrementado de año en año, en cifras absolutas y en relación con la población (de 0,96 consultas por habitante en 1984 a 1,70 en 1987). El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales ofreció 2,16 consultas por beneficiario en 1985.

La mayoría de las consultas son de tipo restaurativo, y para las instituciones dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social la razón consulta curativa-consulta preventiva fue superior a dos para todos los años. En los servicios donde se atienden consultas de aquellas instituciones dependientes del Ministerio en 1982, 1983 y 1985 el número de consultas realizadas en los hospitales superó a las de los ambulatorios, sucediendo lo inverso en 1984, 1986 y 1987.

El número de egresos por 1.000 habitantes para los hospitales dependientes del Ministerio fue de 40 en 1985 y 1986, y ascendió a 57 en 1987. Los hospitales dependientes del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tuvieron 38 egresos por 1.000 beneficiarios en 1985.

El porcentaje de ocupación para el período 1985-1986 fue de cerca del 50% para los hospitales del Ministerio y ascendió al 77% en 1987. En los hospitales dependientes del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales este indicador alcanzó el 72% en 1985. El promedio de estancia para todos los hospitales del país fue de seis días aproximadamente para las instituciones dependientes del Ministerio y del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

Las consultas odontológicas de Sanidad y Asistencia Social del Ministerio han venido incrementándose; sin embargo, el número de atenciones es aún bastante bajo: para 1987 era de apenas 0,34 atenciones por habitante y por año, y en 1985 de 0,10.

Las vacunaciones rutinarias aplicadas en el país son las recomendadas por el PAI, además de la vacuna antimarfilica, que se aplica con mayor énfasis en las zonas de mayor riesgo de esta enfermedad. Las vacunas que distribuye el PAI se aplican durante todo el año por los servicios de salud, especialmente en aquellos dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; además se realizan anualmente jornadas especiales de vacunación para tratar de mejorar la cobertura del programa. Si bien la cobertura notificada en casi todo el país es de aproximadamente 70% para cada vacuna incluida en el PAI, estudios especiales por encuestas realizadas en algunas ciudades del país la sitúan entre 80 y 90%. Actualmente se están planificando investigaciones mediante encuestas para ser realizadas en un elevado número de pobla-

ciones, a fin de conocer la verdadera cobertura de las vacunaciones.

El Instituto Nacional de Nutrición, que es el organismo responsable de este renglón en el sector salud, desarrolla una serie de programas de suplementación alimentaria, entre los cuales cabe mencionar los dirigidos a los escolares y a las embarazadas y los de protección alimentaria a la familia.

En 1987 existían 149 bancos de sangre en el país, 112 de los cuales eran oficiales y el resto privados.

Casi todos los servicios de salud del país, tanto oficiales como privados, disponen de servicios de laboratorio. Además existe un elevado número de laboratorios independientes.

La investigación en materia de salud es escasa, especialmente la que debe realizarse en los servicios de salud. La mayoría de las limitadas investigaciones publicadas se refieren al campo médico.

El gasto en salud alcanzó algo más de Bs10.000 millones en 1985 y 12.500 millones en 1986 (9,7% y 10,3%, respectivamente, del gasto total del Gobierno Nacional en cada año). Esta cantidad representa el 1,8% del PIB en cada uno de esos años, pero indudablemente está subestimada porque no incluye las inversiones del sector privado y algunos gastos relacionados con salud que realiza el Gobierno Nacional.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En 1987 la población total servida con agua potable era de 16.790.100 habitantes (92% de la población del país). La mayoría (87,5%) disponía de conexión directa. La población urbana servida era del 92,3% y la rural del 90%. La cantidad de agua potable por habitante se mantiene en cerca de 100 m³ por año.

En relación con la disposición de excreta y alcantarillado, el 98% de la población disponía de un sistema para estos fines en 1987, y el 61,5% disponía de conexiones a cloacas (en el caso de la población urbana 70,1%). En cuanto al control de los alimentos, durante 1987 y 1988 se realizaron esfuerzos para conocer mejor el problema, en especial tratar de estudiar la frecuencia y los factores de las enfermedades transmitidas por alimentos.

ops
648

CONTROL DE USUARIOS		
CENTRO DE DOCUMENTACION OPS / OMS		
PC 524 V.II.CEDOPS-		
AUTOR: OPS		
TITULO: Las condiciones de salud en las Américas		
Fecha Entrega	Nombre y Dirección del Usuario	Fecha de Devolución

CONTROL DE USUARIOS CENTRO DE DOCUMENTACION OPS / OMS PC 524 V.II.CEDOPS-
AUTOR: OPS
TITULO: Las condiciones de salud en las Américas
Nombre y Dirección del Usuario

PC 524 V.II

OPS

Las condiciones de salud en las Américas