

**LAS
CONDICIONES
DE SALUD
EN LAS
AMERICAS,
1981 - 1984**

Volumen II



PROPIEDAD DEL CENTRO DE
DOCUMENTACION E INFORMACION
de la Oficina Sanitaria Panamericana
Representación de País Guatemala

LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS, 1981 - 1984

Volumen II



Publicación Científica No. 500

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.

1986

**Publicada también en inglés (1986) con el título:
Health Conditions in the Americas, 1981-1984
PAHO Scientific Publication No. 500
ISBN 92 75 11500 1**

ISBN 92 75 31500 0

© Organización Panamericana de la Salud, 1986

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.

**PROPIEDAD DEL CENTRO DE
DOCUMENTACION E INFORMACION**

**de la Oficina Sanitaria Panamericana
Representación de País Guatemala**

CONTENIDO

	Página
Prefacio	V
Anguila	1
Antigua y Barbuda	4
Antillas Neerlandesas	11
Argentina	16
Bahamas	28
Barbados	39
Belice	45
Bermuda	54
Bolivia	57
Brasil	64
Canadá	76
Colombia	79
Costa Rica	86
Cuba	90
Chile	96
Dominica	105
Ecuador	111
El Salvador	119
Estados Unidos de América	125
Grenada	132
Guatemala	135
Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica	141
Guyana	148
Haití	155
Honduras	162
Islas Caimán	169
Islas Turcas y Caicos	173
Islas Vírgenes Británicas	177
Jamaica	179
México	184
Montserrat	192
Nicaragua	198
Panamá	203
Paraguay	211
Perú	221
República Dominicana	226
San Cristóbal y Nieves	231
Santa Lucía	237
San Vicente y las Granadinas	244
Suriname	246
Trinidad y Tabago	251
Uruguay	264
Venezuela	272

Prefacio

Este segundo volumen de *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984* contiene las evaluaciones del contexto general de salud (factores sociales, políticos y económicos, demografía y mortalidad), el estado de salud y los recursos de atención preventiva y curativa en cada uno de los países. Como tal, complementa el análisis regional presentado en el primer volumen de esta publicación.

Se solicitó a cada Representación de País de la OPS en la Región que preparara, para inclusión en este informe, una evaluación de las condiciones de salud del país respectivo, empleando la mejor información disponible. Como resultado de ese pedido, se recibió tanta información que no fue posible incorporarla aquí y, por tanto, fue necesario efectuar una revisión concienzuda para presentar los principales aspectos del estado de salud de los países en un volumen de tamaño razonable.

Puesto que se usaron muchas fuentes de información para preparar los informes de país, es posible que el lector encuentre discrepancias aún no resueltas entre los datos notificados en el análisis regional y los cuadros del Anexo (volumen I) y los que se incluyen en las reseñas de cada país. Si bien es de suponer que haya discrepancias menores cuando se emplean varias fuentes de datos, algunas incoherencias graves son motivo de preocupación; sin embargo, es de esperar que ello proporcione una oportunidad de volver a analizar y consolidar los datos nacionales sobre salud y el proceso empleado para su elaboración.

En conjunto, estos informes revelan el complejo mosaico epidemiológico del estado de salud de los pueblos de las Américas. Los perfiles de salud de los países en desarrollo ya no están completamente dominados por las enfermedades infecciosas. A medida que la población envejece y sobreviene la urbanización en masa, surgen nuevos problemas de salud pública, inclusive enfermedades crónicas debilitantes y peligros ambientales que amenazan la salud. Al mismo tiempo, persisten algunas enfermedades infecciosas graves como las respiratorias agudas, la malaria y los trastornos gastrointestinales. Los análisis de los informes de país y el progreso alcanzado hasta ahora comprueban esos cambios en el perfil de salud particular y colectivo de esta Región; además, muestran claramente algunos de los principales desafíos en materia de salud pública que afrontan todavía los países de las Américas.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

Anguila

Contexto general

Análisis político, económico y social

Anguila es un territorio dependiente de Gran Bretaña que funciona con arreglo a una constitución vigente a partir de 1976. El comisionado de Su Majestad ocupa un cargo similar al de gobernador en otros territorios británicos. Anguila se separó del estado asociado de San Cristóbal y Nieves en 1980.

El consejo ejecutivo consta de cinco miembros, a saber, el Primer Ministro, otros dos ministros y dos miembros *ex officio*. Los tres ministros elegidos se encargan de todos los asuntos relativos a las actividades del gobierno, excepto los que se reservan expresamente al comisionado. El Ministro de Salud tiene a su cargo los asuntos relativos a educación, desarrollo y bienestar de la comunidad, información pública y administración de la prisión.

Una de las ventajas naturales de los pequeños estados es que, a nivel del gabinete, la asignación de responsabilidades es tal que varios ministerios/departamentos se encomiendan a un ministro, lo que facilita la coordinación intersectorial que es fundamental para la estructura políticoadministrativa. La isla tiene siete distritos administrativos.

Las principales actividades económicas se concentran en la pesca marítima, especialmente de langosta y esturión blanco, la agricultura en pequeña escala, la zootecnia y la explotación de sal. La industria turística se encuentra en vías de desarrollo para aprovechar la atracción vecina de San Martín. Otras fuentes de fondos son las remesas enviadas a la isla por ciudadanos que trabajan en el exterior.

En 1983, el producto interno bruto se calculó en US\$15,6 millones, que representan una cifra de \$2.700 per cápita. No hay control de cambios y la moneda estadounidense es ampliamente aceptada.

Existen un banco nacional y varios bancos internacionales. Anguila no grava con impuestos sobre la renta ni a las personas naturales ni a las personas jurídicas.

La tasa de desempleo es de cerca del 40%, que se debe en gran medida a la tendencia que existe en otros territorios de restringir el empleo de personas que no sean naturales del país, lo que constituye una grave limitación para la práctica habitual de trabajar fuera de las islas. El Gobierno de Anguila es el mayor empleador de la isla, seguido por los sectores de construcción, transporte y comunicaciones.

El desarrollo de capital ha sido financiado por medio de la Administración del Reino Unido para el Desarrollo de Ultramar, bajo la dirección de la División Británica para el Desarrollo con sede en Barbados. El presupuesto ordinario depende mucho de subvenciones del gobierno británico pero se ha desplegado un gran esfuerzo por incrementar los ingresos locales en la medida en que lo permita la actividad económica general. El presupuesto para gastos de salud fue de \$430.744 en 1983, cifra que representó el 9,5% del presupuesto nacional.

Se ha recibido asistencia y cooperación técnica principalmente de la Administración Británica para el Desarrollo de Ultramar, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la OPS/OMS, la Comisión de Libre Comercio del Caribe, la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional y la Universidad de las Antillas Occidentales.

Se dispensa educación pública por medio de seis escuelas primarias y una escuela secundaria. La tasa de alfabetización es del 90%. Hay también un centro de educación preescolar (para niños de 3 a 5 años). Muchos de los habitantes de las islas han podido

obtener becas para seguir estudios superiores en universidades, facultades y otros planteles educativos del exterior.

En los últimos dos años se ha introducido un sistema de seguridad social para funcionarios públicos.

El principal puerto y punto de registro está en Road Bay donde existe un muelle en el que pueden anclar barcos hasta de 1.000 toneladas. Anguila tiene cerca de 50 km de vías pavimentadas y 40 km de superficies secundarias (cascajo y marga), que permiten cubrir todos los lugares de la isla. Los visitantes disponen de varios medios de transporte como buses, taxis o automóviles de alquiler. El país tiene un moderno sistema de comunicaciones con servicios internacionales de telégrafos, télex y teléfono.

Principales características demográficas y mortalidad

La población, cuyo número se estima en 8.000 habitantes, es predominantemente de descendencia africana, con mezcla de antepasados europeos (particularmente irlandeses). En el país se habla inglés.

La tasa de aumento natural es de 17,5 por 1.000,

con una tasa bruta de natalidad de 25 y una de defunción de 7,1. La tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 niños nacidos vivos es de 27,9 y la de mortalidad neonatal, de 13,9.

No se ha notificado ninguna defunción en el grupo de 1 a 4 años. Del total de defunciones, un 5,9% correspondió a lactantes y un 79,6% a personas mayores de 50 años. La esperanza de vida es de 70,0 años para la población en general, siendo el promedio para los hombres de 62,2 y para las mujeres, de 76,9. La distribución de la población es la siguiente: menor de 4 años, cerca del 8%; de 15 a 14 años, 20% y mayor de 65 años, 11%.

El Valle, que constituye el principal lugar de asentamiento, es también el sitio donde está localizada la sede del gobierno y el principal sector comercial.

Un pequeño número de extranjeros que residen en la isla permanente o temporalmente provienen de otros países del Caribe, los Estados Unidos, Canadá o el Reino Unido. Varios millares de personas naturales del país y sus familiares residen en el exterior, principalmente por razones de trabajo en las vecinas islas de San Martín, San Cristóbal y Antigua y otros hallan empleos en las Islas Vírgenes (EUA), los Estados Unidos, Canadá e Inglaterra.

Estado de salud

Salud del niño

La tasa de natalidad es de 25 por 1.000. El peso promedio al nacer de los niños de menos de 2.500 g es de 1.200 g.

Según un informe de 1977, la malnutrición grave no representa un problema de grandes proporciones para los niños pequeños de Anguila; sin embargo, existen algunos casos de malnutrición que va de leve a moderada.

Salud del adulto

Se ha notificado que la tasa de incidencia de tumores es de 7,4 por 1.000 habitantes y la de enfermedades del corazón, de 8,9 por 1.000. Se registraron

cinco casos de lepra a finales de 1983. La hipertensión y la diabetes mellitus son los principales problemas de los adultos; en los dispensarios se están realizando actividades educativas y de selección a fin de controlar esas dos enfermedades.

Problemas que afectan a ciertos subgrupos

El creciente uso de drogas ilícitas por parte de los jóvenes ocasiona un mayor número de trastornos mentales en ese grupo.

La atención primaria de salud se concentra en las madres y los niños. Los programas de salud maternoinfantil y educación sobre la vida de familia ofrecen servicios básicos razonablemente buenos por medio de una red de dispensarios.

Sistema de salud

Servicios de salud

El Gobierno de Anguila apoya la meta de salud para todos en el año 2000 y el concepto de atención primaria de salud como la principal estrategia para lograrla.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad del sector a nivel nacional y se encarga de todos los aspectos de la atención de salud. Las instituciones medicoasistenciales son de propiedad del Estado. El personal comprende tres médicos del servicio público y dos del sector privado. Además, hay un administrador de salud, un odontólogo, dos enfermeras dentales, dos auxiliares dentales y cuatro especialistas en conservación del medio ambiente.

El desarrollo de recursos humanos en salud se ha identificado como una necesidad prioritaria y se han iniciado las medidas para formar al personal que se requiere en los servicios de salud. La atención especializada no disponible en la isla puede obtenerse en Antigua, Barbados o la Universidad de las Antillas Occidentales en Jamaica.

No existe ningún plan nacional de salud pero se estudia la posibilidad de organizarlo. El sector de salud se encarga de prestar atención primaria y secundaria. Hay un hospital de campaña de 24 camas, con un pabellón para pacientes ambulatorios dotado de equipo de rayos X y de otras clases. Existen cuatro centros públicos distritales de salud en la isla, a saber, el Valle, South Hill, West End y East End. Hay una enfermería de 10 camas para ancianos bajo la supervisión del personal del hospital de campaña.

Se dispone de 3,6 camas por cada 1.000 habitantes. La tasa de ocupación de camas en el hospital en 1977 fue del 51,8%, a un costo diario de \$5,50 por cama ocupada. En los servicios se cobra un honorario por cada consulta, excepto en la atención maternoinfantil. Todos los partos se atienden en la división de maternidad del hospital.

En el Valle hay un moderno dispensario odontológico. Se está haciendo todo lo posible por prestar servicios de prevención y restauración.

Salud ambiental

En varias partes de la isla existe un sistema de abastecimiento de agua por cañería para el que se extrae agua de varios pozos y se utilizan los depósitos del Valle. El sistema de distribución se está ampliando gradualmente. La mayoría de las casas tienen sistemas de captación en el techo que permiten almacenar agua de lluvia en depósitos ubicados en los sótanos o en cisternas subterráneas adyacentes.

A comienzos de los años ochenta, cerca del 75% de la población disponía de servicios sanitarios de evacuación de desechos. No existe ningún sistema común de evacuación de aguas servidas y el empleo de letrinas de pozo o de fosos sépticos está muy propagado.

Prevención y control de enfermedades

Anguila participa en el Programa Ampliado de Inmunización contra la difteria, la tos ferina, la poliomielitis, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis. En 1981, el 78% de la población destinataria menor de 1 año fue inmunizada contra DPT y el 81% contra poliomielitis; en 1982, las cifras fueron de 89% y 86% y en 1983, de 97% y 100%, respectivamente. En 1982, un 64,6% de la población destinataria menor de 1 año fue inmunizada contra la tuberculosis; en 1983, se vacunó al 96% contra el sarampión.

La presencia en la isla de *Aedes aegypti*, vector del dengue y de la fiebre amarilla, sigue constituyendo un problema grave y actualmente se realizan actividades de erradicación.

Antigua y Barbuda

Contexto general

Análisis político, económico y social

Antigua y Barbuda proclamó su independencia política del Reino Unido en 1981 en virtud de una constitución que estipula su condición de estado democrático soberano unitario. El país está dividido en 16 jurisdicciones geopolíticas correspondientes a Antigua más una en Barbuda. Las elecciones se celebran por lo menos cada cinco años. La Constitución es la ley suprema del país. Si bien no se menciona en ella la atención de salud como derecho fundamental, se reconoce "la necesidad de proteger a la población contra a) la propagación de las enfermedades infecciosas o contagiosas o b) 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 considerará como una abrogación de sus derechos a la libertad personal".

Antigua y Barbuda forma parte de los miembros fundadores de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y pertenece también al Mercado Común del Caribe Oriental y a la Organización de Estados del Caribe Oriental.

La prestación de servicios de salud adecuados, junto con el empleo satisfactorio y remunerado, la educación y una economía diversificada en la que participen todos los ciudadanos, es una meta nacional que forma parte de la estrategia de desarrollo de una economía sólida.

Si bien no se dispone de cifras de ingreso per cápita, el Banco Mundial estima que el producto nacional bruto per cápita es de US\$1.520 (1983). El crecimiento porcentual del producto interno bruto al costo de los factores ha fluctuado del 5% en 1978 al

3,2% en 1984, con un índice mínimo del 1,7% en 1982.

Las modificaciones estructurales de la economía han producido importantes cambios en la distribución de la fuerza de trabajo. Ha ocurrido una drástica baja en la producción agrícola como porcentaje del PIB del 7,1% en 1981 a 5,4% en 1984 y un aumento de la participación del sector de hoteles y restaurantes y de otras actividades relacionadas con el turismo.

Al igual que el sector agrícola en los años cincuenta y sesenta, el turismo en los años setenta y ochenta está orientado principalmente hacia la demanda extranjera y es más susceptible que el azúcar, antiguamente uno de los principales productos de exportación, a la evolución económica coyuntural de América del Norte y el Reino Unido. En el sector de hoteles y restaurantes, al igual que antes en el sector azucarero, existe un gran predominio de la propiedad, la empresa y la administración extranjeras. Ambas actividades se han caracterizado por un alto índice de empleo estacional.

En lo que respecta a la disponibilidad de productos alimentarios, la constante baja de la participación de la producción agrícola como porcentaje del PIB sirve para explicar en parte el hecho de que los alimentos y los animales vivos representan los principales productos importados a Antigua. El Banco Mundial estimó que en 1984 la población de Antigua disponía de 58,3 g de proteína per cápita mientras que el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) calculaba que se necesitaban 43 g.

Cerca del 39% de las viviendas tienen sistemas de abastecimiento de agua potable por cañería, y el 32% de todas las unidades residenciales están situadas a

menos de 90 metros de una fuente pública. Ya está en marcha un proyecto para instalar otras redes de tubería, con lo que se ampliará la cobertura. El principal problema es la falta de agua. Antigua sufrió una grave sequía en 1983 y durante nueve meses de 1984. No ha habido mejoras importantes en la capacidad nacional de almacenamiento de agua y la dependencia con respecto a la lluvia para restituir las principales reservas sigue siendo peligrosa. El 36% de la población dispone de inodoros y el 54%, de letrinas de pozo. Por medio de los servicios públicos se recogen desechos sólidos en el 72,4% de los hogares. Entre los métodos de evacuación de basura están la quema y el desecho en campos abiertos.

La tasa de alfabetización tanto de hombres como de mujeres en Antigua sobrepasa al 95%.

Características demográficas

Se estima que la población nacional es de 78.000 habitantes, suponiendo un índice de crecimiento del 1,3% y que las mujeres constituyen el 52% del total (1983). No ha habido mayores cambios en el número de nacimientos y defunciones en Antigua en los últimos cinco años pero se ha observado un gran incremento de la emigración.

Se estima que hay un total de 19.000 mujeres de edad fecunda (15-44 años) distribuidas en seis distritos y que más del 60% están concentradas en el distrito de St. John donde está situada la ciudad del mismo nombre (25.000 habitantes). Las excelentes conexiones viales, un número razonable de automóviles particulares y un servicio de bus de propiedad particular han impedido que las comunidades se mantengan aisladas. En Antigua han desaparecido casi por completo las diferencias tradicionales entre la población rural y urbana, ya que muchos habitantes de las zonas urbanas se están trasladando fuera de la ciudad y los de las zonas rurales pasan la mayor parte de su tiempo en ella (sobre todo por razones de empleo y comercialización).

En 1981, el CFNI estudió una muestra de 294 hogares y encontró que la mitad eran encabezados por mujeres, estadística que no es imprevista. Hasta el 80% de los niños nacidos vivos en Antigua se clasifican como "ilegítimos".

La tasa bruta de natalidad en 1984 fue de 13,9 por 1.000 habitantes (1.126 nacimientos). Esta cifra ha acusado una disminución constante desde 1976, año en que alcanzó el punto máximo del último decenio, cercano a 20 por 1.000.

Desde 1980 las tasas brutas de fecundidad han fluctuado de 55 a 65 por 1.000 mujeres de 15 a 44

años y se estimaron en 59,9 en 1984. Los embarazos de adolescentes representaron el 25,8% del total de niños nacidos vivos en 1984, disminuyendo del 31,2% en 1980. En el mismo período, los nacimientos entre mujeres de 35 años o más aumentaron notablemente del 4,8% al 6,4%.

La esperanza de vida al nacer se estimó en 68,6 para los hombres y 71,9 para las mujeres en 1983.

Mortalidad

La tasa bruta de defunción por 1.000 habitantes ha seguido reduciéndose desde 1974 cuando alcanzó un máximo de 7,1. Se ha estimado una tasa de 4,6 por 1.000 para 1984.

Principales causas de defunción. Los patrones de mortalidad en Antigua son bastante similares a los de los países industrializados. Desde 1974, las causas más comunes de defunción han sido las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos y las enfermedades del corazón. En 1978, estas causas representaron el 46,9% de todas las defunciones. Debe observarse también que en ese año solo ocurrieron 3 defunciones por enteritis y diarrea. De estas, 2 correspondieron a ancianos y solo 1 estuvo relacionada con la nutrición. En 1984 se registraron solo 6 defunciones por infecciones intestinales. El 80% del total de defunciones ocurrió en ancianos (65 años o más) y solo 7 correspondieron a desnutrición proteinocálica y a anemias.

En el cuadro 1 se presentan las 10 causas de defunción principales en 1979 y 1980, los dos últimos años para los que se dispone de informes. Los problemas de codificación y tabulación surgidos desde entonces han convertido a las listas publicadas en instrumentos poco fiables. Por ejemplo, desde 1983, han desaparecido las enfermedades cerebrovasculares como principal causa de defunción después de haber sido el número uno hasta 1980 (en 1983 se registraron solo 27). En forma análoga, enfermedades como la septicemia y la senilidad sin mención de psicosis han pasado a ocupar lugares destacados. La enfermedad hipertensiva puede clasificarse como la principal causa de defunción en 1984, seguida de tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

Mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil sigue disminuyendo, observándose una drástica reducción de 34,7 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a una tasa provisional de 11,5 por 1.000 en 1984. No hay causas predominantes de defunción infantil, siendo la principal la citada como "ciertas afeccio-

nes originadas en el período perinatal” que representaron 3 de 13 defunciones infantiles registradas en 1984, 19 de 43 registradas en 1980 y 22 de 36 registradas en 1979 (cuadro 2). Más del 90% de las defunciones infantiles ocurren en el período neonatal.

Sin un estudio epidemiológico más detallado es difícil determinar la principal causa o el conjunto de causas de la marcada disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, alrededor de 1979-1980, se introdujeron en Antigua la terapia de rehidratación

CUADRO 1
Diez causas principales de defunción y porcentaje del total de defunciones, Antigua y Barbuda, 1979-1980.

Causa de defunción	1979			1980		
	Orden de importancia	No. de defunciones	% de defunciones ^a	Orden de importancia	No. de defunciones	% de defunciones ^a
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	1	85	19,5	1	77	22,1
Tumores malignos (140-208)	2	79	18,2	2	49	13,4
Enfermedades del corazón (393-398)	3	53	12,2	3	48	13,2
Enfermedad hipertensiva (401-405)	4	35	8,0	4	30	8,2
Diabetes mellitus (250)	6	23	5,3	5	20	5,5
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	5	22	5,1	6	19	5,2
Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	-	-	-	7	15	4,1
Neumonía (480-486)	7	18	4,1	8	14	3,8
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (580-589)	10	8	1,8	9	11	3,0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas (571)	-	-	-	10	10	2,7
Otra desnutrición proteinocalórica (262-263)	9	9	2,1	-	-	-
Otras enfermedades del aparato circulatorio (440-459)	8	10	2,3	-	-	-

Fuente: Informe del Ministerio de Salud, 1979-1980.

^a Los porcentajes se basan en el número total de defunciones menos el número de defunciones de causas no especificadas, incluida la senilidad.

CUADRO 2
Resumen estadístico, Antigua y Barbuda, 1979-1984.

Año	No. de niños nacidos vivos	Tasa de natalidad ^a	Defunciones infantiles	Tasa de mortalidad infantil ^b	Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna ^b
1979	1397	18,8	36	25,8	1	0,7
1980	1238	16,5	43	34,7	1	0,8
1981	1177	15,4	16	13,6	1	0,8
1982	1152	14,9	14	12,2	2	1,7
1983	1174	15,0	13	11,1	2	1,7
1984	1126	14,0	13	11,5	0	-

Fuente: Informe del Ministerio de Salud.

^a Por 1.000 personas de la población estimada a mediados de año.

^b Por 1.000 niños nacidos vivos.

oral, el Programa Mundial de Alimentos para alimentación suplementaria de la mujer embarazada y lactante y del niño expuesto a la malnutrición o ya afectado por esta, y el Programa Ampliado de Inmunización.

Mortalidad de niños de 1 a 4 años. El número de defunciones infantiles ha fluctuado de un máximo de 13 en 1975 a un mínimo de 4 en 1983 y 1984. Por falta de datos demográficos fiables, es difícil citar una tasa de mortalidad. En 1980 cuando ocurrieron 6 defunciones, la tasa fue de 1,1 por 1.000 niños de uno a cuatro años; en 1975 fue de 1,8. Las causas de las 4 defunciones ocurridas en 1984 fueron gastroen-

teritis, malnutrición grave, bronconeumonía y anemia drepanocítica. La mortalidad proporcional de niños menores de 5 años ha disminuido de un máximo del 14,0% en 1975 a una cifra de 4,6% fijada provisionalmente para 1984, que representa un ligero aumento en comparación con la de 4,2% de 1983.

Mortalidad materna. En 1984, por primera vez desde de 1978, no se registró ninguna defunción materna. El mayor número de defunciones de esa clase en los últimos diez años fue de 3 en 1976, lo que produjo una tasa de 2,0 por 1.000 nacidos vivos.

Estado de salud

Incidencia de enfermedades notificables

En general, se observan muy poco los procedimientos establecidos para la notificación obligatoria de enfermedades y, en consecuencia, las tasas notificadas no son fiables. Si bien el análisis de las tendencias de las cifras disponibles es casi inútil, la influenza, la neumonía, la gastroenteritis y las infecciones gonocócicas siguen siendo las principales enfermedades notificadas. De poca importancia para el patrón de morbilidad notificado son las enfermedades transmitidas por los alimentos, la shigelosis, el sarampión (del que hubo una epidemia en 1980 en la que se registraron 3.055 casos por 100.000 habitantes), la hepatitis y la tuberculosis. No se ha establecido completamente ninguna otra fuente de datos, por ejemplo, internado en los dispensarios, análisis del egreso de casos de enfermedades importantes y razones para haber acudido al centro asistencial. Sin embargo, en 1984 la distribución de los casos que acudieron a esos centros indicó los siguientes porcentajes, según el servicio: enfermedad hipertensiva, 36,7; atención médica, 19,0; salud infantil, 16,7; diabetes, 14,5 y curaciones de lesiones, 8,1.

Prevalencia de algunas enfermedades crónicas

Se ha comenzado a preparar registros de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, pero to-

avía están incompletos. Existe un registro completo de lepra. A continuación se indica el número de casos conocido de algunas enfermedades importantes:

Enfermedad	No.	Tasa por 100.000 habitantes
Enfermedad hipertensiva	5.394	7.192
Diabetes	3.973	5.297
Enfermedades cardiovasculares	2.339	3.119
Anemia drepanocítica	129	172
Lepra	46	61
Glaucoma	2.441	3.255

La invalidez permanente puede representar un grave problema para los ancianos. En forma análoga, se observó que el 81% de las personas totalmente ciegas, el 88% de las hemipléjicas y el 75% de las parapléjicas son mayores de 60 años. Por otra parte, el 67% de las personas con retraso mental, que consiste principalmente en lesiones cerebrales, mongolismo, traumatismos en el momento del nacimiento y otros de índole ambiental, correspondieron al grupo de 6 a 25 años. Se observaron muy pocos casos de parálisis cerebral.

Muerte violenta

Desde 1976 no se ha registrado ningún caso de suicidio aunque se sabe que ocurrieron algunos. En 1982 se notificaron 6 homicidios, el mayor número en los últimos 10 años.

Accidentes de tránsito

El número de vehículos registrados en Antigua ha aumentado continuamente en los últimos años, llegando a 10.000 en 1983. El consiguiente aumento del tráfico, junto con el deterioro de las vías, ha mantenido el número anual de accidentes de tránsito en cerca de 600 (en 1982 se notificaron 581). El número anual de muertes por accidentes de tránsito ha aumentado de 3 en 1976 a 9 en 1982; en 1983 se registraron 8.

Farmacodependencia

Actualmente no hay ninguna forma de evaluar el grado de farmacodependencia ni el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Se considera que los \$370.000 que se gastan anualmente en tabaco representan solo una parte del consumo, ya que el contrabando es todavía una actividad importante. Es obvio que el empleo de marihuana no solo predomina entre los rastafarianos sino que es común en todos los grupos sociales. Más perturbadora aún es la reciente intensificación del uso de cocaína entre los consumidores asiduos de marihuana.

Estado nutricional

En 1981 se realizó una encuesta nacional de alimentación, nutrición y salud cuyos resultados no se

han publicado aún en su totalidad. Sin embargo, se dispone de los siguientes análisis preliminares.

Niños menores de 5 años. En 1975, el 44% de los niños menores de 5 años examinados en los dispensarios infantiles de asistencia social tenían insuficiencia de peso para su edad (clasificación de Gómez). En 1979, esa cifra había disminuido a un 29,3% que padecía alguna forma de desnutrición, encontrándose la mayor prevalencia de malnutrición de tercer grado entre los niños de 36 a 47 meses. La malnutrición de segundo y tercer grado combinada fue más predominante en los niños de 12 a 36 meses. Es interesante observar que la mínima proporción de peso satisfactorio en función de la edad se encontró en el grupo menor de 5 meses (47,1%), que acusó también la mayor prevalencia de obesidad (22,7%) y ausencia de malnutrición grave. La mayor proporción de peso satisfactorio en función de la edad se encontró en el grupo de 48 a 59 meses. El porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia de peso para su edad sigue disminuyendo drásticamente en los niños que acuden a los dispensarios. En 1984, esa cifra fue del 14,2%. Sin embargo, la prevalencia de malnutrición entre los niños que no acuden a los dispensarios suele ser hasta un tercio mayor que la observada en las muestras obtenidas en esos establecimientos. Como parte de un estudio piloto realizado en dos regiones a finales de 1984 se introdujo un nuevo cartelón de crecimiento infantil en el Caribe. Esos cartelones se emplean ahora en todos los centros de salud y servirán de mecanismo para la detección precoz de los problemas nutricionales.

Insuficiencia de peso al nacer. El porcentaje de nacidos vivos con insuficiencia de peso (menos de 2.500 g) se ha reducido marcadamente en los últimos dos años. Ese porcentaje fluctuó entre el 8,9 y 9,5%, de 1976 a 1982. En 1983 disminuyó al 6,3% en los partos atendidos en los hospitales (90% del total) y en 1984 se redujo aun más, llegando al 5,9%.

Sistema de salud

Servicios de salud

Dos niveles principales, primario y secundario, definen los servicios de salud de Antigua. Las de-

marcaciones no son claras ya que se ofrecen muchos servicios "primarios" en el Hospital Holberton, una institución de atención secundaria de casos agudos. De vez en cuando se presta atención a nivel terciario

pero la mayoría de los casos que exigen cuidados más complejos reciben tratamiento en el exterior. Existen vínculos oficiales con la Universidad de las Antillas Occidentales en Jamaica y con el Hospital Queen Elizabeth de Barbados y se envía a Puerto Rico y Miami a un número cada vez mayor de pacientes para atención general terciaria y a Martinica y Guadalupe para servicios oftalmológicos.

El país se divide en 6 distritos médicos, pero los servicios a la población no se asignan en base relativa a la proporción de usuarios, servicios y número de agentes de salud. La legislación que rige estas divisiones es obsoleta, particularmente dados los desequilibrios que han ocurrido con el rápido crecimiento demográfico y la expansión de las ciudades y aldeas. Además, los límites de los distritos "médicos" no coinciden con las divisiones geográficas de los distritos ni aun con los distritos de "salud ambiental" y "atención de enfermería". El avalúo catastral y la administración de los servicios públicos tienen divisiones diferentes. Esta distribución tan diversa ocasiona graves problemas de coordinación.

Cada distrito es atendido por un médico, nombrado por el gobierno, que tiene la responsabilidad jurídica de prestar todos los servicios médicos del distrito. Todos los médicos distritales ejercen además en consultorios particulares y sus oficinas están situadas en la ciudad de St. John. Los 17 dispensarios que cubren la isla son todos dependencias de los 6 centros de salud que existen, uno en cada distrito. Los servicios del centro de salud son prestados por el médico, enfermeras de familia en ejercicio, enfermeras de salud pública, enfermeras-parteras distritales, auxiliares de salud de la comunidad y ayudantes de dispensarios. En los centros y subcentros de salud, el número máximo del personal sería uno de cada categoría (médico de tiempo parcial) y el mínimo sería una enfermera-partera distrital y un auxiliar de dispensario.

Cobertura

Aunque la red de dispensarios cubre toda la isla, gran parte de la población no utiliza los servicios. Esa población de clase media o media alta suele acudir a médicos particulares para todo tipo de atención, inclusive partos e inmunizaciones. Se estima que la población servida representa el 76% del total y la diversidad entre la proporción de población y los centros o agentes de salud indica que no hay normas

de cobertura por parte de las divisiones de servicios sanitarios. El sistema ha crecido sin orden ni concierto, en algunos casos para atender las demandas políticas o de la comunidad.

La cobertura de los servicios de salud maternoinfantil ha mejorado pero la atención posnatal dispensada a las madres sigue constituyendo un grave problema. Se estima que el 71% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal pero en esa cifra no se incluye a las atendidas por médicos particulares. El número total de consultas de mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud y en el Hospital Holberton rebasa con creces el número anual de niños nacidos vivos, lo que indica que las mujeres acuden a distintos dispensarios y reciben atención de más de una fuente durante el embarazo. Se cree que algunas mujeres, dan a luz sin tener ningún contacto con el sistema de salud antes del parto. Excepto en caso de operación cesárea, la mayoría de los nacimientos son atendidos por parteras. La tasa de mortalidad materna sigue siendo sumamente baja, registrándose solo 3 defunciones en 1976, 0 en 1984, y 2 en 1982 y 1983. La proporción de partos atendidos en el hogar se ha mantenido relativamente constante en un 10-13% de todos los nacimientos. La atención posnatal, que consiste en un examen (vagina, cuello del útero, seno y útero) practicado de 6 a 8 semanas después del parto y enseñanzas sobre nutrición, sigue constituyendo un problema. Se estima que los servicios públicos proporcionan esa atención solo a la mitad de las madres.

La cobertura de los niños (de 1 a 4 años) ha venido aumentando anualmente. Del 85 al 90% de esa población recibe servicios de salud en el sector público.

La planificación familiar como actividad del sector público se inició solo a finales de 1984. Antes, la Asociación de Planificación Familiar de Antigua, una entidad privada, prestaba gran parte de los servicios establecidos de esa índole junto con los médicos particulares.

Inmunización

Desde que se inició el PAI en 1981 se han logrado grandes adelantos en la cobertura vacunal. Casi todos los niños menores de 1 año están completamente inmunizados contra DPT y poliomielitis. Por lo menos el 94% de los del grupo de 1 a 4 años están inmunizados contra DPT y el 92% contra poliomielitis.

tis. La vacunación antisarampionosa se inició en 1983 en el grupo de 15 a 36 meses, y la cobertura en 1984 se estimó en el 76%. Mientras se disponga de vacunas y se mantenga la cadena de frío, es de esperar que se logrará una cobertura universal. El tétanos neonatal no causa ningún problema y en los últimos años solo ha ocurrido un caso importado.

Prevención y control de enfermedades endémicas

La lepra y la esquistosomiasis son las enfermedades endémicas objeto de prevención y control. Hay 46 pacientes leprosos inscritos y desde 1980 se ha registrado por lo menos un nuevo caso. Un estudio sobre la esquistosomiasis, realizado en 1981 en la parte sudoriental de la isla, permitió confirmar la presencia de *Schistosoma mansoni* en la materia fecal del 20% de las personas del grupo investigado.

Programa de control de *Aedes aegypti*

Este programa, con una plantilla de 27 personas, se centra en la erradicación de *A. aegypti*, la vigilancia de criaderos de *Albimanus* y el tratamiento de los criaderos de *Culex*. En una serie de verificaciones locales realizadas al azar entre marzo y mayo de 1983, se visitaron 20.607 viviendas, se inspeccionaron 20.284 y se encontró que 1.979 (9,8%) eran criaderos de *A. aegypti*. Esas verificaciones se efectuaron también en 40 casas de tres zonas distintas en las que se descubrió que el índice de presencia en viviendas (porcentaje de casas examinadas que resultaron positivas para larvas de *A. aegypti*) era de 65; el índice de presencia en recipientes (porcentaje de recipientes con agua examinados con resultados positivos para larvas de *A. aegypti*), de 44 y el índice de Breteau (número total de recipientes con larvas de *A. aegypti* por 100 viviendas), de 192,5. Estos elevados índices señalan un riesgo igualmente alto de brotes de enfermedades transmitidas por *A. aegypti* como el dengue, dengue hemorrágico o la fiebre amarilla. Se realiza actualmente un programa de educación pública para la erradicación y el tratamiento de criaderos.



Antillas Neerlandesas

Contexto general

Análisis político, económico y social

Las Antillas Neerlandesas—conformadas por las islas Curazao, Aruba, Bonaire (Islas de Sotavento), Saint Maarten, San Eustaquio y Saba (Islas de Barlovento), además de dos islotes vecinos a Curazao y Bonaire—forman parte del Reino de los Países Bajos y tienen en común la jefatura del Estado, es decir la Corona y la Constitución. La relación de ambas está definida por un estatuto. El sistema de gobierno tiene por una parte lo concerniente al Reino y por la otra el gobierno nacional. El Reino consta de los ministros de Holanda y del ministro plenipotenciario de las Antillas Neerlandesas en La Haya. El gobierno nacional está formado por el gobernador, nombrado por la Corona; el consejo de ministros y el Parlamento, que es elegido cada cuatro años.

Además, en cada isla hay un gobierno local constituido por un gobernador que es la autoridad central del nivel local; un consejo legislativo y un consejo ejecutivo.

El idioma oficial de las islas es el holandés; sin embargo en las islas de Sotavento se habla el papiamentu y en las de Barlovento el inglés.

A partir de enero de 1986 la estructura estatal de las Antillas Neerlandesas es la siguiente: por una parte Aruba y por la otra las cinco islas que se asocian en una Unión (Curazao, Bonaire y las Islas de Barlovento). La economía de las islas se basaba en las refinерías de petróleo pero se han suspendido sus operaciones y hasta el momento no se ha logrado encontrar una fórmula para su reapertura. Otras fuentes económicas importantes son el turismo, la marina mercante, la compañía de diques y la aviación.

La inflación hasta octubre de 1983 fue del 2,0%

con relación a diciembre de 1982. Según el censo poblacional de 1981 el índice de desempleo era del 16,1%, de una fuerza de trabajo de 96.202. Este índice varía para cada una de las islas pero en Curazao llegó al 20,3%.

No existe casi el analfabetismo; en 1979 solo había 1,6% de población analfabeta. En 1981 la escolaridad en educación primaria era del 95,2%, en educación secundaria del 83,8% y en educación universitaria del 1,4%, lo que demuestra que la cobertura del sistema educativo es satisfactoria.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, según el censo nacional de 1981 el 86% de las casas estaban en buenas condiciones; el 86,6% estaban equipadas con servicios de agua potable, alcantarillado y eliminación de excretas, el 9,7% poseía un baño completo o un retrete y solo el 3,7% no contaba con ninguno de estos servicios. Están en vías de avance algunos programas de mejoramiento de viviendas entre los grupos más necesitados de la población.

Características demográficas

El censo de población de 1981 determinó una población de 232.000 habitantes para todas las Antillas Neerlandesas. El 63% aproximadamente se encuentra en Curazao que tiene una densidad de población de 312,4 habitantes por km². Las dos islas, Curazao y Aruba, tienen el 89,5% de la población total. La isla que tiene la densidad de población más baja por km² es Bonaire con 30,2 y la que tiene la densidad de población más alta es Saint Maarten con 388,2. En 1981 la tasa de crecimiento vegetativo fue bastante moderada alcanzando una cifra de 13,8 por 1.000

CUADRO 1

Tasas de natalidad y de mortalidad general por 1.000 habitantes y de fecundidad por 1.000 mujeres en edad fértil, Antillas Neerlandesas, 1981.

Areas	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad general	Tasa de fecundidad por 1.000 mujeres de 15 a 44 años
Curazao	17,7	5,7	75,5
Aruba	17,4	4,7	69,9
Bonaire	17,9	5,9	80,6
Islas de Barlovento	16,5	3,5	69,5
Antillas Neerlandesas ^a	17,5	5,3	73,5

^a Excluye San Eustaquio.

Fuente: Censo Poblacional, 1981, Oficina Central de Estadística, Willemstad, Curazao, Antillas Neerlandesas.

habitantes, lo cual se debe principalmente a la baja tasa de natalidad observada. En 1981 esta última tasa solo llegó a 17,5 por 1.000 habitantes; la tasa de fecundidad fue de 73,5 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años. No se observaron variaciones de importancia entre las islas (cuadro 1).

La distribución de la población por edad es como sigue: el grupo de 15 a 64 años, 64,4%; el grupo de 0

a 14, 28,9% de la población, cifra que está por debajo de la de los otros países del Caribe, y el grupo de 65 años y más, 6,7%. La distribución por sexo es bastante pareja aunque hay un ligero predominio de la población femenina (51,4%).

La población de las Antillas Neerlandesas está constituida por una mezcla de grupos étnicos; en Aruba predominan los grupos de origen indio mien-

CUADRO 2

Principales causas de mortalidad general, según porcentaje del total de defunciones, Antillas Neerlandesas, 1983.^a

Causa de defunción	No. de muertes	%
Enfermedades cardiovasculares	358	34,1
Cáncer	223	21,4
Accidentes	77	7,3
Otras enfermedades del tracto digestivo (530-579)	54	5,1
Otras enfermedades del tracto respiratorio (466,480-519)	46	4,4
Enfermedades del aparato urinario (580-599)	39	3,7
Ciertas afecciones del período perinatal	30	2,8
Diabetes mellitus	24	2,3
Septicemia	22	2,1
Anomalías congénitas	15	1,3
Signos y síntomas mal definidos	87	8,3
Otras causas	75	7,2
Todas las causas	1.050	100,0

^a Se excluye Aruba.

Fuente: Servicio de Atención Médica y Salud. Gobierno Insular, Curazao, 1983.

tras que en Curazao existe un mestizaje de africanos, europeos e indios. Otro grupo étnico importante son los descendientes de judíos llegados de España, Portugal, Francia, Pakistán e India. También se encuentran inmigrantes venezolanos, colombianos, cubanos, estadounidenses y los procedentes de Suriname.

Mortalidad

En 1980 la esperanza de vida al nacer era de 72,8 años en Aruba y Curazao; no se dispone de datos para las otras islas. Los niveles de mortalidad general

son bastante bajos. En 1981 la tasa de mortalidad general fue de 5,3 para todas las islas (excepto San Eustaquio) y de 3,5 en las Islas de Barlovento (cuadro 1). Según estimaciones del Departamento de Salud, en 1983 la tasa de mortalidad general fue de 6 por 1.000 habitantes. En ese mismo año las principales causas de defunción fueron en primer lugar las enfermedades cardiovasculares (34,1%), el cáncer (21,4%) y los accidentes (7,3%) (cuadro 2). Los registros de mortalidad han mejorado en los últimos años; en el Departamento de Salud Pública se reciben certificados de defunción de todas las islas (excepto Aruba), los cuales se han estado tabulando y codificando de acuerdo con las recomendaciones de la OPS/OMS.

Estado de salud

Salud del niño

La mortalidad infantil tiene las tasas más bajas y se ubican entre las mejores de la región. En 1983 la tasa de mortalidad infantil fue de 15,8 por 1.000 nacidos vivos para todas las islas (excepto Aruba). Existen diferencias importantes entre las Islas de Sotavento y las de Barlovento; en estas últimas las tasas son mucho más elevadas que las tasas promedio del país. En 1983 las principales causas de mortalidad infantil en todas las Antillas Neerlandesas (excepto Aruba) fueron en primer lugar las afecciones originadas en el período perinatal (34,4%), en segundo lugar las malformaciones congénitas (15,5%), seguidas de los accidentes (6,9%), la septicemia (5,2%) y los síntomas mal definidos (6,9%). La mortalidad neonatal representó el 63,8% de la mortalidad infantil. En el grupo de 1 a 4 años la mortalidad es baja, con una tasa de 0,62 por 1.000 habitantes en 1983; la causa principal fueron los accidentes u otras violencias. En el grupo de 5 a 14 años la mortalidad es bastante baja, con una tasa de solo 0,32 por 1.000 habitantes. En 1983 la mortalidad del grupo de 0 a 14 años representó el 7,4% del total de muertes en todos los grupos de edad.

En 1983 la mortalidad materna fue de 0,3 por 1.000 nacidos vivos y el 94,8% de los partos tuvieron atención institucional. En 1982 el 14% de los partos fueron cesáreas. El peso promedio de los niños al nacer fue bastante bueno en 1981: Aruba, 3.390 kg y Curazao 3.256 kg; pesaban menos de 2.500 kg el

5,8% de los niños en Aruba y el 10,2% en Curazao.

En cuanto a las enfermedades prevenibles por inmunización la incidencia notificada de casos es baja. No existe un programa nacional de vacunación pero a nivel insular hay organizaciones privadas y públicas encargadas de la vacunación y cada una de estas tiene el mismo programa estandarizado de inmunización. Durante 1983 en Curazao la cobertura de los programas de vacunación en menores de 1 año fue buena (más del 80%), excepto para el sarampión (30%).

El estado nutricional de los niños menores de 1 año es satisfactorio. Los insumos necesarios para la alimentación y nutrición de la población están disponibles y al alcance de todos.

Existe cierto problema de obesidad debido a malos hábitos nutricionales pero no se dispone de cifras que lo cuantifiquen. Los casos de bocio son esporádicos debido al uso de sal yodada por la población.

En el tema de salud oral el índice de caries dentales representa un problema de mediana proporción; en Curazao está alrededor del 17,6% en niños de 6 a 12 años. El gobierno espera reducir este porcentaje con el programa de fluoruración del agua potable. Hay un servicio de cuidado dental gratuito (extracciones y rellenos) para niños en edad escolar y grupos de pocos recursos.

Salud del adulto

En 1983 las enfermedades cardiovasculares constituyeron el 34,1% del total de defunciones y la pri-

mera causa de mortalidad general en las Antillas Neerlandesas. Dentro de esta categoría los accidentes cerebrovasculares representaron el 35,7% y la enfermedad isquémica del corazón el 27,3%. Esta última afectó en mayor medida al grupo de mayores de 60 años, con un 77,5% del total de defunciones por esta causa. El 66% de los accidentes cerebrovasculares ocurrió en mayores de 70 años.

En 1983 el cáncer representó el 21,4% del total de defunciones por todas las causas con una tasa de 128,3 por 100.000 habitantes. La localización más frecuente como causa de muerte fue el tracto digestivo (34,5%), seguida de los tumores malignos de las vías respiratorias (22,8%). El cáncer más frecuente en el hombre fue el de tráquea, bronquios y pulmones; en la mujer el de cuello del útero y vías respiratorias.

El consumo de alcohol está considerado como un problema importante en todas las islas. En Curazao existe un hospital psiquiátrico y en Bonaire, Aruba y Curazao existen instituciones para jóvenes y niños impedidos mentales o con problemas de conducta o aprendizaje. Las principales causas de admisión en el hospital psiquiátrico de Curazao fueron: esquizofrenia 26,6%; psicosis 23,5%, farmacodependencia 11,6%, trastornos de la personalidad 10,3% y oligofrenia 9%; estas son cifras promedio de 1974-1978.

Los accidentes son la tercera causa de defunción en las islas. En 1982 se registraron 89 muertes por accidentes, envenenamiento y suicidios. Se han formulado algunas recomendaciones para la prevención de accidentes de tránsito, no así para accidentes en el hogar.

Salud ambiental

En general la cobertura es adecuada. Hay sistemas de agua potable de circuito cerrado (destilación de agua de mar) en Aruba, Bonaire, Curazao y Saint Maarten; en Saba y San Eustaquio se utiliza agua de

lluvia. Un hecho único en la región es que el agua potable cumple con las normas de la OMS. A fin de garantizar un abastecimiento y calidad adecuados se ha establecido un contrato entre el gobierno insular y las compañías abastecedoras de agua. El informe de los análisis hechos semanalmente por las compañías es enviado al servicio insular de salud pública.

Existe una cobertura adecuada para la eliminación de los desechos sólidos que van a parar a rellenos sanitarios. En ocasiones el gobierno utiliza los servicios de camiones privados para hacer frente a las necesidades existentes. En algunos casos la basura se arroja al mar pero se está tratando de solucionar este problema. No cabe duda de que hay cierto grado de contaminación por botellas desechables y latas. Algunos grupos privados, por ejemplo el Club de Leones, y el gobierno, están tratando de tomar medidas ambientales adecuadas.

En 1984 no hubo ningún tipo de epidemia causada por alimentos; a los expendedores de alimentos se les exige una licencia y un certificado médico del servicio insular de salud pública, renovables cada año. El gobierno está tratando de mejorar el tipo de inspección y control regulares que se practican.

Solo en pequeña escala se realiza el control sanitario de la vivienda. La información educativa y la investigación de vectores corre a cargo de la inspección sanitaria insular.

La fuente principal de contaminación ambiental es la refinería de Curazao. El nivel de contaminación del aire en áreas urbanas es alto y la contaminación terrestre y marítima por productos petroleros es más baja. Existen algunas leyes preventivas con respecto a este problema.

En la actualidad no existen grandes proyectos de desarrollo económico que puedan ocasionar efectos adversos en la salud humana o en la ecología del país, salvo cierta contaminación de las aguas del mar ocasionada por las refinerías de petróleo. De todas maneras los proyectos de desarrollo económico deben ceñirse a las normas vigentes.

Sistema de salud

El Gobierno de las Antillas Neerlandesas se propone alcanzar una cobertura del 100% de servicios de salud especialmente preventivos con la finalidad de lograr el bienestar físico, mental y social de toda la población de las islas. Existen medidas con fuerza

de ley que garantizan la atención de salud a toda la población, incluida la posibilidad de dar tratamiento especializado en el exterior. Se ha considerado la asignación de recursos de personal para el sector salud contando como fuente el presupuesto nacional

para el desarrollo. Se están desplegando esfuerzos para lograr cooperación y coordinación estrechas entre las instancias gubernamentales y privadas con respecto al cuidado de la salud, todo esto dentro de la política de descentralización que en la actualidad se está desarrollando. Otros objetivos que se persiguen es la racionalización de los recursos y se aspira a una colaboración regional con el Caribe y con los países continentales.

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 es responsable de todas las operaciones y cumple una función de inspección y coordinación. Además 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. Por su parte los gobiernos insulares recaban los fondos impuestos y deducciones de pensiones para cubrir los costos de cuidados médicos de funcionarios públicos y sus familiares y de la población de escasos recursos. La empresa privada cubre 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.

En 1983 los costos del sector salud fueron cubiertos por los gobiernos insulares en un 51%, porcentaje que en 1982 fue del 47%. Este incremento se hizo a costa del aporte del sector privado que bajó del 31% en 1982 al 26% en 1983. Es de hacer notar que las personas no cubiertas por los seguros sociales por estar desempleadas o los familiares de algunos empleados tienen asegurada su atención médica en Curazao a través de una tarjeta del gobierno para este fin. El número de personas poseedoras de tarjetas ha ido en aumento de 38.000 en 1978 a 66.000 en 1983.

Del total de costos el 68,5% se invierte en atención médica hospitalaria y solo el 13,1% en salud pública y atención ambulatoria. Cabe señalar que existe un considerable gasto en salud mental (11,6%).

En cuanto a la capacidad instalada del sistema de salud hay 35 establecimientos de salud con un total de 2.552 camas, de las cuales el 50% corresponde a hospitales generales. Según la población determinada por el censo de 1981, el promedio de camas por 1.000 habitantes era de 11, relación muy favorable a las recomendadas por la OMS/OPS de tres camas por 1.000 habitantes. En Bonaire la relación es de 16 camas por 1.000 habitantes y en Curazao de 12 camas por 1.000 habitantes. En Curazao la atención pediátrica cuenta con 130 camas, el hospital psiquiátrico con 450 camas y el hogar geriátrico con 399 camas. En Aruba el hospital general tiene 279 camas, en Bonaire 69 y en Saba 15 camas. 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 médica a toda la población.

Con respecto a la atención ambulatoria existen tres servicios insulares de salud en Curazao, Aruba y Saint Maarten que ofrecen atención primaria. Además, hay cinco servicios de atención médica ocupacional, cuatro en Curazao y uno en Aruba.

En lo que se refiere a personal de salud, en 1984 había 282 médicos en ejercicio, de los cuales el 38,7% eran médicos generales; en Curazao había 196 y en Aruba 63 médicos. Algunos de ellos están al servicio del gobierno, ya sea a tiempo completo, tiempo parcial o por contrato. Los estudiantes de medicina cursan los últimos años en Curazao y el título les es otorgado por una universidad holandesa. Hay 463 enfermeras graduadas (1,6 enfermera por médico) y 862 enfermeras auxiliares y ayudantes de enfermería en las Antillas Neerlandesas.

Argentina

Contexto general

Análisis político, económico y social

La Argentina tiene una población cercana a los 30 millones de habitantes. La Constitución establece un sistema republicano, representativo y federal, con el poder dividido entre el gobierno nacional y los 22 gobiernos provinciales. La salud es uno de los poderes provinciales que no han sido delegados al gobierno nacional. El jefe de Estado es el Presidente de la Nación, electo por un período de seis años.

La economía del país se encuentra actualmente en un período de reordenamiento general. Al estancamiento económico que caracterizó al decenio de 1970 se agregaron problemas políticos y una deuda externa, ambos enmarcados en una inflación acelerada hasta junio de 1985, año en que se hacen grandes esfuerzos para controlarla. Los porcentajes anuales eran: 87,6% en 1980; 131,3% en 1981; 209,7% en 1982; 433,7% en 1983; 688% en 1984; 207% de enero a mayo de 1985.

Con el incremento general de habitantes, como es lógico, la población económicamente activa también ha aumentado: 7,6 millones en 1960; 9,0 en 1970 y 10,0 en 1980. Sin embargo, la proporción que estas cantidades representan en el total de población de 14 años y más, ha ido disminuyendo: 53,6, 53,2 y 50,3 en los tres últimos censos.

Durante los tres últimos decenios la educación se ha ampliado de manera notable. Considerando todos los niveles de educación, el total de alumnos en el sistema educativo en el período 1970-1982, pasó de

5.500.000 a 7.300.000 alumnos, cifras que representaban el 23,5 y el 25,1% del total de la población en esos años.

La vivienda es uno de los elementos que tradicionalmente se considera para evaluar la calidad de vida de la población. En ese sentido, uno de los primeros datos para evaluar la situación lo constituye la relación entre población y vivienda. Según los datos del censo de 1980 existían en la Argentina casi 8,2 millones de viviendas particulares para albergar a 27,4 millones de habitantes. Hay además 22.000 viviendas colectivas que albergan a 500.000 habitantes.

Características demográficas

El censo nacional de población y vivienda de 1980 arrojó un total de cerca de 28 millones de habitantes, con una proporción de 97 varones por 100 mujeres y una densidad de 10,1 habitantes por km² en el sector continental. La población urbana, definida en términos de la población que vivía en localidades de 2.000 habitantes y más, era del 83%.

La proporción de hombres en la zona urbana es de 93,6 y en la rural de 114,9, es decir, el número de mujeres supera al de los hombres en el área urbana y lo contrario ocurre en el área rural. El número de mujeres es superior al de los hombres a partir del grupo de 15 a 19 años, en la población urbana; este

mismo hecho se registra en los ancianos, a partir de los 80 años, en la población rural.

El 53% de la población del país de 14 años y más es casada. Es interesante notar que mientras hay diferencias de cierta importancia en los porcentajes de casados, por sexo y por zonas urbana o rural, la suma de casados y de parejas en unión libre es más regular, entre el 58 y el 61% en todos los casos. Obsérvese que es en la población rural donde se encuentra la menor proporción de casados y la mayor de los que cohabitan en unión libre: 47 y 11% respectivamente, frente al 53 y 7% de la población total. El índice de crecimiento medio anual se estima alrededor de 1,89 para todo el país.

Los movimientos migratorios internos y las migraciones internacionales han tenido un papel fundamental en la distribución de la población en el territorio.

Según los datos recogidos para medir la importancia de las migraciones internas ocurridas en el quinquenio 1975–1980, cambiaron su residencia de una provincia a otra 1,5 millones de habitantes. Con relación a la población total este movimiento abarcó el 6% de los habitantes. Esto significa una reducción de la intensidad de las migraciones internas, ya que en el quinquenio 1965–1970, o sea 10 años antes, cambiaron de provincia 1,7 millones de residentes, o sea, el 8% de la población total.

Los datos del registro civil durante varios años del decenio de 1970 y los datos del censo para el último año, reflejan una tasa de natalidad superior a la que estaba en descenso durante los 20 años anteriores. Lo mismo ocurre con la tasa de fecundidad general. Este hecho llamativo ofrece un interesante desafío para la investigación.

Las tasas específicas de fecundidad por edades muestran más claramente el cambio. En el período 1960–1970, la fecundidad se había reducido en casi todos los grupos de edad. A la inversa, durante 1979–1980 aumentó en forma progresiva en casi todos los grupos de edad hasta los 39 años, es decir, a mayor edad, mayor aumento.

El promedio de hijos por mujer en la población femenina de 14 años y más era de 2,05 en 1980. Pero si se distingue entre población urbana y rural, la relación es de 1,91 y de 2,92 hijos por mujer, respectivamente, es decir, hay una diferencia de más del 50%.

Si se combinan las dos variables de urbanización y estado civil con la fecundidad, el valor más bajo de esta corresponde a las casadas de las zonas urbanas (131 por 1.000), y el más alto corresponde a las parejas de unión libre en el medio rural, cuya tasa de 246 por 1.000 es casi el doble.

Otro factor corrientemente asociado con la fecun-

dad es la educación de los padres, medido generalmente según el nivel de instrucción de la madre. Las mujeres que nunca asistieron a la escuela o no pudieron terminar la escuela primaria, han tenido en promedio 3,11 hijos, número que desciende paulatinamente hasta 1,23 hijos entre las mujeres graduadas en estudios superiores o universitarios.

Mortalidad

La mortalidad general del país ha bajado de 9,5 por 1.000 habitantes en 1970, a 8,6 en 1980 y a 8,4 en 1981 (cuadro 1). Existen diferencias entre las regiones, con un valor máximo de 11,7 por 1.000 habitantes para la Capital Federal en 1981 y un mínimo de 4,6 en Neuquén.

En los primeros años de vida (menos de 5 años) la mortalidad desciende del 16,72% del total de muertes en 1970 al 11,40% en 1980. Ese fenómeno se da en ambos sexos, aunque es más acentuado en las mujeres. Como contrapartida, aumentan los porcentajes del total de muertes en el grupo de 65 y más años, en ambos sexos.

La disminución de las tasas de mortalidad en los primeros años de vida ocurre en todos los grupos de edad y en ambos sexos en el período 1960–1980 (cuadro 2). Pero como ha pasado en otros países, ha aumentado la relación entre la tasa de mortalidad masculina y la femenina, en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 70 y más años, en que la razón global es de 1,42 a 1,36.

El valor mayor de la relación para 1980 se halla en el grupo de 60 a 64 años, y es de 2,17. Eso significa que cada 100 muertes femeninas en ese grupo de edad, se producen 217 muertes masculinas en ese mismo grupo.

Los últimos datos disponibles en el país respecto a las defunciones son de 1981, según edad, sexo y causa de muerte (Lista Básica de la CIE, 9a Revisión). Se han considerado las cinco principales causas de defunción, las tasas y porcentajes por edad y sexo (cuadro 3). Para toda la población, las enfermedades del corazón son la primera causa de mortalidad con el 29% del total de muertes, y también son la primera causa en ambos sexos.

Según grupos de edad, en menores de 1 año existe la posibilidad de reducir las causas de defunciones por neumonía, influenza e infecciones intestinales. Esto mismo se aplica en el grupo de 1 a 4 años, al que hay que agregar las deficiencias nutricionales. En la Argentina se presenta lo ya observado en otros países; los accidentes son la primera causa de muerte

CUADRO 2
Razones y tasas de mortalidad por 1.000 habitantes, por sexo y edad, 1960 y 1980, Argentina.

Grupos de edad	Tasas en 1960			Razón hombres/mujeres 1960	Tasas en 1980			Razón hombres/mujeres 1980
	Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres	
<1 año	62,37	67,06	57,47	1,17	33,22	36,71	29,65	1,24
1-4	4,54	4,54	4,54	1,00	1,55	1,62	1,48	1,09
5-9	0,89	0,95	0,81	1,17	0,47	0,54	0,40	1,35
10-14	0,71	0,80	0,62	1,29	0,45	0,52	0,38	1,37
15-19	1,34	1,61	1,08	1,49	0,88	1,08	0,67	1,61
20-24	1,83	2,20	1,48	1,49	1,14	1,47	0,82	1,79
25-29	2,12	2,49	1,76	1,41	1,35	1,65	1,05	1,57
30-34	2,32	2,66	1,98	1,34	1,70	2,01	1,38	1,46
35-39	3,01	3,68	2,34	1,57	2,47	3,02	1,93	1,57
40-44	4,30	5,35	3,25	1,65	3,81	4,84	2,78	1,74
45-49	6,49	8,33	4,65	1,79	5,81	7,82	3,81	2,05
50-54	10,41	13,72	6,96	1,97	8,46	11,61	5,49	2,11
55-59	15,82	20,88	10,40	2,01	12,49	17,25	8,01	2,15
60-64	24,46	32,39	16,41	1,97	18,72	26,22	12,09	2,17
65-69	35,09	44,73	25,40	1,76	27,62	38,21	18,78	2,03
70 y más	80,36	92,02	70,45	1,31	77,27	84,85	66,43	1,28
Total	8,96	10,46	7,38	1,42	8,63	9,98	7,32	1,36

CUADRO 3
Las cinco principales causas de defunción, tasas y porcentajes por edad y sexo, Argentina, 1981.

	Total			Hombres			Mujeres					
	Orden	Número	Tasa	%	Orden	Número	Tasa	%	Orden	Número	Tasa	%
Principales causas de defunción (CIE, 9a Revisión)												
Todas las edades ^a												
Todas las defunciones												
Enfermedades del corazón (390-429)	1	241.904	843,0	100,0	1	138.504	971,0	100,0	1	103.400	716,6	100,0
Tumores malignos (140-208)	2	70.246	244,8	29,0	2	40.241	282,1	29,0	2	30.005	207,9	29,0
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	3	41.885	146,0	17,3	3	24.016	168,4	17,3	3	17.869	123,8	17,3
Accidentes (E800-E949)	4	23.045	80,3	9,5	4	11.932	84,0	8,6	4	11.063	76,7	10,7
Ateroesclerosis (440)	5	12.293	42,8	5,1	5	8.767	61,5	6,3	5	3.526	24,4	3,4
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)	-	11.584	40,4	4,8	-	5.231	36,7	3,8	4	6.353	44,0	6,1
		10.653	37,1	4,4	5	6.113	42,9	4,4	5	4.540	31,5	4,4
Menores de 1 año												
Todas las defunciones												
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)	1	22.881	3 363,4	100,0	1	12.821	3 683,8	100,0	1	10.060	3 027,3	100,0
Anomalías congénitas (480-487)	2	10.623	1 561,5	46,4	2	6.091	1 750,1	47,5	2	4.532	1 364,9	45,0
Neumonía e influenza (480-487)	3	2.701	397,0	11,8	3	1.470	422,4	11,5	3	1.231	370,5	12,2
Infeccc. intestinales mal definidas (009) ^b	4	1.628	239,3	7,1	4	908	260,9	7,1	4	720	216,7	7,2
Septicemia (033)	5	1.456	214,0	6,4	5	782	224,7	6,1	5	674	203,0	6,7
Enfermedades del corazón (390-429)	-	599	88,0	2,6	-	334	96,0	2,6	-	265	79,8	2,6
		548	80,6	2,4		311	89,4	2,4		237	71,3	2,4
1 a 4 años												
Todas las defunciones												
Accidentes (E800-E949)	1	4.023	151,7	100,0	1	2.145	158,4	100,0	1	1.378	144,6	100,0
Neumonía e influenza (480-487)	2	715	27,1	17,8	2	426	31,5	19,9	2	292	22,5	15,5
Infeccc. intestinales mal definidas (009) ^b	3	384	14,5	9,5	3	195	14,5	9,1	3	188	14,5	10,0
Anomalías congénitas (480-487)	4	318	12,0	7,9	4	158	11,7	7,4	4	160	12,3	8,5
Deficiencias de la nutrición (260-269)	5	242	9,1	6,0	5	125	9,2	5,8	5	117	9,0	6,2
		234	8,8	5,8		112	8,3	5,2		122	9,4	6,5
5 a 14 años												
Todas las defunciones												
Accidentes (E800-E949)	1	2.664	49,4	100,0	1	1.632	59,5	100,0	1	1.032	39,0	100,0
Tumores malignos (140-208)	2	902	16,7	33,8	2	558	24,9	40,3	2	244	9,2	23,6
Enfermedades del corazón (390-429)	3	382	7,1	14,3	3	227	8,3	13,9	3	155	5,9	15,0
Anomalías congénitas (480-487)	4	156	2,9	5,9	4	79	2,9	4,8	4	77	2,9	7,5
Neumonía e influenza (480-487)	5	117	2,2	4,4	5	67	2,4	4,1	5	50	1,9	4,8
		89	1,7	3,3		43	1,6	2,6		46	1,7	4,4

CUADRO 3
Las cinco principales causas de defunción, tasas y porcentajes por edad y sexo, Argentina, 1981. (Cont.)

	15 a 49 años					50 a 64 años					65 y más años				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Todas las defunciones	30.911	224,1	100,0	19.608	283,0	49.004	1 279,1	100,0	32.338	1 763,6	130.878	5 569,3	100,0	68.507	6 670,6
Enfermedades del corazón (390-429)	5.725	41,5	18,5	3.903	56,3	14.725	384,4	30,0	10.554	566,8	48.494	2 063,6	37,0	25.039	2 433,1
Accidentes (E800-E949)	5.325	38,6	17,2	4.318	62,3	12.923	337,3	26,4	7.891	423,8	22.824	971,2	17,4	12.927	1 258,7
Tumores malignos (140-208)	5.325	38,6	17,2	2.711	39,1	4.983	130,1	10,2	3.075	165,1	15.793	672,0	12,1	7.596	739,6
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	2.056	14,9	6,6	1.193	17,2	1.971	51,4	4,0	1.504	80,8	10.764	453,0	8,2	4.637	456,4
Suicidios (950-959)	1.108	8,0	3,6	794	11,4	1.582	41,3	3,2	1.233	66,2	2.960	126,0	2,3	1.620	157,7
Cirrosis hepática (571)	998	7,2	3,2	759	10,9	1.205	31,5	2,4	646	34,7					
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (610-676)	-	468	1,5	-	-	-	-	-	-	-					
	11.303	164,7	100,0	11.303	164,7	16.166	821,0	100,0	16.166	821,0	62.371	4.714,4	100,0	62.371	4.714,4
	1.822	26,5	16,1	1.822	26,5	4.171	211,8	25,8	4.171	211,8	23.455	1.772,9	37,6	23.455	1.772,9
	1.007	14,7	8,9	1.007	14,7	5.032	255,6	31,1	5.032	255,6	9.897	748,1	15,9	9.897	748,1
	2.614	38,1	23,1	2.614	38,1	1.908	96,9	11,8	1.908	96,9	8.197	619,6	13,1	8.197	619,6
	863	12,6	7,6	863	12,6	467	23,7	2,9	467	23,7	6.077	459,3	9,7	6.077	459,3
	314	4,6	2,8	314	4,6	349	17,7	2,2	349	17,7	1.340	101,3	2,1	1.340	101,3
	239	3,5	2,1	239	3,5	559	28,4	3,4	559	28,4					
	468	6,8	4,1	468	6,8										

^a Incluidas defunciones cuyas edades se ignoran.

^b Comprende colitis, enteritis, gastroenteritis, diarreas infecciosas y de presunto origen infeccioso.

Nota: Las tasas de mortalidad de menores de 1 año se calcularon por 100.000 nacidos vivos (los nacidos vivos de sexo sin especificar se distribuyeron proporcionalmente). En las edades restantes las tasas se calcularon por 100.000 habitantes.

en los grupos de 1 a 4 y 5 a 14 años, de ambos sexos, aunque la tasa masculina es superior a la femenina. Para los grupos de más edad ya predominan las causas asociadas con una alta esperanza de vida: problemas de corazón, tumores y cerebrovasculares.

En lo que respecta a la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas no deben esperarse grandes cambios en un período de solo 10 años (1970-1980). Sin embargo, es posible visualizar algunas tendencias compatibles y coherentes con la evolución de la mortalidad del país y también con lo que sucede en otros países. Es así que el grupo relacionado con condiciones ambientales (enfermedades infecciosas, parasitarias, nutricionales, neumonía, influenza, meningitis), sigue disminuyendo del 13 al 8%, mientras que va en aumento el grupo de enfer-

medades cardiovasculares y cerebrovasculares, del 37 al 45%. Permanecen estables los tumores y otras afecciones crónicas o degenerativas como diabetes, úlceras y cirrosis; con una pequeña disminución del 1%, las de origen violento como accidentes, suicidios y homicidios. Están en aumento de un 1% las anomalías congénitas y las causas perinatales.

De acuerdo con algunas estimaciones, la esperanza de vida para el período 1975-1980 era de 65,4 años para los hombres y 72,1 para las mujeres, lo cual revela una diferencia apreciable. La esperanza de vida de ambos sexos era de 68,7 años, mientras que en el período anterior, 1965-1970, era de 67,4, o sea, que en 10 años hubo 1,3 años de aumento. Dicho aumento se debe en gran parte a la disminución de mortalidad infantil.

Estado de salud

Salud del niño

Mortalidad infantil. Tal como sucede en otros países, en la Argentina, en las últimas décadas, la mortalidad infantil ha venido disminuyendo, sobre todo en el período 1970-1980.

Al analizar el comportamiento de la mortalidad infantil, se observa una disminución apreciable: de 62,0 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 33,2 en 1980; 33,6 por 1.000 en 1981 y 30,1 en 1982. O sea, que en un período de 10 años se ha reducido a la mitad. En 1970, el rango de valores jurisdiccionales era de 31,3 por 1.000 en la Capital Federal y 147,4 en Jujuy, y en 1982 era de 18,0 por 1.000 en la Capital Federal y de 48,1 en Jujuy. Hubo una disminución del nivel de la mortalidad infantil en todas las jurisdicciones. Cabe destacar que Neuquén ha pasado de 106,5 por 1.000 en 1970, muy por encima del valor nacional, a 28,9 por 1.000 en 1982, que es un valor menor al promedio nacional.

En 1981 la mortalidad infantil había caído sustancialmente (33,6%); la Capital Federal tenía el menor número de defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos (17,7%) y algunas provincias tenían las tasas más altas: Salta (51,4), Chaco (48,0), Misiones (47,9) y Jujuy (47,5). El problema aparece localizado en zonas de pobreza, en las regiones noroeste y noreste del país (cuadro 1).

Los dos grandes componentes de la mortalidad infantil, neonatal y posneonatal, han evolucionado

así en el período 1970-1981 en todo el país: muertes neonatales del 41,4 al 57,4%, y posneonatales del 58,6 al 42,6%.

En cuanto a la mortalidad infantil diferencial por estrato socioeconómico, puede afirmarse que la brecha existente es grande. En la provincia de Misiones, en 1978, los resultados obtenidos señalan que la tasa de mortalidad infantil en familias de estrato socioeconómico alto, residentes en el área urbana, era de 35,3 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en las de estrato socioeconómico bajo, en el área rural dispersa, era de 156,1 por 1.000 nacidos vivos.

En 1981 se produce un significativo cambio en la estructura de las cinco principales causas de muerte. Las infecciones respiratorias que en 1970 representaban el 15,5% del total, pasaron a ser el 7,1% en 1981, y las infecciones intestinales pasaron del 13,3% al 6,4% en ese año; las afecciones originadas en el período perinatal pasaron a ser la primera causa, y llegaron a un 46,4% del total de muertes, cuando en 1970 representaban un 23,0%. En 1981, por primera vez en la Argentina, las enfermedades del corazón aparecen como sexta causa, con el 2,4% de las muertes de menores de 1 año. Pese a las mejoras ocurridas en el último decenio, del análisis de mortalidad infantil realizado por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social, se estima que aún pueden evitarse más de la mitad de las defunciones de menores de 1 año de edad.

Cabe señalar que el evitar las muertes de menores

de 1 año es importante tanto en el período que se extiende desde el parto hasta los 28 días (mortalidad neonatal), como desde los 28 días hasta el año (mortalidad posneonatal). Al respecto, se ha operado un cambio en el comportamiento de la mortalidad en algunas patologías que son objeto de programas. Así, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil debida a enfermedades diarreicas en niños menores de 1 año por 100.000 nacidos vivos disminuyó a la cuarta parte, de 880,05 en 1970 a 214 en 1981. De igual forma, la tasa debida a influenza y neumonía por 100.000 nacidos vivos disminuyó de 932,8 en 1969 a 239,3 en 1981.

Las enfermedades prevenibles por inmunización en menores de 1 año produjeron en 1970 las siguientes defunciones: sarampión, 614; tétanos, 266; tos ferina, 185; tuberculosis, 117; poliomielitis, 13 y difteria, 9. Ello implica tasas por 100.000 nacidos vivos de 1,2; 0,5; 0,3; 0,02, y 0,01, respectivamente. En 1981, las cifras son: sarampión, 78; tos ferina, 95; tétanos, 65 (62 neonatales) y tuberculosis, 46.

Mortalidad de 1 a 4 años. También ha disminuido en forma apreciable la mortalidad en los preescolares, de 2,8 por 1.000 habitantes en 1969 a 1,5 en 1981, es decir, casi a la mitad. Ocurrió lo mismo que con la mortalidad infantil; su disminución ha sido general, pues se ha presentado en todas las provincias, si bien no con la misma intensidad (cuadro 1).

En 1970, la tasa por 1.000 niños ascendía a 3,3 y las cinco principales causas de defunción eran: influenza y neumonía, 13,3% de todas las muertes; sarampión, 12,3%; enteritis y otras enfermedades diarreicas, 11,5%; accidentes, 10,4%, y avitaminosis y otras deficiencias nutricionales, 4,2%.

Al analizar las cinco principales causas de defunción (cuadro 3), se pone en evidencia que las enfermedades vinculadas con causas ambientales solo explican el 23% del total de muertes en ese grupo de edad. La principal causa son los accidentes, que representan el 17,8% del total de defunciones de ese grupo de edad. La tasa por esta causa disminuyó de 34,4 por 100.000 habitantes en 1970 a 27,1 por 100.000 en 1981.

La segunda causa son la influenza y neumonía, que representan el 9,5% del total de muertes. La reducción de la tasa en este caso fue muy significativa, es decir tres veces menos, de 44 en 1970 a 14,5 en 1981.

La causa siguiente son las enfermedades diarreicas, que representan en 1981 el 7,9% del total de muertes. También aquí la disminución fue significativa, pues la tasa pasó de 38,2 en 1970 a 12,0 en 1981.

La cuarta causa son las anomalías congénitas que no aparecían en 1970 como una de las cinco princi-

pales causas de muerte.

La quinta causa, deficiencias nutricionales, representa el 4,2% del total de muertes en 1970 y el 5,8% en 1981. Sin embargo, la tasa disminuye en menor proporción, de 13,9 en 1970 a 8,8 en 1981.

Mortalidad de 5 a 14 años. Para este grupo de edad, la reducción ocurrida en el período 1970-1981 fue mucho menor con respecto a la de los otros grupos. En 1970, la tasa fue de 68,1 por 100.000 habitantes y en 1981 fue de 49,4. Esto se explica porque a partir de este grupo disminuyen los riesgos de muerte que, en su mayoría, obedecen a causas tales como accidentes, anomalías congénitas, enfermedades cardíacas y tumores malignos.

La neumonía y la influenza, sin embargo, aparecen como una de las cinco principales causas en el período considerado. La tasa por 100.000 habitantes disminuyó la mitad aproximadamente, de 3,7 a 1,7. En todas las causas restantes se registra una disminución, excepto en tumores malignos, cuya tasa creció de 6,5 en 1970 a 7,1 en 1981 y su proporción respecto al total de defunciones pasó del 9,5 al 14,3% (cuadro 3).

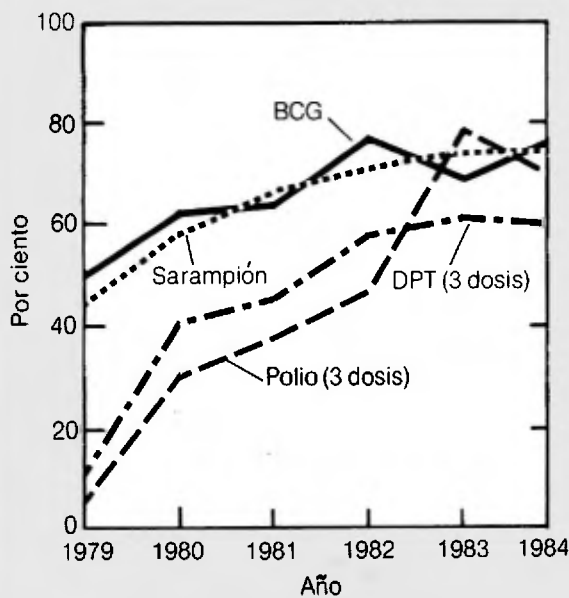
Finalmente es importante anotar la trascendencia que tienen los accidentes para explicar las defunciones en este grupo de edad, pues constituían el 32% en 1970 y el 33,8% en 1981.

Inmunizaciones. La información sobre coberturas efectivas de vacunación solo está disponible a partir de 1979 (figura 1), pues hasta entonces con frecuencia se registraba el número de dosis aplicadas, y no podía discriminarse si se trataba de la primera, segunda o tercera dosis de las vacunas antipoliomielítica, de DPT o DT. En cuanto a la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, en 1970 fue de 22,1 por 100.000 habitantes y en 1981 bajó a 8,3. Como resultado de las actividades del PAI disminuyó el número de muertes por sarampión, tétanos y tos ferina.

Infecciones respiratorias agudas. Los datos de mortalidad de 1981 reflejaban que se produjeron 6.445 defunciones: bronquitis y bronquiolitis agudas, 261; neumonía, 6.038, e influenza, 46. Esto representaba el 2,7% del total de muertes.

En 1980 se formó un grupo de trabajo integrado por clínicos, bacteriólogos, sanitaristas, estadísticos y otros vinculados con el tema, el cual produjo en 1981 el manual de normas y procedimientos. Simultáneamente redactó lineamientos y normas de investigación operativa que constituyen la base del programa de control de infecciones respiratorias agudas cuyo objetivo es disminuir el riesgo de morir por

FIGURA 1
Cobertura de menores de 1 año con dosis completa de vacunación por tipo de vacuna, Argentina, 1979-1984



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Buenos Aires, Argentina, 1984.

dichas infecciones. Las actividades se llevarán a cabo en conjunto con las del programa de control de tuberculosis.

Enfermedades diarreicas. Las enfermedades diarreicas agudas constituyen una de las cinco causas de morbilidad más importantes en niños menores de 5 años. En hospitales públicos se registraron entre 40.000 y 45.000 egresos hospitalarios por año debidos a diarreas y desnutrición. El programa nacional está tratando inicialmente de reducir la mortalidad por diarreas a través de la aplicación masiva de la prevención o corrección de la deshidratación y el daño nutricional. La meta del programa es reducir en un 25% el total de muertes por diarrea y disminuir en un 30% la internación por diarrea en los menores de 2 años de edad.

Salud oral. Las caries dentales y las enfermedades gingivales y periodontales están presentes en casi toda la población. Un 93% de los estudiantes del ciclo secundario de la Capital Federal y zonas de conurbación tiene caries. Es limitada la cobertura de servicios odontológicos. La mayor parte de las prestaciones son para corrección de daños o para rehabilitación; hay muy poco para diagnóstico y trata-

miento precoz, y es casi nula la práctica de la prevención primaria. Según datos de 1983, solo el 2% de los niños de la escuela primaria recibió atención preventiva, que consistió en buches con solución de flúor cada 15 días.

En cuanto a los recursos, casi el 90% de la capacidad instalada se encuentra en los consultorios privados. El personal profesional se concentra en las áreas urbanas y es crítica la escasez de personal auxiliar y técnicos en mantenimiento de equipos odontológicos.

Salud del adulto

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de defunción en el país y en la mayor parte de las jurisdicciones, con el 43% del total de defunciones en 1981. De 1970 a 1981, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes presentan muy poca variación: de 346 a 365. Dentro de esta categoría pueden distinguirse tres tipos de causas. Las tasas por 100.000 y los porcentajes del total de muertes por dichas causas son: enfermedades del corazón, 244,8 y 29,0%; enfermedades cerebrovasculares, 80,3 y 9,5%, y aterosclerosis, 40,4 y 4,8%. Estudios realizados sobre enfermedades hipertensivas con examen clínico de los presuntos sanos, arrojan una prevalencia entre 8 y 18% en mayores de 15 años. En cuanto a la utilización de recursos de atención médica, las enfermedades cardiovasculares representaron en 1977, alrededor de 86.000 egresos en establecimientos oficiales y ferroviarios, lo cual no refleja del todo la realidad, ya que deja de lado la alta complejidad de la tecnología y los largos períodos de rehabilitación que se requieren para el tratamiento de muchas de esas enfermedades.

Para todo el país, en 1981 la tasa de mortalidad del numeroso conjunto de afecciones que configuran los tumores malignos fue de 145 por 100.000 habitantes, lo que representó el 17,3% del total de defunciones en el mismo año (cuadro 3). Los tumores que ocasionaron la mayor parte de las defunciones estaban localizados en la tráquea, los bronquios y el pulmón, con una tasa de 25 por 100.000 habitantes. Le siguen el estómago, con una tasa de 15 y el intestino con 12; el resto de las localizaciones registraron cifras inferiores a 10. Este orden de importancia se modifica al considerar tasas por sexo; en el sexo masculino el cáncer de pulmón alcanza a 44 por 100.000 (7 por 100.000 en el sexo femenino) y el de próstata 12 por 100.000. En la mujer, el cáncer de útero (14) y el de mama (12) constituyen la localización más frecuente. En 1977, los egresos por cáncer fueron algo más de

58.000, es decir, el 4,6% de los diagnósticos bien definidos en establecimientos oficiales y ferroviarios. Esto tampoco refleja del todo la utilización de servicios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad y, por lo tanto, no expresa la cantidad de recursos destinados a la atención de los tumores malignos en función de la internación hospitalaria.

Los accidentes son un verdadero problema en el país. Téngase en cuenta que las muertes por accidentes fueron la cuarta causa de defunción en los años 1980 y 1981 y representaron el 4,9 y el 5,1% de todas las defunciones, respectivamente. En 1981, el número de muertes y las tasas por 100.000 habitantes eran: accidentes, 12.293 y 42,8; suicidios y lesiones autoinfligidas, 2.217 y 7,7, y homicidios, 1.102 y 3,8. Los accidentes más frecuentes son los de vehículos a motor con 3.750 muertes; las caídas con 1.368 y luego los ahogamientos con 1.223. La mortalidad por accidentes en general está descendiendo, aunque con poca dinámica; la tasa por 100.000 habitantes pasó de 53,5 en 1969-1970 a 42,8 en 1981; la de suicidios pasó de 9,8 en 1969-1970 a 8,9 en 1978 y a 7,7 en 1981. De la misma manera que para el total de accidentes, la mortalidad por accidentes de vehículos a motor está bajando, ya sea en números absolutos o en tasas por 100.000 habitantes. La mortalidad expresa solo una parte del problema; hay que tener en cuenta todo lo referente a la morbilidad, en especial los discapacitados, en sus distintas expresiones, a causa de los accidentes. Los accidentes y otras violencias ocurren mucho más en los hombres que en las mujeres, en todas las edades. Se destacan notoriamente en los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, en los que constituyen la primera causa de muerte. En este último grupo representaron, en 1981, el 40,3% de todas las muertes en el sexo masculino.

En cuanto a mortalidad materna, en 1970 se produjeron en todo el país 741 fallecimientos de mujeres debidos a parto y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que implicó una tasa de 1,5 por 10.000 nacidos vivos. Al analizar las causas de estas muertes, casi una tercera parte se debieron a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tales como: infecciones del aparato genital durante el embarazo, anemias, embarazo ectópico, parto complicado por anormalidad de la pelvis, desproporción entre el feto y la pelvis, piroxia durante el puerperio, discrasias sanguíneas del puerperio y anemias del puerperio. Como segunda causa se encontraban los abortos provocados y los no especificados, 27,7%; en tercer lugar las hemorragias del embarazo y del puerperio, 15,7%, y en cuarto lugar las toxemias del embarazo y del puerperio, 14,7%.

En 1980 la tasa de mortalidad materna fue de 0,7 por 10.000 nacidos vivos. Es decir, en un decenio se

redujo a la mitad. Este descenso es más notorio entre las otras causas directas e indirectas. Sin lugar a dudas, ello obedeció a una mayor atención al embarazo y al puerperio por parte de los servicios de salud del país.

En el contexto de las enfermedades prevenibles, sujetas a programas de salud pública, surge el de detección de cáncer del cuello del útero. Entre 1969 y 1970 se produjeron 496 defunciones por esa causa, con un tasa de 4,2 por 100.000 habitantes. En 1981 aumentaron a 734 y también creció la tasa a 5,2. Es decir, en 10 años la incidencia, en términos de mortalidad, subió un 25%. Este crecimiento también se da en el tumor de mama. Entre 1969 y 1970 se produjeron 2.409 defunciones por esa causa, y en 1980 fueron 3.342 las defunciones, con tasas de 20,4 y de 23,5, respectivamente. En 1981, el total de defunciones por tumores del aparato genitourinario representó un 6,3% del total de muertes femeninas; esto revela la necesidad de reforzar los mecanismos de control establecidos en los diferentes programas existentes en el país.

Las actividades directas de salud ocupacional se llevan a cabo desde el nivel central y cubren el ámbito nacional, y las acciones indirectas, como las de promoción, se ponen en práctica a través de la autoridad provincial dentro de sus respectivos territorios. Las unidades provinciales, organizadas en forma semejante al nivel central, suelen utilizar, por extensión, la legislación nacional en la materia, atendiendo a la vez los requerimientos del Ministerio de Trabajo de la Nación, con sus delegaciones regionales. La legislación existente en materia de salud ocupacional requiere que las empresas aseguren la ejecución de servicios de higiene y seguridad laboral y medicina del trabajo, para lo cual deben dictarse cursos de capacitación. En este sentido se han realizado ciclos específicos de enseñanza, de selección y operación de instrumental de medición en el campo, y de capacitación de agentes encargados en el nivel central. Asimismo, se brinda cooperación económica y técnica a universidades para cursos de posgrado en la especialidad.

La programación, especialmente orientada hacia la evaluación de riesgos laborales en actividades específicas de las provincias, ha permitido incrementar la capacidad y alcance de la cobertura provincial y, a la vez, ha contribuido a aumentar en gran medida el número de programas provinciales de salud ocupacional. En el nivel central, la creación de la comisión nacional coordinadora en salud ocupacional, integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Acción Social y del Ministerio de Trabajo tiene por objeto racionalizar el uso de los recursos existentes en el país para el mejor desarrollo de las

CUADRO 4
Distribución de las enfermedades profesionales,
Argentina, 1980.

Enfermedades	No. de casos	%
Afección auditiva por ruido	253	46,17
Producidas por plomo	16	2,92
Producidas por derivados halogenados	1	0,18
Producidas por cromo	1	0,18
Asma profesional	2	0,36
Neumoconiosis	7	1,28
Infecciosa o parasitaria	51	9,31
De la piel	34	6,20
Producidas por vibraciones	30	5,47
Tenosinovitis	16	2,92
Otras enfermedades	8	1,46
Sin codificar	129	23,54
Total	548	100,00

áreas que conforman la materia.

En 1980, la frecuencia mayor de enfermedades profesionales se concentró, en orden de importancia, en los problemas auditivos causados por el ruido, las enfermedades transmisibles y parasitosis asociadas con el trabajo, las dermatosis profesionales y las enfermedades causadas por vibraciones (cuadro 4).

Con respecto a la salud de las personas de edad avanzada, la última información disponible es de 1981. Las defunciones representan el 54,1% del total de muertes (49,5% en hombres y 60,13% en mujeres). En cuanto al orden de las causas de muerte y a la estructura no hay diferencias por sexo, pero donde sí hay es en las tasas. Así pues, las tasas por 100.000 habitantes son de 6.670,6 en hombres y 4.714,4 en mujeres, o sea, la de los hombres es casi un 50% mayor.

En 1970, las defunciones de individuos de 65 y más años representaban el 44,9% del total de muertes (41,8% en hombres y 48,9% en mujeres); de ello se infiere que ha aumentado la proporción de defunciones de esa edad en el total, ya que pasó de 44,9 a 54,1. Dicho aumento se debe al envejecimiento de la población, pues la tasa específica global bajó de 6.001,6 por 100.000 habitantes en 1970 a 5.569,3 en 1981. Esta disminución se dio más en los hombres que en las mujeres.

En lo referente a las causas, se ha producido un cambio en influenza y neumonía, que en 1970 aparecían como la cuarta causa y en 1981 son reemplazadas por aterosclerosis. La disminución de la mortalidad se observa en las cuatro causas que aparecen en ambos años, con excepción de las enfermedades del corazón en la mujer, que se mantiene al mismo nivel, incluso un poco más alto: 1.749 por 100.000 en 1970 y 1.773 en 1981. La tasa de defunciones por in-

fluenza y neumonía en 1970 era de 160,5 por 100.000 y en 1981 baja a 126. La tasa de defunciones por aterosclerosis (458 por 100.000) correspondiente a 1981 no puede compararse con la situación en 1970, pues aquí aparece agrupada con otras causas.

Problemas que afectan a la población en general

En la Argentina, el área endémica de malaria tiene una extensión de 11.275 km², una población estimada de 85.000 habitantes y está circunscrita a una franja de aproximadamente 50 km que bordea la frontera con Bolivia. En esa zona se efectúan rocios domiciliarios de apoyo con DDT (2 g/m²) y de continuo hay una vigilancia epidemiológica activa mediante la búsqueda de enfermos y el tratamiento de los casos confirmados. En 1984 se informaron 254 casos de malaria que básicamente no difieren del registro de casos en los cuatro años anteriores: 290 casos en 1980; 259 casos en 1981; 339 casos en 1982, y 229 casos en 1983. Se observa un paulatino pero regular incremento de los casos importados, lo cual coincide con la inserción geográfica del área y la presencia negativa, desde la óptica epidemiológica, de la mano de obra migrante.

Por lo que toca a la enfermedad de Chagas, en 1980 se registraron 5.562 casos, o sea, una prevalencia de 19,4 por 100.000 habitantes que en 1981 fue de 23,9 por 100.000. Se produjeron 941 defunciones en 1980 y 887 en 1981, lo que representa el 83,7% y el 92,4% del total de muertes por zoonosis, respectivamente. En el Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz, entre 1980 y 1983 se registraron 69 casos, de los cuales tres fueron fatales. En el mismo período, en el Instituto Nacional de Epidemiología, de 67.922 exámenes realizados, 9.013 resultaron positivos a la tripanosomiasis americana. Es conveniente aclarar que es difícil interpretar estas cifras porque los registros no indican si se trata de casos agudos o si, por el contrario, son casos crónicos. Catamarca y La Pampa son las provincias más afectadas por la enfermedad de Chagas.

Las zoonosis están difundidas en el territorio nacional y algunas de ellas tienen un grave impacto en la salud y la calidad de vida. En muchos casos, los sistemas de información del sector salud y de vigilancia de las enfermedades transmisibles no incluyen los indicadores de morbilidad por zoonosis, por lo que la casuística sobre estas enfermedades está muy dispersa. Entre 1979 y 1980 las zoonosis tienen importancia dentro de la problemática general de salud. En ese mismo trienio, las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias causaron 27.435 defun-

ciones, de las cuales 2.916 se debieron a zoonosis. Las principales zoonosis prevalentes en la población humana en la Argentina son: rabia, enfermedad de Chagas, hidatidosis, brucelosis, fiebre hemorrágica argentina, leishmaniasis, carbunco, triquinosis, leptospirosis, psitacosis, histoplasmosis, toxoplasmosis y tuberculosis.

Salud ambiental

A partir de 1984, la Dirección Nacional de Calidad Ambiental, que depende del Ministerio de Salud y Acción Social, pasó a ser el organismo específico responsable de la conducción de los programas, y de

la normatización de las acciones. Debe atender los problemas de índole ambiental que pueden repercutir en la salud de la población; tales son, entre otros, la contaminación del aire, del agua y del suelo; la situación ambiental de los lugares de trabajo; otros problemas originados por sustancias tóxicas y por radiaciones, y la promoción del mejoramiento de la calidad de la vivienda rural. La vinculación con las provincias sigue el esquema de programas asistenciales, adoptados por el sector de salud pública, bajo la forma de cooperación técnica, capacitación de personal y recursos económicos. Dichos programas favorecen la organización y desarrollo de las direcciones de saneamiento ambiental en todas las provincias.

Sistema de salud

El sistema de salud está estructurado en tres subsectores: público, de obras sociales y privado. Dado que su organización política es federal, las provincias y el poder municipal tienen gran autonomía para organizar, normatizar y ejecutar acciones de salud. La combinación de estos aspectos da lugar a un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, según el lugar de residencia, la inserción ocupacional y los niveles de ingreso. Además, existe el agravante de que cada subsector presenta importantes diferencias en su interior.

El subsector público cuenta con programas y coberturas distintas y con establecimientos de diferente nivel de complejidad, según la jurisdicción politicoadministrativa. Esto obedece obviamente a las características que tiene la infraestructura sanitaria en cada jurisdicción pero, sobre todo, a la política de salud que llevó adelante históricamente cada jurisdicción y a la política de salud en el orden nacional. El subsector de obras sociales, en la medida que estas obras se han estructurado en gremios y estos en ramas de producción, ofrece diferentes aspectos; por una parte, cada una de las regiones del país establece la política y programación de las actividades y servicios que brinda a sus afiliados distribuidos en las diversas regiones; por otra parte, la jerarquía de la obra social se establece en función de la importancia relativa que tenga el gremio, tanto en lo que hace al número de afiliados como a los recursos de que disponga.

Datos de 1983, publicados por el Instituto Nacio-

nal de Obras Sociales (INOS), registran una cobertura del subsector obras sociales del 74% de la población total del país en 1980.

Dadas las características de la pirámide de la población argentina, el sector pasivo reviste enorme importancia. Según estimaciones de la Secretaría de Seguridad Social, el total de personas que recibían pensión y las jubiladas era, en 1985, de 3.300.000 en todo el país, o sea el 30% de la población económicamente activa. Como existen alrededor de 7 millones de trabajadores que aportan al sistema de previsión, se establece una relación de 2,2 trabajadores activos por cada trabajador pasivo.

Se desconoce la cobertura de la población que no recibe beneficios de ninguna obra social y que se atiende en los establecimientos públicos, y de aquella que es atendida por el sector privado. Esas subpoblaciones representan entre las dos el 26% del total de la población del país. Puede suponerse que una gran proporción son beneficiarios naturales del sector público, en especial cuando se tiene en cuenta que para 1980 el porcentaje de los individuos que trabajan por cuenta propia y de los trabajadores familiares representaba el 22% de la población económicamente activa, frente al 72% de asalariados y al 6% de patrones. Así, la cobertura formal del sector público podría llegar a ser del orden del 20% del total de la población. La cobertura real debe ser mayor ya que los beneficiarios de las obras sociales también utilizan servicios del hospital público.

Bahamas

Contexto general

Análisis político, económico y social

Las Bahamas proclamaron su independencia de Gran Bretaña en 1973 y siguen siendo administradas como estado unitario dentro de un sistema de democracia parlamentaria basado en el modelo de gobierno británico de Westminster/Whitehall. El parlamento, supremo órgano directivo, está formado por un gobernador general nombrado, que es el representante de la Reina, y una legislatura bicameral formada por un senado, cuyos miembros son nombrados, y una cámara de representantes, cuyos miembros son elegidos. El Primer Ministro es la máxima autoridad y el jefe de la legislatura. Hay un sistema judicial independiente. Los programas del gobierno se ejecutan por medio de ministerios encabezados por un ministro (asuntos políticos) y un secretario permanente (asuntos administrativos), excepto lo relativo a la administración pública de personal y de hacienda que están centralizadas, situación que lleva a los ministerios a competir por personal y fondos de esas fuentes.

El producto interno bruto total en 1983 fue de \$1.600 millones (en dólares de 1982, siendo el cambio de B\$1 igual = US\$1). El turismo es la principal actividad económica—anualmente viajan a las Bahamas 2,5 millones de turistas (cifra equivalente a 10 veces el tamaño de la población)—y representa cerca de tres cuartas partes del PIB. Los servicios representaron el 71% del PIB total; el comercio, los servicios financieros y el gobierno, alrededor del 25% y la agricultura, el 4%. En 1979 cerca del 80% de la población activa que reunía los requisitos para trabajar estaba empleada principalmente en turismo y en otras industrias de servicio, inclusive los servicios públicos, la banca, las compañías de seguros, la

pesca y la agricultura. Las recientes directrices destinadas a la diversificación han llevado a realizar un importante número de actividades de desarrollo industrial tales como refinación de petróleo, producción de cemento, fabricación de productos farmacéuticos y otras industrias livianas, principalmente en la isla de Gran Bahama. Las principales fuentes de energía para uso interno y comercial son el petróleo utilizado directamente y la electricidad generada por el mismo. En 1982, el PIB per cápita fue de \$6.646. La deuda del sector público en divisas aumentó, de una cifra relativamente estable de \$100 millones en 1978–1980, a \$162 millones a finales de 1981.

El sistema educativo está formado por escuelas primarias públicas y privadas, cuyo número de estudiantes matriculados ascendía en 1981 a 37.307; escuelas secundarias, con 23.346 alumnos matriculados; escuelas especiales para niños discapacitados e instrucción terciaria dispensada por el Colegio Universitario de las Bahamas, donde hay 3.963 estudiantes. La tasa de alfabetización era del 90% en 1978.

Si bien hay un número importante de padres de familia solteros, la estructura de la familia ampliada presta un gran respaldo; sin embargo, entre la clase media y alta del sector urbano ha comenzado a surgir la familia nuclear. Las unidades de vivienda son generalmente de buena calidad y el gobierno ha establecido una compañía hipotecaria para facilitar la construcción de unidades residenciales económicas. Nueva Providencia y Gran Bahama tienen aeropuertos internacionales y otras islas pobladas cuentan con los servicios de pequeños aviones. Una red de “barcos correo” conecta a Nassau con las islas Family y transporta suministros y pasajeros. Nueva Providencia tiene más de 415 km de vías pavimentadas y Gran Bahama y las otras islas, 560 km. No hay ferrocarriles.

Características demográficas

La superficie total de las 700 islas y cayos de las Bahamas (22 de los cuales están habitados) es de cerca de 13.935 km². La isla de Nueva Providencia donde está localizada Nassau, la capital, es la más pequeña de las principales y también la más poblada (65% de toda la población). En 1980, 6 islas contenían el 90% de toda la población.

Desde el comienzo del presente siglo, la población ha aumentado en más del cuádruple, de 53.735 a 231.000 habitantes, que es la cifra estimada a mediados de 1985. De continuar las actuales tendencias demográficas, se proyecta que la población total alcanzará una cifra estimada de 313.000 habitantes en el año 2000 (partiendo de una tasa anual de crecimiento demográfico de 1,91%). En el cuadro 1 se indica la tasa anual de crecimiento demográfico en 1970 y 1980 y se desglosan los datos según la población "urbana" (Nueva Providencia y Gran Bahama) y rural (islas Family). El aumento del 2,1% fue con mucho el más elevado de los países de habla inglesa del Caribe en ese mismo período. Las Bahamas fueron el único país de la zona que registró una inmigración neta. Sin embargo, se han mantenido tasas relativamente elevadas de empleo gracias a la industria turística, el comercio y las actividades bancarias en el extranjero. El crecimiento urbano del 2,8% refleja la existencia de oportunidades de trabajo en Nueva Providencia y Freeport, mientras que la disminución del 0,15% en el crecimiento rural se deriva de la falta de oportunidades de empleo en las islas Family; se prevé la continuación de esa tendencia durante el resto del decenio y tal vez posteriormente.

La continua afluencia de bahameños de las islas más apartadas ha creado problemas para el sistema de planificación y prestación de atención de salud. Los servicios de salud de todos los niveles son gratuitos para la población nacional. El porcentaje del gasto público total asignado a salud ha aumentado del 10,7% en 1970 al 15,2% en 1983, cuando se gastaron \$49,8 millones.

Según las estimaciones de 1985 en lo que se refiere a la composición de la población por edad y sexo, el 38,4% del total es menor de 15 años y el 85% menor de 45 años. Aunque las adolescentes representan una cifra sustancial del 26% de todas las mujeres de edad fecunda (15 a 44 años), la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años disminuyó entre 1970 y 1983 de 75,5 a 68,7 por 1.000 mujeres (cuadro 2); sin embargo, la tasa de niñas de 10 a 14 años aumentó en un 111%. En el cuadro 3 se indican las estadísticas vitales y las tasas de aumento natural. Si bien las tasas de fecundidad han disminuido en el último decenio, se prevé que se mantendrán relativamente altas. De 1970 a 1983, la tasa total de fecundidad (el promedio de hijos que tendría una mujer al final de su edad fecunda, suponiendo que está dentro del marco de la tasa de fecundidad específica de cada edad, estimada en todas las edades del período de fecundidad, y que no hay mortalidad) disminuyó de 3,4 a 2,7 hijos. La tasa bruta de natalidad, que disminuyó un tercio desde el comienzo del siglo, se ha mantenido estable desde 1979. La tasa de aumento natural ha permanecido bastante estable desde 1901 hasta la fecha debido a una disminución sustancial de la tasa bruta de mortalidad.

CUADRO 1

Población distribuida por zonas urbanas y rurales y tasa anual de cambio demográfico, Bahamas, 1970 y 1980.

Zona	1970		1980		Tasa anual de cambio demográfico
	Población	%	Población	%	
Urbana	127.948	75,5	168.539	80,4	2,79
Rural	41.586	24,5	40.966	19,6	- 0,15
Total	169.534	100,0	209.505	100,0	2,14

Fuente: Datos del censo, Departamento de Estadística del Ministerio de Hacienda.

CUADRO 2

Número de niños nacidos vivos, población femenina y tasas de fecundidad por 1.000 mujeres según la edad, y cambio porcentual de las tasas, Bahamas, 1970 y 1983.

Grupo de edad	1970			1983			Cambio porcentual en tasas 1970-1983
	Niños nacidos vivos	Población femenina	Tasa por 1.000 mujeres	Niños nacidos vivos	Población femenina ^a	Tasa por 1.000 mujeres	
10-14	9	10.345	0,9	27	14.086	1,9	+111,1
15-19	567	7.509	75,5	950	13.834	68,7	-9,0
20-24	1.286	6.462	199,0	1.866	11.421	163,4	-17,9
25-29	1.251	6.854	182,5	1.396	8.799	158,7	-13,0
30-34	623	5.577	111,7	655	7.130	91,9	-17,7
35-39	378	4.596	82,2	257	6.525	39,4	-52,1
40-44	127	3.848	33,0	65	5.347	12,2	-63,0
45-49	13	3.193	4,1	5	4.195	1,2	-70,7
Total 15-44 años	4.232	34.846	121,4	5.189	53.056	97,8	-19,4

Fuente: Estadísticas vitales y datos del censo, Departamento de Estadística del Ministerio de Hacienda.

^a Población estimada.

CUADRO 3

Resumen de las tasas sobre estadísticas vitales y aumento natural, Bahamas, 1972-1982.

Año	Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes	Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos	Tasa de aumento por 1.000 habitantes
1972	26,7	6,2	33,9	...	19,8	20,5
1973	24,4	6,5	31,0	32,0	17,7	17,9
1974	23,8	6,4	25,2	32,5	11,8	17,4
1975	21,3	5,9	34,7	34,2	18,8	15,4
1976	27,4	5,1	24,7	32,5	17,6	22,3
1977	24,7	5,4	27,7	28,7	18,2	19,3
1978	21,7	5,3	32,6	26,5	21,3	16,4
1979	23,8	5,9	25,9	28,5	16,6	17,9
1980	24,3	6,4	30,0	27,7	16,9	17,9
1981	25,1	5,4	22,3	24,4	16,8	19,7
1982	24,3	5,5	24,7	20,4	15,7	18,8

Fuente: Vital Statistics Report 1982. Departamento de Estadística del Ministerio de Hacienda, 1984.

Mortalidad

En 1972, las principales causas de mortalidad, que representaron el 58% de todas las defunciones registradas, fueron las enfermedades del corazón, los accidentes y la violencia, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la influenza y la

neumonía. Si se examina la mortalidad según el sexo en 1972, se observan grandes diferencias: los accidentes y la violencia fueron la principal causa de defunción entre los hombres, con un 28%; las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares quedaron juntas en primer lugar como principal causa entre las mujeres y cada una representó un 13,1% del total, seguidas de tumores malignos,

accidentes y violencia, influenza y neumonía. Entre 1972 y 1982, la estructura de la mortalidad sufrió una transición drástica. Para 1982, los tumores malignos se habían convertido en la principal causa de defunción (cuadro 4) y representaban el 18,7% de todas las defunciones con una tasa de 94,0 por 100.000 habitantes, o sea un aumento del 36% en relación con el decenio anterior. Las enfermedades del corazón ocuparon el segundo lugar; los accidentes y la violencia, el tercero; la bronquitis, crónica y la no especificada, el enfisema y el asma, el cuarto y

ciertas afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades cardiovasculares, el quinto. También es motivo de preocupación el reciente descubrimiento de que en 1983 la mortalidad perinatal ocupó el cuarto lugar entre las principales causas de defunción.

Los datos de mortalidad correspondientes a 1982 se dividieron en localidades urbanas y rurales: mientras que la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes fue de 4,7 en Nueva Providencia y Gran Bahama (zonas urbanas), en las islas Family (zonas

CUADRO 4

Cinco causas principales de defunción y tasas por 100.000 habitantes, según el sexo, en todas las edades, Bahamas, 1982.

	Hombres			
	Orden	No.	Tasa	%
Total de defunciones	-	566	534,5	100,0
Tumores malignos	1	114	107,6	20,1
Accidentes y violencia (E800-E949, E980-E989)	2	81	76,5	14,3
Enfermedades del corazón (390-429)	3	80	75,5	14,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	4	35	33,1	6,2
Influenza y neumonía (480-487)	5	33	31,2	5,8
	Mujeres			
	Orden	No.	Tasa	%
Total de defunciones	-	530	472,8	100,0
Enfermedades del corazón (390-429)	1	96	85,6	18,1
Tumores malignos (140-208)	2	91	81,2	17,2
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma (490-493)	3	43	38,4	8,1
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	4	39	34,8	7,4
Accidentes y violencia (E800-E949, E980-E989)	4	39	34,8	7,4

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Hacienda.

rurales) fue de 6,5, principalmente a causa de la distribución de la población de edad más avanzada en las islas más apartadas. Aunque las cuatro causas principales de defunción en las zonas urbanas son idénticas a las de todo el país, ciertas afecciones originadas en el período perinatal constituyen la principal causa de mortalidad en las zonas rurales de las islas Family, con una tasa de 107,3 por 100.000 habitantes (8 veces superior a la de Nueva Providencia y Gran Bahama) y representan casi el 17% de todas las defunciones en esas localidades. Esta elevada tasa registrada en las islas Family puede atribuirse a la falta de instalaciones médicas, equipo y suministros; al problema del acceso a servicios de urgencia en el principal hospital público de Nassau y, quizá, a la poca educación que se imparte sobre la salud. Al poner en contraste las cinco causas principales de defunción en las zonas urbanas y rurales, cabe observar que en Nueva Providencia y Gran Bahama dos de esas causas guardan relación con problemas sociológicos y de comportamiento—accidentes y cirrosis del hígado—que ocupan los lugares sexto y décimo, respectivamente, en las islas Family.

buirse a la falta de instalaciones médicas, equipo y suministros; al problema del acceso a servicios de urgencia en el principal hospital público de Nassau y, quizá, a la poca educación que se imparte sobre la salud. Al poner en contraste las cinco causas principales de defunción en las zonas urbanas y rurales, cabe observar que en Nueva Providencia y Gran Bahama dos de esas causas guardan relación con problemas sociológicos y de comportamiento—accidentes y cirrosis del hígado—que ocupan los lugares sexto y décimo, respectivamente, en las islas Family.

Estado de salud

Salud del niño

El gobierno ha dado siempre y sigue dando atención prioritaria a la salud infantil. Si bien la meta de mortalidad infantil en la Región de las Américas en el año 2000 es de 30 defunciones o menos por 1.000 nacidos vivos y 2,4 defunciones o menos por 1.000 niños de 1 a 4 años, en 1982 esos dos indicadores de la salud infantil en las Bahamas eran ya de 24,7 por 1.000 nacidos vivos y de 1,1 por 1.000 habitantes, respectivamente.

Se siguen registrando epidemias intermitentes de sarampión, habiéndose iniciado la última en 1983 con 2.054 casos notificados en niños menores de 15 años; el 52% de esos casos ocurrieron en niños de 1 a 4 años, el 36%, en niños de 5 a 14 años y el 12% en lactantes. La vacunación antisarampionosa, aplicada a los lactantes desde 1975, se amplió luego para incluir a los niños de 1 a 4 años. Desde 1977 hasta 1984, no se notificó ningún caso de difteria, poliomielitis, tétanos ni tétanos neonatal. En 1984—por primera vez desde 1979—no se notificó ningún caso de tos ferina. Las tasas de cobertura con las vacunas DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa han aumentado a más del doble desde 1980 y la mejora más notable ha ocurrido en el caso del sarampión cuya cobertura se ha extendido del 27% en 1980 al 72% en 1984.

Las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años constituyen un motivo de preocupación ya que el número de casos notificados por 100.000 habitantes ha aumentado de 3.963,9 en 1980 a 5.815,8 en 1984, o sea un aumento relativo de un 47%. Sin embargo, el problema se ha limitado a morbilidad

infantil. En 1983 las enfermedades intestinales infecciosas representaron más del 13% de los casos de internado de pacientes menores de 5 años en el Hospital Princess Margaret y el 14% de los de menores de 15 años.

Las cinco causas principales de defunción en los niños menores de 15 años en 1982 (cuadro 5) fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal; accidentes, envenenamientos y violencia; anomalías congénitas; influenza y neumonía, y enfermedades del sistema nervioso. Las defunciones de lactantes ascendieron a 119, o sea el 70% de todas las defunciones de niños menores de 15 años, mientras que las de niños de 1 a 4 años y de 5 a 14 años representaron el 14 y 15% del total, respectivamente. Entre 1972 y 1982, la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas disminuyó en un 51% entre los lactantes, un 76% entre los niños de 1 a 4 años y un 15% entre los niños de 5 a 14 años.

El examen de las principales causas de morbilidad en pacientes internados en el Hospital Princess Margaret revela que la influenza y la neumonía fueron la causa primaria de hospitalización (25% del total) de niños menores de 15 años en tanto que la bronquitis, el enfisema y el asma fueron la quinta causa en importancia (alrededor del 9%). Se encuentra un orden idéntico de importancia entre las causas de hospitalización de los niños menores de 5 años; en los de 5 a 14 años, la influenza y la neumonía constituyeron la segunda causa de morbilidad en pacientes hospitalizados y la bronquitis, el enfisema y el asma, la tercera. Los episodios más comunes de enfermedad sufridos por los niños menores de 5 años llevados para tratamiento a los centros de salud y dispen-

CUADRO 5

Cinco causas principales de defunción en los niños, con tasas por 100.000 habitantes menores de 15 años, ambos sexos, Bahamas, 1982.

Causa	Orden	No.	Tasa	% de todas las tasas
Total de defunciones	-	169	202,4	100,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	1	69	82,6	40,8
Accidentes, envenenamiento y violencia (E800-E949, E960-E999)	2	28	33,5	16,6
Anomalías congénitas (740-759)	3	16	19,2	9,5
Influenza y neumonía (480-487)	4	15	18,0	8,9
Enfermedades del sistema nervioso (320-359)	5	10	12,0	5,9

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Hacienda.

sarios fueron las infecciones de las vías respiratorias superiores (excluido el resfriado común), las parasitosis intestinales, las enfermedades del oído, los traumatismos y envenenamientos, los trastornos del ojo y la bronquitis aguda.

Las cinco principales enfermedades transmisibles notificadas en 1984 fueron las infecciones gonocócicas con 2.763 casos y una tasa de 1.222,6 por 100.000 habitantes y la gastroenteritis con 1.187 casos en niños menores de 5 años y 139 casos en mayores de 5 años y con una tasa de 5.816,8 en el grupo menor de 5 años y una tasa total de 883,2 por 100.000 habitantes; la varicela con 1.389 casos; la influenza con 854 casos y la parotiditis con 404 casos. La mayoría de las consultas de los niños que acudieron a los dispensarios escolares en 1984 se debieron a traumatismos y envenenamiento accidental, parásitos intestinales, problemas del oído y de los ojos, tiña y anemias. La elevada prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en la población adulta de las Bahamas resultó en la notificación, en 1984, de 44 casos de infecciones gonocócicas en niños de 1 a 14 años y 12 casos de sífilis (3 en menores de 1 año, 6 en niños de 1 a 4 años y 3 en niños de 5 a 14 años). La malnutrición no constituye ningún problema en las Bahamas y prácticamente no existe.

Salud del adulto

Las personas de 15 a 64 años representan el 57% de la población total y, por ende, contribuyen mucho a las tendencias generales de mortalidad y morbilidad. Entre los adultos, las cinco causas principales de defunción son similares a las de todas las edades, excepto que las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis remplazan a la bronquitis, el enfisema crónico y no especificado y el asma, y los trastornos que afectan principalmente a los lactantes y a los jóvenes. Los tumores malignos representaron más de una cuarta parte de todas las defunciones de adultos en 1982, con una tasa de 115,1 por 100.000 habitantes, seguidos de accidentes, envenenamientos y violencia con una tasa de 88,7 por 100.000 habitantes (contribuyendo en un 20% a todas las defunciones de adultos). La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, enfermedades crónicas del hígado y cirrosis, y enfermedades cerebrovasculares fueron de 71,1, 32,8 y 24,8 por 100.000 habitantes, respectivamente (juntas, esas tres causas representaron más del 29% de todas las defunciones de adultos). En general, las cinco causas principales de defunción representaron más del 75% de todas las muertes de adultos. Al desglosar la información por sexo, varió el

orden de importancia de esas causas: los accidentes, los envenenamientos y la violencia fueron las principales causas de mortalidad entre los hombres, con una tasa cuatro veces superior a la registrada en las mujeres, mientras que el cáncer representó el 29% de todas las defunciones de mujeres adultas, con una tasa de 94,1 por 100.000 habitantes; la tasa fue sustancialmente mayor para los hombres, llegando a 137,6, aunque fue la segunda causa de defunción en importancia y representó cerca del 24% de todas las defunciones en ese grupo.

La información sobre morbilidad revela que—excluidas las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio—en 1983 las principales causas de internado de adultos en el Hospital Princess Margaret fueron los accidentes, los envenenamientos y la violencia, que representaron casi el 8% de todas las hospitalizaciones de adultos; las enfermedades del aparato genitourinario, el 7,4% y las enfermedades del aparato digestivo, el 4,4%. Los tumores causaron la hospitalización de 387 adultos, o sea que representaron el 4% del total de internados. Entre los adultos de 15 a 44 años, las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y los accidentes, los envenenamientos y la violencia constituyeron los dos principales grupos de causas de morbilidad. Entre las personas de 45 a 64 años, las más predominantes fueron las enfermedades del corazón y del aparato digestivo.

Hasta 1982 la enfermedad del corazón había sido la principal causa de defunción y, como se indicó antes, su aporte a la morbilidad sigue siendo sustancial. Entre hombres de 15 a 44 años, la tasa de mortalidad por esa causa fue más del doble que la de las mujeres, mientras que tanto los hombres como las mujeres de 15 a 64 años de edad acusaron aproximadamente las mismas tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Al examinar las diferentes enfermedades del corazón, los hombres acusaron la misma tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva y enfermedad isquémica del corazón mientras que las mujeres tuvieron una tasa de mortalidad por hipertensión del 32,4 por 100.000, lo que representa casi el 57% de todas las defunciones por enfermedades del corazón en ese grupo y equivale al doble de la tasa de mortalidad registrada por enfermedad isquémica del corazón que fue de 15,4 por 100.000 habitantes.

Los tumores malignos son la principal causa de mortalidad y la proporción de adultos afectados es de 115,1 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad de las personas de 45 a 64 años de edad fue superior a 71, cifra que equivale al doble de la observada en el grupo de 15 a 44 años. En este último grupo de edad, los hombres murieron de cáncer en la misma proporción que las mujeres; sin embargo, en-

tre los 45 y los 64 años, la tasa de mortalidad de los hombres fue 1,8 veces superior a la de las mujeres. En general, los hombres acusan una tasa de mortalidad por cáncer que es 1,5 veces más alta que la de las mujeres.

Los accidentes, los envenenamientos y la violencia ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de defunción de adultos de 15 a 64 años en 1982, representando 111 de un total de 551 defunciones, o sea casi el 20% del total y constituyendo la principal causa entre los hombres con una tasa de 144,3 por 100.000 habitantes (más de una cuarta parte del total de defunciones) y siendo la tercera causa en importancia entre las mujeres con una tasa de 37,0 por 100.000 habitantes (cerca de una cuarta parte de la tasa registrada entre los hombres). Las muertes accidentales y violentas son la principal causa de mortalidad entre las personas de 15 a 44 años y se sitúan en tercer lugar en el caso de la población de 45 a 64 años. En 1983, los accidentes ocuparon el segundo lugar después de las complicaciones del embarazo como causa de morbilidad de pacientes hospitalizados de 15 a 64 años de edad. Las defunciones por accidentes de vehículos de motor constituyen un problema cada vez más grave en las Bahamas. Aunque no se dispone de datos detallados sobre la seguridad industrial y ocupacional, en 1984 se notificaron al servicio de salud comunitario 187 accidentes industriales y ocupacionales.

El alcoholismo y la farmacodependencia son graves problemas entre la población adulta. Las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis ocuparon el cuarto lugar entre las principales causas de defunción de hombres y mujeres adultos, habiendo ocurrido casi el 10% de todas las defunciones por esta enfermedad en mujeres de 15 a 64 años y un poco más del 6% en los hombres. En 1975, solo el 6,5% de todos los ingresos de adultos al Centro de Rehabilitación Sandilands guardaron relación con las drogas pero en 1984 la tasa había aumentado al 39%, con un incremento correspondiente de 10 al 45% entre los hombres adultos y de 2 al 25% entre las mujeres adultas. En ese mismo período, los ingresos de adultos para fines de diagnóstico relacionado con el uso indebido del alcohol disminuyeron de casi el 44% del total de ingresos a cerca del 16%, lo que indica que cualquier disminución del número de problemas de salud mental relacionados con el uso indebido del alcohol ha sido compensado por un aumento sustancial del número de casos de farmacodependencia. El número total de ingresos de adultos al Centro para diagnóstico de todas clases aumentó en un 55% entre 1975 y 1984, de 860 a 1.330.

Salud de la madre. La cobertura de inmunización

con toxoide tetánico fue relativamente baja, aunque aumentó del 42% en 1979 al 59% en 1984. El examen de detección de enfermedades de transmisión sexual constituye una parte importante de la atención prenatal. En el decenio comprendido entre 1974 y 1984, en promedio un 6% de las madres acusaron positividad en los exámenes para detección de enfermedades venéreas. Del 1 al 2% de las madres demostraron tener resultados positivos en cuanto a infecciones gonocócicas. Se ha ampliado el número de exámenes de detección de gonorrea como parte de la atención prenatal del 45% en 1980 al 92% en 1984.

En 1982 se registraron cuatro defunciones maternas y en 1983 solo una. A las mujeres de Nueva Providencia y Gran Bahama se atribuye el 90% de todos los nacimientos y el 10% restante, a residentes de las islas Family más apartadas. Menos del 0,5% de todos los niños nacidos vivos son de madres menores de 15 años y mayores de 45 años; el 33,5%, de madres de 20 a 24 años y casi el 26%, de madres de 25 a 29 años. Según el lugar de residencia, las tasas de fecundidad fueron superiores en las localidades rurales entre madres menores de 15 años y mayores de 40 mientras que entre las madres que residían en las zonas urbanas se observaban tasas sustancialmente mayores por 1.000 mujeres en las edades de 15 a 19 años (79,2), 20 a 24 años (157,3), 25 a 29 años (159,9) y 30 a 34 años (110,4). En lo que respecta a madres de todas las edades, la tasa de fecundidad en las zonas urbanas (75,7 por 1.000 mujeres) sobrepasó en un 66% la de localidades rurales (45,6 por 1.000 mujeres).

Las uniones consensuales forman una amplia categoría social en las Bahamas, algunas veces de mayor proporción que la de personas legalmente casadas. Es poca la desaprobación que expresa la sociedad respecto de esas uniones y de los niños nacidos de esas relaciones. En 1982, casi el 61% de todos los niños nacidos vivos se clasificaban como ilegítimos. Solo cuando las madres llegan a los 30 años de edad comienza a registrarse una mayoría de nacimientos de mujeres legalmente casadas—el 59,9% entre mujeres de 30 a 39 años y el 60,4% entre las de 40 años o más. Eso se atribuye al hecho de que el matrimonio oficial se relaciona con el logro de cierto nivel socio-económico y, por tanto, puede demorarse hasta que se logre llegar a una determinada posición y a que las mujeres de clases media y alta suelen demorar el matrimonio por razones de educación y carrera.

Salud del adulto joven. En 1980 los adultos de 15 a 24 años representaban el 22,4% de toda la población en comparación con el 16,2% en 1970. Las tres causas de mortalidad más importantes, que representaron más de dos terceras partes de todas las defun-

ciones de adolescentes en las Bahamas fueron los accidentes, los envenenamientos y la violencia, que constituyeron más del 42% del total, cáncer, el 17,5% y enfermedades del corazón, el 7%.

En 1983 las cinco causas principales de morbilidad en el Hospital Princess Margaret en el grupo de 15 a 24 años fueron las complicaciones del embarazo, que representaron el 20,7% de todos los casos hospitalizados; los accidentes, los envenenamientos y la violencia, el 7,7%; las enfermedades del aparato genitourinario, el 6,3%; las enfermedades del aparato digestivo, el 1,1% y la influenza y la neumonía el 1,6% en conjunto.

Entre 1975 y 1984 hubo un gran aumento en las hospitalizaciones de adultos por razones de salud mental y las cifras correspondientes al grupo de 15 a 24 años fueron alarmantes. En este decenio, las hospitalizaciones relacionadas con el uso indebido de drogas por parte de mujeres de 15 a 24 años aumentó a la asombrosa cifra del 1.325%; esa cifra fue del 576% entre los hombres. En general, el internado en hospitales psiquiátricos de personas de este grupo aumentó en un 33%; el relacionado con el uso indebido de drogas, en 657%; el ocasionado por problemas relativos al alcohol, en 68% y el total de hospitalizaciones, en el 140%.

Salud del anciano. En 1970 la esperanza de vida al nacer en las Bahamas era de 66 años. En 1982, había aumentado en un 4,5%, acercándose a 69 años. Ese incremento de la longevidad se refleja también en el aumento porcentual de la población de 65 años o más, del 3,5% en 1970 al 4,2% en 1980.

En 1983, las cinco causas principales de morbilidad de las personas de 65 años o más registradas en el Hospital Princess Margaret fueron las enfermedades del corazón (14,6%); los accidentes, los envenenamientos y la violencia (8,7%); las enfermedades del aparato digestivo (7,2%) y los tumores malignos y la diabetes mellitus (7,1% cada una). En conjunto, estas cinco causas representaron el 45% de todas las hospitalizaciones de ancianos.

Las cinco causas principales de mortalidad en un grupo de 446 ancianos de ambos sexos fallecidos en 1982 fueron las enfermedades del corazón, el cáncer, la bronquitis, el enfisema y el asma, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus. Al dividir los datos según el sexo, el cáncer fue la principal causa de defunción de los hombres, representando el 26% del total de muertes de ancianos, mientras que las enfermedades del corazón fueron la principal causa entre las mujeres, representando el 24% del total. La tasa de mortalidad por cáncer entre mujeres de 65 años o más fue inferior en un 41% a la registrada entre los hombres.

Existe una institución geriátrica de propiedad del Estado y varias residencias privadas para ancianos en el país. En 1984, el hospital geriátrico público tenía un total de 158 camas y atendía a un promedio diario de 156 pacientes con 31 hospitalizaciones. Eso representa un aumento en relación con 1981, año en el cual el promedio de pacientes atendidos en el hospital fue de 141.

Problemas que afectan a toda la población

La incidencia de enfermedades transmitidas por el agua en las Bahamas en 1983 fue de 899,1 por 100.000 habitantes, o sea un poco menos del 1%. En esta clase se incluyen enfermedades como disentería bacilar, amibiasis, leptospirosis, gastroenteritis y hepatitis. La incidencia de este grupo de enfermedades es, de hecho, sustancialmente mayor ya que la gastroenteritis, que es la enfermedad más predominante, solo se notifica cuando ocurre en niños menores de 5 años.

En los tres primeros trimestres de 1985, se notificó 1 caso de malaria, en comparación con 10 en 1983 y 3 en 1984. También se notificaron en esos nueve meses 2 casos de fiebre tifoidea y de infecciones meningocócicas. Hubo 52 casos de envenenamiento con pescado y 3 con ciguatera. No se notifican todos los casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, particularmente en las islas distantes. Hasta el tercer trimestre de 1985 se habían notificado 2 casos de leptospirosis y 21 casos de hepatitis vírica.

El número acumulado de casos notificados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida fue de 31 en 1985, o sea que la tasa de prevalencia fue de 13,4 por 100.000 habitantes. En Nueva Providencia se han notificado 23 casos, que representan una tasa de cerca de 15,4 por 100.000 habitantes.

No se ha notificado ningún caso de dengue en las islas desde 1977; sin embargo, la nutrida población de mosquitos presenta la posibilidad de una epidemia. Durante la estación de huracanes, de junio a noviembre, las tempestades anegan muchos caminos y calles de Nueva Providencia y las islas circundantes. Aunque esa situación raras veces causa daños a la propiedad, sin duda contribuye a la incidencia de enfermedades transmitidas por el agua y a la propagación de criaderos de *Aedes aegypti*, cuyo índice en Nueva Providencia fue de 19 en 1985.

Salud ambiental

El departamento de servicios de salud ambiental adscrito al Ministerio de Salud es el principal orga-

nismo encargado de los asuntos relativos al saneamiento del medio aunque otros ministerios y departamentos públicos colaboran con la mayoría de los proyectos de esa índole. La Corporación de Abastecimiento de Agua y Saneamiento, una entidad pública, fue establecida en 1976 y se encarga de prestar servicios de abastecimiento de agua potable a los consumidores de la isla de Nueva Providencia. La división de agua del Ministerio de Obras y Servicios supervisa la producción y distribución de agua potable a las islas Family.

Hay solo un sistema de alcantarillado que cubre principalmente la zona central de Nassau, o sea un 15% de la población urbana; el resto utiliza fosos sépticos y, en menor proporción, letrinas de pozo. En los planos de todas las nuevas urbanizaciones en las que se construyan 25 casas o más es obligatorio incluir un sistema central de alcantarillado. En la isla de Nueva Providencia, el 73% de la población dispone de conexiones domiciliarias y el 23% tiene acceso razonable a fuentes públicas.

Más del 95% de toda el agua consumida en las Bahamas proviene de fuentes subterráneas, del 3 al 4% es agua de lluvia y cerca del 1% se produce por osmosis inversa. Nueva Providencia, que es la mayor consumidora de agua, sufrió una grave escasez antes de 1975. Esa gran demanda fue ocasionada tanto por la cuantiosa emigración de las otras islas como por el rápido crecimiento del turismo. Para aliviar el problema, el gobierno inició un programa de transporte de agua desde la isla vecina de Andros hasta la capital. Las conexiones de transmisión y distribución consisten en tubos de hierro forjado y acero galvanizado instalados a comienzos de siglo, que hoy son inadecuados y están mal mantenidos. Como resultado, los consumidores se quejan constantemente de la mala calidad del agua y el 29% de las muestras tomadas para fines de control de la calidad en 1984 demostraron tener concentraciones inaceptables de bacterias.

Entre 1981 y 1983, el volumen de desechos sólidos de Nueva Providencia aumentó en 10%, de 45.013,33 a 49.693,70 toneladas, principalmente a consecuencia del incremento del turismo.

En 1980, los servicios de salud ambiental notificaron 9 incidentes de contaminación del aire; para 1984 ese número había ascendido a 77. La mayoría de esos incidentes ocurrieron en Gran Bahama, que está relativamente más industrializada.

El saneamiento y la manipulación de los alimentos son asuntos de gran preocupación para los servicios de salud ambiental y además constituyen un componente esencial de la industria turística. El gobierno ha seguido la política de ofrecer a los consumidores alimentos de buena calidad, libres de bacterias pató-

genas y preparados de forma que la contaminación bacteriana sea mínima. En 1984, se efectuaron inspecciones de 252 establecimientos que venden comidas y 4 fábricas de elaboración de alimentos. De ordinario, se toman muestras de alimentos y productos lácteos cada dos semanas. Se examinan las primeras para detectar la presencia de bacterias coliformes, estafilococos, estreptococos, *Salmonella* y *Shigella*, y las segundas para detectar la presencia de bacterias coliformes y de *Escherichia coli* y determinar su número total y el contenido de grasa de la leche.

El programa de lucha antivectorial se destina a controlar los mosquitos y los roedores y, en menor grado, las moscas y las cucarachas. Forman parte del programa la vigilancia del vector *Aedes aegypti* en todos los puertos de entrada y su control en otras localidades; el estudio del mosquito *Anopheles* en

Nueva Providencia y Gran Bahama; el control de los roedores en las localidades urbanas, particularmente las zonas turísticas, y el tratamiento de todos los edificios públicos con el fin de erradicar mosquitos, roedores, moscas y cucarachas. Entre 1984 y 1985, el índice de *A. aegypti* en la isla de Nueva Providencia disminuyó de 35 a 19; sin embargo, su densidad en las islas Family sigue representando un grave problema y constituyendo una amenaza de epidemia de dengue.

Otros campos de interés para los servicios de saneamiento del medio comprenden la evacuación y limpieza de desechos químicos peligrosos; la contaminación del agua potable y de los pozos; la contaminación con plomo por el gran número de vehículos de motor en la isla de Nueva Providencia y la reubicación y subsiguiente eliminación de los vehículos abandonados.

Sistema de salud

El Ministerio de Salud formado por varios departamentos de servicio, se encarga de establecer las políticas nacionales del sector y poner en práctica los programas pertinentes por intermedio de varios niveles del sistema de atención de salud. El sector nacional de salud está compuesto por una red escalonada de instalaciones asistenciales públicas y privadas, con vinculaciones para el envío de casos entre sus distintos niveles. El sector público maneja tres hospitales para atención de casos agudos, a saber, el Hospital Princess Margaret (478 camas), las instalaciones mixtas de atención psiquiátrica (255 camas) y geriátrica (151 camas) en el Centro de Rehabilitación Sandilands en Nueva Providencia y el Hospital Rand Memorial (74 camas) en Gran Bahama. La atención primaria de salud se presta por medio del departamento de atención ambulatoria del Hospital Princess Margaret, los centros y dispensarios de salud pública en Nueva Providencia y las clínicas de medicina general atendidas por grupos de médicos particulares. En los 19 distritos de salud de las islas Family se ofrecen servicios completos de atención primaria prestados por médicos, odontólogos, enfermeras de la comunidad, parteras y auxiliares de salud, por intermedio de una red de unos 12 centros, 34 dispensarios principales y 52 dispensarios satélites. En 1984, esos distritos estaban dotados de 19 médicos, 3 odontólogos y 83 enfermeras de diversas clases.

Aunque ha habido una tendencia hacia la centralización de la autoridad en materia de operaciones, se estudia actualmente la posibilidad de establecer un sistema descentralizado apropiado para la geografía del país, en el que el Ministerio asuma una función coordinadora de apoyo respecto de las zonas de servicio.

La salud materna es el pilar de la atención primaria en las Bahamas. En la isla de Nueva Providencia se prestan servicios de atención prenatal y posnatal por medio de 7 dispensarios y en las islas Family esos servicios se administran mediante una red estratégicamente situada de las instalaciones ya descritas. En 1984 acudieron por primera vez a esas instalaciones 4.850 personas en busca de atención prenatal preventiva. El total de consultas prenatales fue de 28.637. En el mismo año el personal del servicio de enfermería de la comunidad efectuó un total de 12.431 visitas domiciliarias con el fin de prestar atención posnatal preventiva. Las estimaciones relativas a la cobertura de atención prenatal de 1974 a 1984 indican que en el primer año solo el 78% de las madres que dieron a luz en el Hospital Princess Margaret habían recibido esa clase de servicio y que en 1984 esa cifra fue del 99%, o sea 3.421 de 3.460 mujeres que dieron a luz en el mismo hospital. Durante el embarazo cada mujer efectuó un promedio de 6 consultas a los servicios de atención prenatal entre 1974

y 1984, aumentando a 7 el número promedio de consultas entre 1981 y 1984. El grupo objeto de la atención posnatal en los dispensarios está constituido por todas las madres que dan a luz en el pabellón de maternidad. El número de mujeres que recibieron atención posnatal en los dispensarios mejoró considerablemente, del 38% en 1974 al 62% en 1984. Las visitas domiciliarias con fines de atención posnatal en los tres días siguientes al egreso del hospital aumentaron del 46% en 1982 al 58% en 1984.

Como resultado de la decisión de establecer un programa nacional de seguro médico (que entrará a funcionar en 1987) como posible método para financiar el sector de salud, se ha prestado mucha atención al mejoramiento de la capacidad existente en las instalaciones de atención de salud con el fin de adecuarlas a los nuevos servicios. Se han concluido planes modelo para la renovación del Hospital Princess Margaret. Entre 1974 y 1985, el número de camas en los hospitales públicos aumentó en un

11,7% (de 858 a 958).

En 1983, los recursos humanos para la salud comprendían 218 médicos en servicio, de los cuales 152 estaban al servicio del gobierno, 4 trabajaban por horas y 62 trabajaban exclusivamente en ejercicio privado. Había además 31 odontólogos, 10 técnicos dentales, 6 higienistas dentales, 1.098 enfermeras de diversos grados de formación, 33 farmacéuticos graduados, 18 inspectores sanitarios, 64 técnicos o tecnólogos de laboratorio, 18 técnicos de rayos X y 6 dietistas.

El presupuesto nacional permanente proyectado para 1985 asciende a un total de \$421,8 millones y el presupuesto de salud a \$57,02 millones, o sea el 13,5% del total. El presupuesto de capital correspondiente a 1985 llega a un total de \$65 millones, de los cuales se asignan \$4,1 millones a la salud. Eso representa un aumento del 50% en relación con el año precedente. El gasto per cápita en salud fue de cerca de \$247 en 1985.



Barbados

Contexto general

Análisis político y económico

Barbados es una nación políticamente independiente con un sistema bipartidario de gobierno, en el que se celebran elecciones generales cada cinco años. Se ha destacado desde hace mucho tiempo como un excelente centro de educación primaria y secundaria. En los últimos años se han creado varias instituciones de educación terciaria como el Colegio Universitario de Barbados y la Universidad de las Antillas Occidentales.

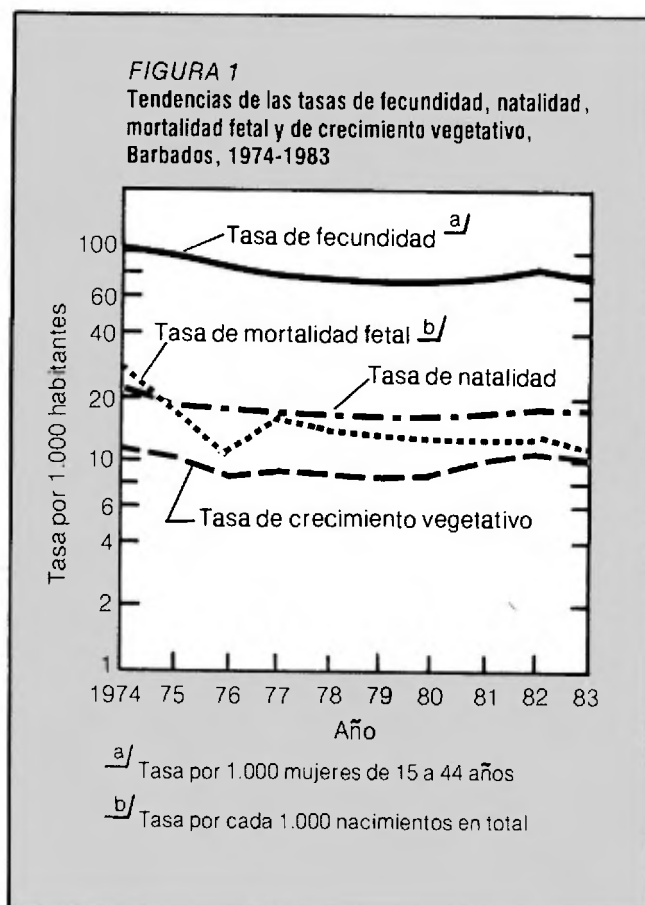
La economía se basa principalmente en la agricultura y la caña de azúcar es el principal cultivo. El país produce petróleo a razón de un modesto pero creciente rendimiento diario; la producción interna permitió cubrir el 51,9% del volumen de petróleo crudo necesario en la isla en 1984. Existen también reservas de gas natural. La industrialización se ha incrementado en los últimos 20 años. El ingreso per cápita de US\$4.200 está entre los más elevados de la Región.

Cerca del 15% del total del gasto público ordinario se invierte en la salud.

Características demográficas

La isla tiene una superficie de 431 km² y una población de cerca de 250.000 habitantes (estimaciones de 1982). Es el país más densamente poblado del Caribe con 580 habitantes por km². La población es predominantemente de descendencia africana con una pequeña minoría de descendencia europea y una aun más pequeña de origen indígena.

En la figura 1 y el cuadro 1 se presentan algunas estadísticas demográficas y vitales seleccionadas. En 1982 la tasa de natalidad fue de 19,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes y la tasa de fecundidad, de 83,4 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años. El crecimiento demográfico anual es del 0,2%. El 39,7%



CUADRO 1
Población y estadísticas vitales, Barbados, 1981-1983.

Parámetro	1983	1982	1981
Total de la población estimada a mediados de año ^a	251.240	250.391	249.400
Menor de 1 año	4.462	3.767	4.200
1-4 años	16.872	17.860	16.100
5-14 años	52.875	52.603	53.000
15-19 años	28.346	28.204	26.300
20-44 años	85.496	84.918	85.200
45-64 años	36.886	36.727	38.100
65 años o más	26.400	26.312	26.500
Mujeres de 15 a 44 años	58.080	57.861	56.300
Nacidos vivos	4.614	4.827	4.417
Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	18,4	19,3	17,7
Tasa de fecundidad (niños nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años)	79,4	83,4	78,4
Defunciones ocurridas durante el año ^b	1.997	1.887	1.903
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	7,9	7,5	7,6
Partos de feto muerto	58	69	59
Tasa de mortinatalidad (por 1.000 nacimientos en total)	12,4	14,1	13,2
Aumento natural	2.617	2.940	2.514
Tasa de aumento natural (por 1.000 habitantes, población total)	10,4	11,7	10,1
Mortalidad infantil	113	103	101
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	24,5	21,3	22,9
Mortalidad neonatal	80	87	87
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	17,3	18,0	19,7
Defunciones de niños de 1-4 años	9	11	13
Tasa de mortalidad por edad en niños de 1 a 4 años (por 1.000 habitantes)	0,5	0,6	0,8
Mortalidad materna	-	-	-
Tasa de mortalidad materna (por 1.000 nacidos vivos)	-	-	-

^a Estadísticas demográficas proporcionadas por el Servicio de Estadística de Barbados; la diferencia entre este total y el total por grupos de edad se debe a que se han redondeado las cifras.

^b Esta cifra difiere de la publicada por la Oficina de Registro, cuyo número se basa en los registros.

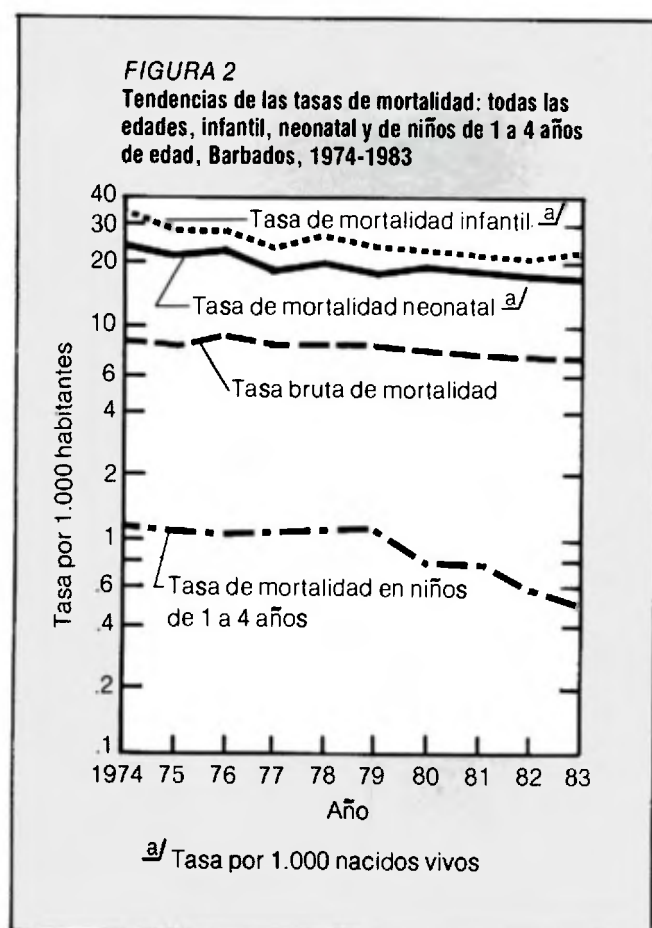
de la población reside en las zonas urbanas y el 56,2% de esa cifra, en ciudades de 20.000 habitantes o más.

El decenio comprendido entre 1973 y 1982 revela una disminución de la tasa de natalidad de 21,7 a 19,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes y una baja en la tasa de mortalidad infantil de 34,3 a cerca de 20 por 1.000 nacidos vivos.

En 1982 la esperanza de vida al nacer era de 70 años.

Mortalidad

En la figura 2 se presentan las tendencias de la tasa de mortalidad en el período comprendido entre 1974 y 1983. En ese último año se registraron 1.997 defunciones y una tasa de mortalidad bruta de 7,9 por 1.000 habitantes. De esas defunciones, 113 correspondieron a niños menores de 1 año, lo que situó la tasa de mortalidad infantil en 24,5 por 1.000 nacidos



vivos. Eso representa un ligero aumento en relación con las cifras correspondientes a 1981 y 1982, que fueron de 22,9 y 21,3, respectivamente. Ochenta de las 113 defunciones infantiles correspondieron a defunciones neonatales, lo que arroja una tasa de 17,3 por cada 1.000 nacidos vivos. De las defunciones de niños menores de 1 año, 76 se debieron a afecciones

originadas en el período perinatal. La neumonía y otras enfermedades de las vías respiratorias causaron un total de 11 defunciones mientras que otras 12 se debieron a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

En el grupo de 1 a 4 años ocurrieron 9 defunciones en total. La tasa de mortalidad por edad en este grupo fue de 0,5 por 1.000 habitantes. Seis de esas defunciones se debieron a causas violentas clasificadas como accidentes, 1 de vehículo de motor y 5 de otra índole.

En general, las cinco causas principales de defunción en los niños menores de 5 años fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas, neumonía, accidentes y otras enfermedades del sistema respiratorio (cuadro 2).

En el grupo de 5 a 14 años ocurrieron 20 defunciones en total, 3 de las cuales se debieron a accidentes. Las 126 defunciones registradas en el grupo de 15 a 44 años tuvieron diversas causas: 16 se debieron a tumores malignos, 16 a suicidio, homicidio u otros actos de violencia y 27 a accidentes de vehículos de motor y de otra índole.

La mayoría de las defunciones ocurrieron en el grupo de 45 a 64 años y en el de personas mayores de 65, siendo las cifras pertinentes de 327 y 1.394, respectivamente. Los tumores malignos fueron la causa de 334 de esas defunciones. Además, el perfil de mortalidad de este grupo se caracterizó por enfermedades degenerativas tales como la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cardiopulmonares u otras formas de enfermedad del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del sistema circulatorio.

Fue baja la mortalidad ocasionada por enfermedades transmisibles específicas. Entre los niños menores de 4 años solo se registró una defunción a causa de gastroenteritis y no hubo ninguna por sarampión.

Estado de salud

Salud del niño

La encuesta nacional de salud y nutrición realizada en 1981 reveló una disminución en el número de niños de edad preescolar de peso bajo, pero la insuficiencia ponderal en niños recién nacidos siguió constituyendo un grave problema. La anemia

aumentó en niños de edad preescolar pero disminuyó recientemente en los de edad escolar. Se observó una notable disminución de la práctica de la lactancia natural entre 1961 y 1981. La gastroenteritis es la principal causa de las enfermedades transmisibles notificadas, habiéndose registrado 139 casos en 1983 y una tasa de morbilidad de 651,5 por

CUADRO 2

Cinco causas principales de defunción en niños menores de 5 años por 1.000 habitantes, Barbados, 1981-1983.

Causas de defunción	Defunciones de niños menores de 1 año ^a							
	Defunciones de niños menores de 5 años		Total		Menores 28 días		De 28 días a 11 meses	
	No.	Tasa ^b	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
<u>1983--Todas las causas</u>	122	5,7	113	24,5	80	17,3	33	7,2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	76	3,6	76	16,5	70	15,2	6	1,3
Anomalías congénitas	12	0,6	12	2,6	7	1,5	5	1,1
Neumonía	8	0,4	8	1,7	1	0,2	7	1,5
Accidentes	7	0,3	1	0,2	-	-	1	0,2
Otras enfermedades del aparato respiratorio	3	0,1	3	0,7	-	-	3	0,7
<u>1982--Todas las causas</u>	114	5,3	103	21,3	87	18,0	16	3,3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	72	3,3	72	14,9	72	14,9	-	-
Anomalías congénitas	16	0,7	13	2,7	11	2,3	2	0,4
Neumonía	7	0,3	5	1,0	5	1,0	-	-
Otras enfermedades del aparato respiratorio	4	0,2	3	0,6	-	-	3	0,6
Enfermedades infecciosas intestinales	3	0,1	2	0,4	-	-	2	0,4
<u>1981--Todas las causas</u>	114	5,6	101	22,9	87	19,7	14	3,2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	54	2,7	54	12,2	54	12,2	-	-
Anomalías congénitas	12	0,6	10	2,3	6	1,4	4	0,9
Neumonía	10	0,5	8	1,8	3	0,7	5	1,1
Tumores malignos	3	0,2	1	0,2	-	-	1	0,2
Accidentes	3	0,2	1	0,2	-	-	1	0,2

^a Tasas por 1.000 nacidos vivos.^b Tasas por 1.000 menores de 5 años.

100.000 habitantes expuestos. La mortalidad causada por enfermedades diarreicas se ha reducido mucho gracias a la práctica de la rehidratación oral. La cobertura de inmunización de los niños menores de 5 años es del 74% con la vacuna DPT y del 70% con la antipoliomielítica. También se inmuniza a los niños contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola y la cobertura con estas vacunas ha llegado al 69%. Estas cifras comprenden inmunizaciones aplicadas en consultorios pediátricos particulares.

Salud del adulto

La hipertensión afecta al 27% de la población adulta, y las enfermedades del corazón y cardiovasculares son las principales causas de defunción. Los tumores malignos son una causa importante de morbilidad y la tasa de prevalencia de cáncer del cuello uterino está entre las más elevadas del mundo. La diabetes mellitus afecta del 6 al 8% de la población adulta del país. Los trastornos relacionados con accidentes van en aumento y hay una gran preocupación

por la creciente incidencia de accidentes de vehículos de motor. La obesidad es un problema creciente y dos veces más común entre las mujeres que entre los hombres. En 1981 más de la mitad de las mujeres de mediana edad eran obesas en comparación con el 32% en 1969, y la obesidad entre las adolescentes representa un problema importante. El dengue, la bronconeumonía, la influenza y las enfermedades de transmisión sexual contribuyeron mucho al perfil general de morbilidad (cuadro 3).

No se dispone de datos para examinar en forma detallada el perfil de morbilidad de los ancianos. Según la tendencia observada, las enfermedades crónicas degenerativas contribuyeron de manera significativa a la mortalidad de este grupo.

CUADRO 3
Casos notificados de las cinco principales enfermedades transmisibles y notificables, con tasas por 100.000 habitantes, Barbados, 1983.

Enfermedad	Número	Tasa
Gastroenteritis ^a	139	651,5
Disentería bacilar	102	40,6
Dengue	63	25,1
Bronconeumonía ^a	52	243,7
Influenza	48	19,1

^a Tasa por 100.000 habitantes en riesgo.

Sistema de salud

Servicios de salud

Durante varios años, la prestación de servicios de salud se ha realizado por medio de un sistema de centros asistenciales que cubre toda la isla y en los hospitales de Bridgetown, la capital, y sus alrededores. El Hospital Queen Elizabeth (600 camas) es la principal institución multidisciplinaria. Otros hospitales comprenden el Hospital Psiquiátrico (627 camas), un hospital geriátrico y varios hospitales distritales. En los últimos años, el gobierno construyó siete policlínicas que prestan una amplia gama de servicios a nivel de la comunidad. Se presta atención médica particular en todos los niveles del sector de salud y existe un pequeño hospital general privado.

Los aspectos relativos a la salud mental se atienden sobre todo a nivel institucional, ofreciéndose servicios en el Hospital Psiquiátrico, el Hospital Queen Elizabeth y varios dispensarios. Es preciso ampliar el sistema de atención de salud mental en lo que respecta a rehabilitación y mantenimiento dentro de la comunidad.

Se dispone de servicios de salud materno-infantil en siete policlínicas, cuatro subestaciones de salud, el dispensario de la Universidad de las Antillas Occidentales y el hospital general principal. El Hospital Queen Elizabeth es el principal centro de atención posnatal. Se prestan amplios servicios de planificación familiar y los agentes de salud visitan las fábricas, las escuelas y los grupos comunitarios con ese fin.

En cinco policlínicas se realizan sesiones de enseñanzas en salud para adolescentes, con énfasis en educación sobre la vida de familia, orientación personal y atención clínica. Los servicios para niños discapacitados son coordinados en el Centro de Desarrollo Infantil, que ofrece enseñanzas especiales, sesiones de evaluación terapéutica y seguimiento.

Se estima que el 52% de los ancianos internados en instituciones de salud reciben tratamiento por razones médicas y el 48% restante por razones sociales o económicas, por ejemplo, falta de vivienda o de atención en el hogar. Se ha puesto en marcha un programa de atención geriátrica a nivel de la comunidad, que procura mantener a los ancianos en el seno de su familia, del hogar y de la comunidad brindando los servicios sociales y de salud que necesitan. Uno de los objetivos inmediatos del Servicio Nacional de Salud de Barbados es la prestación de atención primaria de salud a las personas de 65 años o más.

Se dispone de un total de 2.110 camas, o sea 8 por 1.000 habitantes, para la atención de pacientes hospitalizados. En el cuadro 4 se describen las características de este sistema. La duración media de la estadía en el Hospital Psiquiátrico (228 días) subraya la orientación institucional del programa. Los recursos humanos del sector de salud constan de un total de 213 médicos, 25 odontólogos, 519 enfermeras (inclusive enfermeras-parteras), 170 enfermeras psiquiátricas, 303 ayudantes capacitados en enfermería y 86 inspectores especializados en salud pública.

CUADRO 4
Características del sistema de atención hospitalaria de Barbados, 1983.

Características	Tipo de hospital				
	General casos agudos (Hospital Queen Elizabeth)	Hospital psiquiátrico	Hospitales distritales	Hillside Home (lepra)	Hospitales particulares
Número de camas	530	627	887	8	58
Número de hospitalizaciones	18.200	1.041	341	-	1.362
Hospitalizaciones por 1.000 habitantes	72	4	1	-	5
Días-paciente	150.494	214.402	309.264	2.494	-
Duración media de la estadía	8	228	-	-	-
Porcentaje de la ocupación ^a	78	94	96	85	80
Tasa de rotación de camas ^b	34	1,6	0,4	0,1	23
Costo diario por cama ocupada ^c	\$157,86	\$33,42	\$27,56	\$90,66	-

^a Días-paciente x 100/No. de camas x 365.

^b Egresos/No. de camas.

^c Costo total (US\$)/No. de camas x 365.

Salud ambiental

Los adelantos logrados en el país a consecuencia del desarrollo socioeconómico, la desaparición de las diferencias entre las zonas urbanas y rurales y la creciente industrialización han empeorado los problemas ambientales que, a su vez, tienen un efecto desfavorable en el estado de salud de la población nacional. En 1982 se concluyeron las obras de un

sistema central de alcantarillado en Bridgetown y pronto se iniciarán proyectos para mejorar la evacuación de aguas negras en la costa sur y occidental de la isla.

El gobierno proporciona actualmente una mayor cantidad de equipo y de personal para mejorar los servicios de abastecimiento de agua. Se han puesto en práctica medidas apropiadas para mejorar el control de la calidad de los alimentos, el control y la erradicación de los mosquitos y de los roedores.

Belice

Contexto general

Análisis político, social y económico

Belice proclamó su independencia del Reino Unido en 1981 y, como consecuencia, la sociedad en general y el sector de salud en particular han experimentado importantes cambios. Se ha fortalecido la función del gobierno en el desarrollo general y se ha puesto un gran empeño en modernizar y racionalizar la administración pública en varios sectores, entre ellos el de salud. Sin embargo, la decadente situación económica ha limitado mucho la capacidad del país para atender la demanda creciente de servicios.

La economía nacional es abierta y depende mucho de las importaciones y exportaciones. La silvicultura, la pesca y la agricultura representan el 31% del producto interno bruto (PIB), las manufacturas y la construcción, el 21% y los servicios, el 48%. Hay una excesiva dependencia con respecto al azúcar, que es el principal renglón de exportación y que junto con la melaza representa un 75% del total; las frutas cítricas constituyen el 6%; el pescado y la langosta, el 4% y las prendas de vestir, el 8%. Las principales importaciones comprenden productos alimentarios, bienes manufacturados, maquinaria y equipo de transporte y combustible. Hay pocos mercados: los Estados Unidos ofrecen un medio de comercialización para el 36% de las exportaciones y el 43% de las importaciones y el Reino Unido, el 22 y 16%, respectivamente. La producción interna se ha visto obstaculizada por la competencia de importaciones baratas y la reducida escala de la economía local.

La tasa de crecimiento económico ha disminuido mucho desde 1981 (cuadro 1). El PNB per cápita se redujo de US\$1.054 en 1981 a \$981 en 1984, lo que se atribuye en gran parte a la baja del precio del

azúcar y a la reducción de las cuotas de exportación en el mercado de los Estados Unidos, ya que el azúcar representa un 20% del PIB. El déficit anual promedio de la balanza comercial en este período fue de \$35 millones. Se estima que entre 1980 y 1984 el desempleo fue de un 14% en todo el país, oscilando entre el 8,4 y el 24% en varios distritos. No se dispone de indicadores sobre la distribución del ingreso.

Desde 1982 ha habido un marcado deterioro de la hacienda pública, que ha contribuido a empeorar la situación de la balanza de pagos y causado presiones cambiarias. De 1980 a 1984, la proporción de la deuda al PIB aumentó del 29,1 al 38,1% y la proporción entre el servicio de la deuda y los ingresos provenientes de exportación, del 0,8 al 4,9%; en 1984 el servicio de la deuda representó el 14,4% de la renta del gobierno central. El gobierno suscribió un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en 1984 con el fin de conseguir apoyo para la balanza de pagos, pero como condición para recibirlo se le exige que rectifique el deterioro de la hacienda pública.

Desde 1982 la capacidad del gobierno para prestar servicios económicos y sociales básicos ha disminuido mucho debido a la insuficiencia de ingresos y desde entonces no ha aumentado el gasto público en servicios de salud ni en otros sectores sociales. Es de esperar que las obligaciones contraídas por el gobierno con el FMI conduzcan a reducciones aun mayores del gasto en el sector social.

La tasa de alfabetización es superior al 90% y el 85% de la población ha concluido al menos la escuela primaria. Según los datos de una encuesta realizada por el Departamento de Vivienda y Planificación en 1970, solo el 10% de la vivienda está en

CUADRO 1
Tendencias del producto nacional bruto y gasto público en salud, en miles de dólares (US\$),
Belice, 1978 a 1984.

Año	Producto nacional bruto (PNB)	Gasto público en servicios de salud	PNB per cápita (\$)	Gasto público per cápita (\$)
1978	107.106	2.325	785	17
1979	123.386	3.030	875	21
1980	149.072	4.043	1.014	28
1981	158.062	5.031	1.054	34
1982	149.787	4.651	973	30
1983	155.707	4.705	985	30
1984	158.939	4.491	981	28

condiciones buenas o aceptables; no hay evaluaciones más recientes.

Características demográficas

La población de Belice se calculaba en 158.000 habitantes en 1984, un 52% de los cuales residen en ocho centros urbanos. El principal es la ciudad de Belice, en donde reside el 27,4% de la población. Casi el 25% de la población vive en comunidades rurales de menos de 200 habitantes.

Entre 1970 y 1980, la población creció a una tasa media anual del 1,9%. La tasa bruta de natalidad se ha mantenido entre 35 y 40 por 1.000 personas desde 1970, lo que indica una fertilidad de 4,1 a 4,5 nacimientos por mujer. La mortalidad disminuyó sustancialmente en los años setenta. Como resultado de la persistencia de una fecundidad bastante alta y baja mortalidad, anualmente se produce una elevada tasa de aumento natural de más de 3,0 por 1.000.

La composición de la población por edad es típica de una nación "joven": según el censo de 1980, la edad mediana es de 16,5 años y el 46% de la población es menor de 15 años. La proporción de personas a cargo es de 107 por 100 personas de edad activa (15-64 años). La población anciana (65 años o más) aumentó en más del 30% entre 1970 y 1980. La migración bruta fue mayor que la neta y acusó diferencias según el origen étnico y cultural. Los emigrantes son principalmente criollos de descendencia africana y el país de destino más frecuente son los Estados Unidos; la inmigración proviene ante todo de México, Guatemala, El Salvador y Honduras. La composición étnica de la población se ve afectada por el proceso selectivo de inmigración y emigra-

ción; en 1946, la proporción de habitantes de habla hispana equivalía solo al 22% de la población, mientras que en 1980 esa cifra había aumentado al 32%. Los criollos representan el 40% de la población total. Otros grupos étnicos de importancia son los Garinagu (8%), Maya Mopán (7%) y Maya Ketchi (3%). Las recientes encuestas realizadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indican que en Belice residen de 10.000 a 15.000 refugiados y otros extranjeros. La densidad general de población sigue siendo baja, situándose en menos de 7,2 por km². La situación demográfica futura deberá caracterizarse por rápido crecimiento—pese a la continua emigración neta—y baja densidad demográfica, situación que permite un mayor crecimiento dentro de ciertos límites.

Mortalidad

Entre 1980 y 1984 la tasa bruta de mortalidad en Belice se mantuvo estable, alrededor de 4,9 por 1.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos se ha reducido de cerca de 40 en 1978 a 25 en 1984. Ha habido también una importante reducción en la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años. La mortalidad de personas de 45 años o más ha aumentado, lo que puede deberse a una mejor notificación de las defunciones durante el período. La esperanza de vida al nacer se estima actualmente en 71,2 años (promedio para ambos sexos).

Ha habido también algunos cambios en el patrón de las causas de defunción, que deben interpretarse con cierta precaución a causa de la notificación insuficiente en algunas zonas rurales y de las diferencias interanuales en los criterios de clasificación de de-

funciones (cuadro 2). Las enfermedades del corazón siguen siendo la causa más frecuente y a ellas puede atribuirse casi el 9% de todas las defunciones ocurridas en 1984. Otras enfermedades de naturaleza crónica que afectan a los ancianos, como la bronquitis, el enfisema, los tumores malignos y la hipertensión, han cobrado mayor importancia. Por otra parte, se han reducido las enfermedades infecciosas más comunes en la niñez como lo son las infecciones intestinales y las afecciones relacionadas con el período perinatal. Han aumentado notablemente ciertas otras causas de defunción como los accidentes y los traumatismos y las deficiencias de la nutrición.

El patrón de mortalidad resultante indica una tendencia hacia el predominio de las afecciones cróni-

cas en los grupos de edad avanzada. Esa tendencia tiene importantes consecuencias en lo que se refiere a las futuras demandas que se impondrán a los servicios de salud, que hoy en día están orientados hacia la prevención y el tratamiento de afecciones agudas, particularmente de los niños y de las madres. A medida que se reduzca la prevalencia de las enfermedades infecciosas, las enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer, los accidentes, la diabetes y otras enfermedades se convertirán en una carga más pesada para el sistema de atención de salud. Al mismo tiempo, dado que la estructura demográfica está constituida principalmente por jóvenes, seguirán presentándose afecciones relacionadas con la maternidad y la infancia que será preciso atender.

CUADRO 2
Principales causas de defunción (tasas por 10.000 habitantes) en Belice, 1981 y 1984.

Causas	1981			1984		
	Orden de importancia	No.	Tasa/10.000	Orden de importancia	No.	Tasa/10.000
Enfermedades del corazón	1	149	10,1	1	71	4,4
Bronquitis, enfisema	7	35	2,4	2	69	4,3
Tumores malignos	4	55	3,7	3	56	3,5
Neumonía	3	64	4,4	4	52	3,2
Accidentes	9	24	1,6	5	42	2,6
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	70	4,8	6	40	2,5
Enfermedades cerebrovasculares	5	51	3,5	7	38	2,3
Septicemia	8	28	1,9	8	34	2,1
Deficiencias de la nutrición	11	6	0,4	9	27	1,7
Hipertensión	10	19	1,3	10	27	1,7
Enfermedades infecciosas intestinales	6	41	2,8	11	26	1,6

Estado de salud

Salud del niño

Entre 1979 y 1984, las tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos disminuyeron de 39,0 a 23,4 y las de niños de 1 a 4 años de 3,8 a 1,5 en un grupo

análogo (cuadros 3 y 4). Las defunciones ocasionadas por enfermedades infecciosas intestinales han disminuido en un 60% y las infecciones respiratorias en los niños, en 50%. El sarampión, la tos ferina y el tétanos se han eliminado como causas de defunción

CUADRO 3
Causas de mortalidad infantil (menores de 1 año), número de defunciones, tasas por 1.000 nacidos vivos, porcentaje del total y orden de importancia en Belice, 1980-1981 (combinados) y 1982-1983 (combinados).

Causas	1980-1981			1982-1983			
	Total nacidos vivos	Tasa/1.000 nacidos vivos	Porcentaje del total importancia	Total nacidos vivos	Tasa/1.000 nacidos vivos	Porcentaje del total importancia	Orden de importancia
Todas las causas	365	30,2	99,9	278	23,2	100,0	-
Enfermedades infecciosas y parasitarias	83	6,9	22,7	43	3,6	15,5	2
Enfermedades infecciosas intestinales	57	4,7	15,6	27	2,3	9,7	4
Sarampión, tos ferina y tétanos	4	0,33	1,1	0	-	-	-
Deficiencias de la nutrición	3	0,25	0,8	14	1,2	5,0	5
Enfermedades del aparato respiratorio	97	8,0	26,6	34	2,8	12,2	3
Anomalías congénitas	10	0,83	2,7	3	0,3	1,1	6
Accidentes	2	0,17	0,5	3	0,3	1,1	6
Premadurez y afecciones	97	8,0	26,6	93	7,8	33,5	1
Causas mal definidas	35	2,9	9,6	44	3,7	15,8	-
Otras causas	38	3,1	10,4	44	3,7	15,8	-

CUADRO 4
 Causas de mortalidad infantil (1-4 años), número de defunciones, tasas por 100.000 habitantes, porcentaje del total y orden de importancia en Belice, 1980-1981 (combinados) y 1982-1983 (combinados).

Causas	1980-1981			1982-1983				
	Total	Tasa/ 100.000	Porcentaje del total	Orden de importancia	Total	Tasa/ 100.000	Porcentaje del total	Orden de importancia
Todas las causas	139	335,0	100,0	-	82	168,0	100,0	-
Enfermedades infecciosas y parasitarias	50	120,5	36,0	1	12	24,6	14,6	2
Enfermedades infecciosas intestinales	23	55,4	16,5	3	7	14,3	8,5	4
Sarampión, tos ferina y tétanos	11	26,5	7,9	5	3	6,15	3,7	5
Deficiencias de la nutrición	5	12,0	3,6	6	7	14,3	8,5	4
Enfermedades del aparato respiratorio	33	79,6	23,7	2	15	30,7	18,3	1
Accidentes	12	28,9	8,6	4	10	20,5	12,2	3
Causas mal definidas	8	19,3	5,8	-	20	41,0	24,4	-
Otras causas	31	74,7	22,3	-	18	36,9	22,0	-

de lactantes y se han reducido en un 80% en los niños de 1 a 4 años. Desde 1980 no se ha notificado ningún caso de poliomielitis.

La incidencia notificada de enfermedades diarreicas llegó casi a quintuplicarse entre 1981 y 1984 por cambios en el sistema de notificación (desde 1983 los casos tratados por enfermeras y personal auxiliar se cuentan junto con los notificados por los médicos). En una encuesta nacional de morbimortalidad infantil realizada a mediados de 1984 empleando la técnica de muestreo por conglomerados, se encontró que el 6% de los niños menores de 5 años había tenido al menos un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, o sea el 27,7% de la morbilidad total notificada en el grupo de esa edad. De esos casos, el 42,3% fueron tratados con sales de rehidratación oral por las madres o el personal de salud.

Las enfermedades diarreicas representaron el 16% de la mortalidad de lactantes y niños pequeños en el bienio 1980-1981, con tasas de 4,7 y 0,55 por 1.000 nacidos vivos o niños de 1 a 4 años, respectivamente. En el bienio siguiente, las tasas se redujeron a 2,3 y 0,14 por 1.000, respectivamente, lo que equivale al 10% de las defunciones en cada uno de esos grupos. Cerca del 30% de la reducción lograda en la mortalidad, tanto en lactantes como en niños pequeños, se atribuye a la prevención de la defunción por diarrea infecciosa, principalmente gracias al uso extenso de la terapia de rehidratación oral en todos los niveles de atención.

Infecciones respiratorias agudas (IRA). No se dispone de información sobre la incidencia de las IRA en los niños de Belice. Las infecciones respiratorias representan cerca del 20% de todos los egresos de niños menores de 5 años internados en los hospitales. Las enfermedades del aparato respiratorio constituyeron una de las principales causas de defunción en los grupos menores de 1 año y de 1 a 4 años entre 1980 y 1981, lo que equivale al 25% de la mortalidad en estos grupos de edad. En 1982-1983, ese conjunto de causas se había reducido 54 y 61% en cada grupo, respectivamente. Hoy en día representa el 12% de todas las defunciones de lactantes y el 21% de las de niños pequeños. Entre 1981 y 1984, el 75% de la reducción ocurrida en la mortalidad infantil se atribuyó a esa causa (veáanse los cuadros 3 y 4).

Premadurez y causas de morbimortalidad perinatal. No se dispone de estadísticas fiables sobre la incidencia de la morbimortalidad perinatal. Se desconoce la frecuencia de la insuficiencia de peso al nacer, pese a que más del 60% de todos los partos son atendidos en los hospitales. Alrededor del 30% de la

mortalidad en niños menores de 1 año se atribuye a este grupo de causas y no se observó ninguna tendencia descendente en el período de referencia.

Deficiencias de la nutrición. Según la información notificada por los centros de salud, la incidencia de malnutrición que va de moderada a grave se aproxima al 8% (7% en la clasificación II de Gómez/1% en la clasificación I de Gómez) en niños menores de 1 año y al 19% (16% en la clasificación II de Gómez/3% en la clasificación I de Gómez) en el grupo de 1 a 4 años. Esa cifra se ha corroborado en varias encuestas sobre nutrición realizadas en localidades aisladas; en ciertas zonas del país la incidencia de malnutrición infantil es mucho mayor, particularmente en los distritos del sur. La deficiencia de la nutrición como causa de mortalidad en los niños menores de 5 años casi se ha triplicado desde 1980, pero no se ha podido determinar si ello indica un verdadero aumento de la incidencia o una mejora del sistema de notificación.

Alimentación infantil. En 1980 una encuesta nacional sobre alimentación infantil permitió determinar que el 33% de todos los lactantes eran amamantados hasta el cuarto mes. En 1984, según las estadísticas obtenidas de centros de salud, el 40% de las madres amamantaban completamente a sus hijos durante ese período y en algunos distritos, la proporción era del 60%.

Tétanos neonatal. Entre 1981 y 1983 se notificaron 3 casos anualmente, pero en 1984 no se registró ninguno. Sin embargo, es posible que estén ocurriendo otros casos no identificados, particularmente en las zonas rurales más remotas. En 1981, solo el 39% de las mujeres embarazadas estaban completamente inmunizadas contra el tétanos y en 1983 esa proporción había aumentado al 66%.

Salud del adulto

No se han realizado encuestas de morbilidad para determinar la incidencia de enfermedades crónicas en la población. En este período no cambió la mortalidad general en el grupo de 15 a 44 años, pero aumentó en un 33% en el de 45 a 64 años. Los traumatismos, la violencia y los accidentes son las causas de defunción y lesiones más comunes en el grupo de 15 a 44 años y representan más del 33% de las defunciones, de las cuales más de la mitad son ocasionadas por accidentes de vehículos de motor. Las enfermedades del corazón, hipertensiva y cere-

brovasculares son las principales causas de mortalidad en las personas de 45 años o más y, en conjunto, representan cerca del 45% de todas las defunciones en el grupo de esa edad. En el de 15 a 64 años, el 11% de las defunciones son ocasionadas por tumores malignos.

Salud del anciano. Es muy poca la información que existe sobre la salud de este grupo. No hay servicios de atención de salud especializados para los ancianos, aparte de una pequeña enfermería en donde se da asilo a los ancianos sin hogar. Se necesita urgentemente realizar investigaciones para determinar los problemas y las necesidades de atención de salud así como las circunstancias sociales de las personas de 65 años o más.

Salud y nutrición maternas. La tasa de mortalidad materna se ha mantenido constante en este período, situándose alrededor de 0,50 por 1.000 nacidos vivos (un promedio de 3 defunciones maternas al año por 6.000 nacidos vivos). Las causas de defunción más comunes son la toxemia y las hemorragias durante el embarazo y el parto. La morbilidad materna constituye la causa de hospitalización más frecuente, aun después de excluir los partos normales: las complicaciones del embarazo y el parto constituyen la principal causa de internado en el Hospital de la ciudad de Belice y representan un 4% del total (1983); el aborto ha sido la segunda o tercera causa en importancia en cada año transcurrido desde 1981.

En 1984, más del 80% de las mujeres embarazadas se sometían al menos a un examen prenatal; más del 60% de los partos ocurrían en instituciones y otro 12% era atendido por parteras empíricas adiestradas. La solicitud de atención prenatal en los dispensarios se inicia más tarde de lo conveniente: solo el 19% la inicia antes de las 16 semanas de gestación.

Según los datos obtenidos en la encuesta más reciente (1980) sobre gastos familiares, la disponibilidad promedio de nutrientes per cápita es la siguiente:

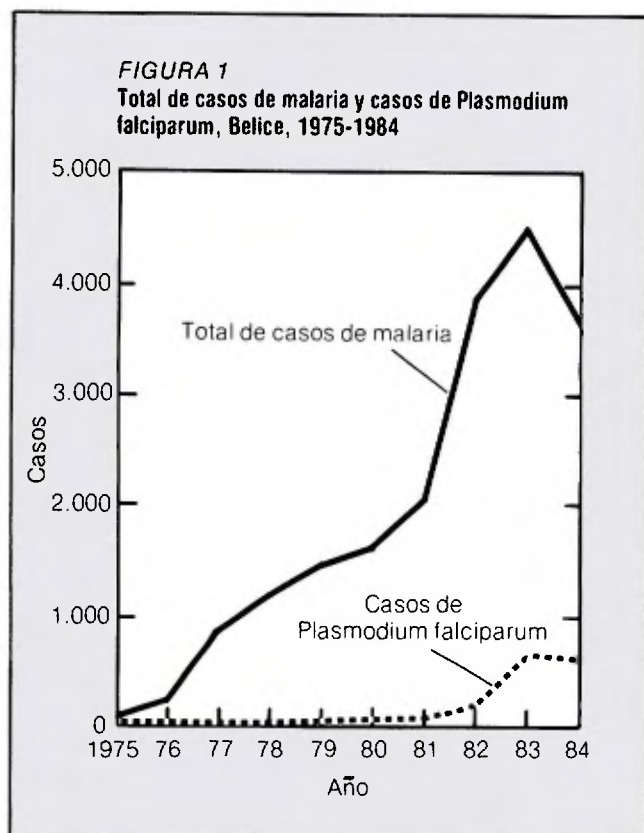
<u>Nutriente</u>	<u>Disponibilidad per cápita</u>
Calorías	2.228 cal.
Proteína	41,5 g
Calcio	559 g
Hierro	10,7 mg
Vitamina A	659,4 ui
Vitamina C	29 mg

Estos resultados indican que es baja la ingesta dietética de calcio y vitamina A. Se encontró que la ingesta de hierro es suficiente en todos los distritos

de Belice, incluso Toledo en donde se notificó una elevada incidencia de anemia del embarazo en la encuesta de 1979 sobre el estado nutricional y el embarazo. Es evidente que se necesita obtener más datos sobre el problema para determinar la etiología de la anemia en Belice, ya que en 1984 el 43% de las mujeres que recibían servicios de atención prenatal en dispensarios públicos tenían una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/d.

Problemas que afectan a la población en general

Malaria. La malaria es endémica en Belice. El extenso programa de erradicación realizado en los decenios de 1950 y 1960 llevó a controlar y prácticamente a erradicar la malaria. El insuficiente número de actividades ulteriores a la campaña de erradicación por falta de financiamiento, junto con la inmigración incontrolada desde las zonas vecinas infestadas de malaria, llevó al recrudecimiento de la malaria en 1965 y a su propagación gradual por todo el país. Entre 1981 y 1983, el número de casos notificados y de localidades con resultados positivos creció en proporción geométrica (figura 1). En 1980, el 42% de todas las localidades acusaban resultados



positivos de transmisión de la malaria y en 1984 esa proporción había aumentado al 75%. El acontecimiento más alarmante durante este período fue la introducción y expansión de *Plasmodium falciparum* como agente etiológico, junto con *P. vivax*. Los estudios entomológicos realizados hasta la fecha no han permitido comprobar que el vector *Anopheles albimanus* sea resistente al DDT.

Sistema de salud

El plan nacional de salud

El Ministerio de Salud preparó el primer plan nacional quinquenal de salud en 1982-1983, siguiendo una estrategia de desarrollo basada en el concepto de la atención primaria de salud, en el que se acentúa la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial como elementos clave para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. En el plan se señalan como grupos prioritarios las madres, los niños, los grupos de bajos ingresos, los discapacitados, los ancianos y las personas que viven en las zonas carentes de servicios.

En dicho plan se prevé también el fortalecimiento de la capacidad directiva de los administradores principales y de nivel intermedio a fin de lograr una utilización más eficiente de los escasos recursos. Otra meta consiste en prestar servicios de atención de salud accesibles a la población local, que incluyan medicamentos esenciales, tratamiento de heridas y traumatismos leves y control de problemas predominantes tales como las enfermedades diarreicas y la malaria.

Gasto en atención de salud

El gasto público en atención de salud representa cerca del 3% del PIB y el 10% del presupuesto nacional, equivalente a unos \$30 anuales per cápita. Después de haber aumentado a más del doble entre 1978 y 1981, el gasto público en salud por persona se ha mantenido estancado y ha sufrido una ligera reducción desde 1981, como consecuencia de la situación económica general del período (figura 2). En la figura 3 se resume la distribución de gastos por campos programáticos.

Según la encuesta sobre gastos de la familia realizada en 1980, cerca de la mitad del total del gasto privado nacional en salud se destinó a atención mé-

dica y odontológica y a la compra de productos farmacéuticos. Los servicios de salud prestados por el gobierno, que abarcan la provisión de fármacos, son prácticamente gratuitos y se sufragan con la renta del gobierno central. El incipiente programa de seguridad social, iniciado en 1981, solo cubre los gastos de salud relacionados con las enfermedades o los accidentes ocasionados por el trabajo.

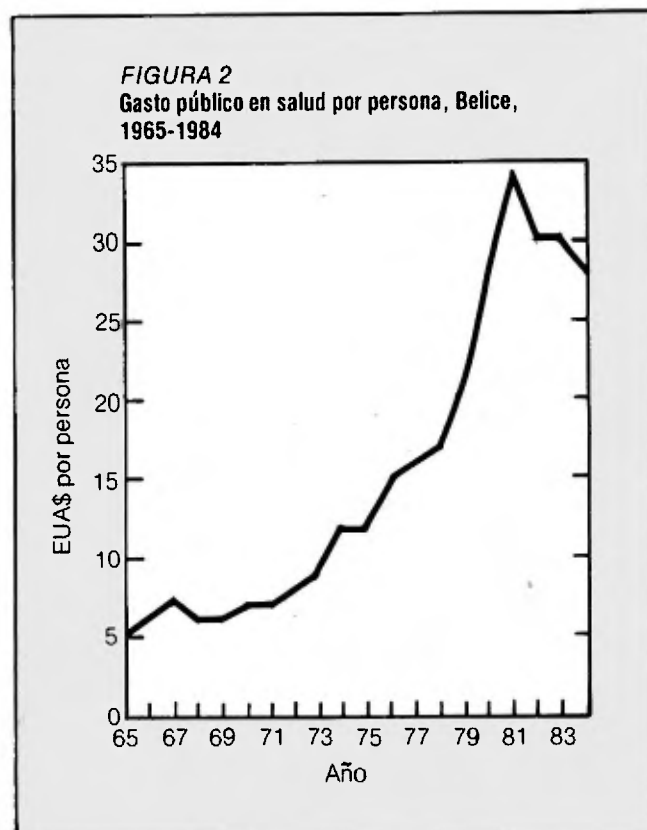
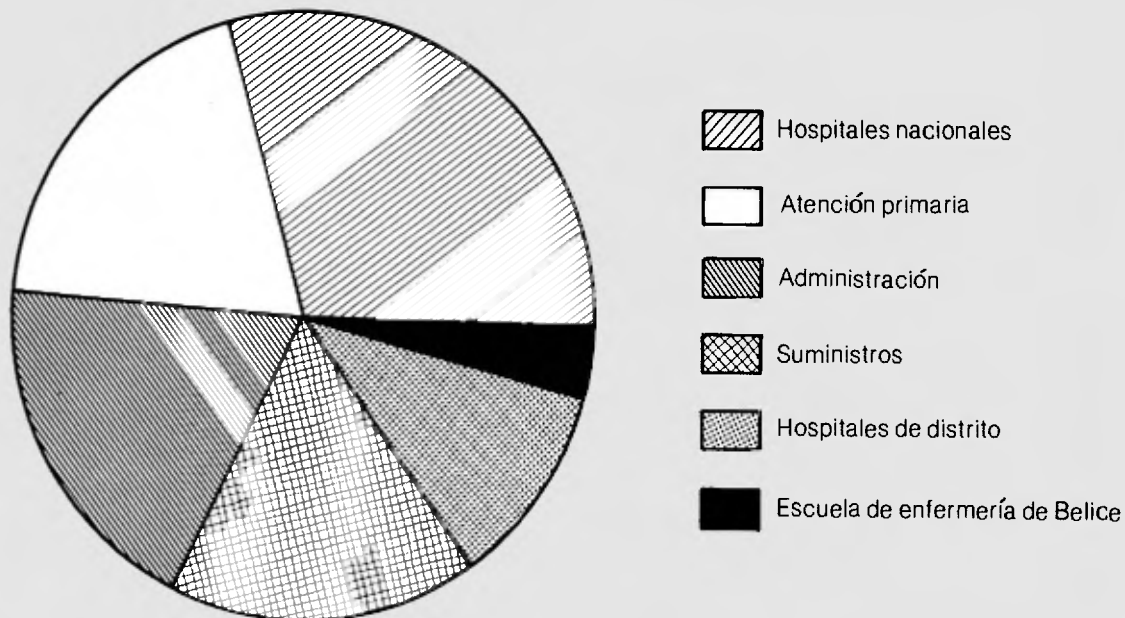


FIGURA 3
Gasto público en salud, Belice, 1983-1984.



Fuente: Ministerio de salud, trabajo y deportes, Belice, 1985.

Cobertura

Entre 1979 y 1982, la red nacional de centros rurales de salud se amplió en un 50%, llegando a un total de 28. La población atendida en cada centro varía de 2.000 a 7.000 personas; las zonas que tienen una mayor proporción de población dispersa cuentan con más centros. Se estima que el 75% de la población (50% de los habitantes de las zonas rurales) tiene acceso al sistema de atención de salud, en el sentido de que se puede obtener atención primaria a corta distancia (3 km a pie o una hora de viaje en medios apropiados para la zona).

Abastecimiento de agua y saneamiento

La cobertura estimada del servicio de abastecimiento de agua en las zonas urbanas y rurales en 1984 fue la siguiente:

Porcentaje de población atendida

<u>Acceso</u>	<u>Urbana</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>
Conexión domiciliaria	62,6	20,4	42,6
Fuente de fácil acceso	23,0	28,4	25,6
Sin declarar	14,4	51,2	31,8

La cobertura estimada del servicio de alcantarillado y saneamiento en las zonas urbanas y rurales en el mismo año fue la siguiente:

Porcentaje de población atendida

<u>Tipo de servicio</u>	<u>Urbana</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>
Alcantarillado	6,1	0,8	3,6
Pozo séptico/ letrina	54,6	81,0	67,1
Sin declarar	14,4	51,2	31,8

Bermuda

Contexto general

Bermuda es miembro de la Comunidad Británica de Naciones y su sistema de gobierno es parlamentario. El gabinete de 14 miembros es nombrado por el primer ministro; la legislatura consta de siete miembros nombrados por el gobernador y la cámara de la asamblea tiene 40 miembros elegidos.

En 1983 la población, caracterizada como totalmente urbana, se estimó en 56.194 habitantes con una densidad de 969 por km². La tasa anual de crecimiento fue del 1%. En 1980 la proporción de la población menor de 15 años era del 22,7% y la de 65 años o más, del 83%.

El idioma oficial es el inglés. La enseñanza es gratuita en las escuelas públicas y obligatoria hasta la edad de 16 años. En 1983 había un total de 10.398 niños matriculados en las escuelas públicas y privadas de enseñanza primaria y secundaria. La tasa de alfabetización se estima en un 97%.

Las condiciones de vivienda son generalmente buenas aunque hay una leve escasez de unidades de ciertas clases. Los caminos son buenos y existe un sistema de transporte público bien establecido (autobuses, taxis y transbordadores). Es elevado el

número de personas que tienen automóvil particular aunque las restricciones del gobierno limitan su número a uno por familia. Es fácil el acceso a los teléfonos públicos y privados y se ha instituido una moderna red de telecomunicaciones internacionales.

La isla carece casi totalmente de recursos naturales y toda la energía es importada. La economía se basa en el turismo y en las empresas comerciales internacionales. Cerca de una tercera parte de la población activa trabaja en comercio al por mayor y al detal y en restaurantes y hoteles. Casi no hay desempleo. Existe básicamente una comunidad con una subcultura no segmentada y el ingreso per cápita es elevado en comparación con el de otros países del Caribe. El país acusa generalmente un modesto superávit de balanza de pagos; el dólar de Bermuda está vinculado al dólar de los Estados Unidos sobre una base equivalente y la inflación se estima en un 6% al año.

En 1983 el número de niños nacidos vivos fue de 16,4 por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 5,8 por 1.000. La tasa de mortalidad fue de 7 por 1.000 habitantes. La esperanza de vida al nacer es de 73 años.

Estado de salud

Indicadores

La cobertura del servicio de salud es relativamente elevada, lo cual se refleja en los porcentajes correspondientes a los siguientes indicadores para 1984.

Entre los niños menores de 1 año, el 40% estaban inmunizados contra la difteria; el 41%, contra la poliomielitis, el tétanos y la tos ferina, y el 42%, contra el sarampión. El porcentaje de niños hasta de 1 año atendidos por personal adiestrado fue del 90%.

En cuanto a los servicios de salud materno-infantil, se inmunizó contra el tétanos al 100% de las mujeres embarazadas. El 90% recibieron tanto atención prenatal como puerperal y el 99% fueron atendidas durante el parto en instituciones de salud o por personal adiestrado.

Toda la población de Bermuda dispone de servicios de agua potable, eliminación sanitaria de desechos y tiene acceso a servicios de atención locales, incluido el suministro de 20 medicamentos esenciales como mínimo, a una hora o menos de camino o de viaje en medios de transporte públicos.

En 1983, el número de camas de hospital disponibles era de 6,3 por 1.000 habitantes.

Salud del niño

La incidencia de enfermedades inmunoprevenibles es baja. La introducción de la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola ha reducido mucho la incidencia de las dos primeras. La cobertura de inmunización de los niños de edad escolar es elevada. Ocurren brotes periódicos de influenza. Existe un programa de atención dental preventiva para los lactantes y los niños en el que se ofrecen tratamientos con fluoruro. La mayoría de los

lactantes (92,2%) pesan más de 2.500 g al nacer. En los grupos de edad de menores de 5 años y de 5 a 15 años, el 90% tienen un peso apropiado para su edad. Existe un cierto grado de obesidad en el grupo de 5 a 15 años. Actualmente se están instituyendo programas de nutrición y educación sanitaria en las escuelas de enseñanza primaria y secundaria.

Salud del adulto

Las principales causas de defunción y la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en 1983 fueron, respectivamente, las enfermedades del corazón, 409; el cáncer, 135; las enfermedades respiratorias, 55; los accidentes y la violencia, 43 y las enfermedades infecciosas, 4. El alcoholismo constituyó la principal causa de hospitalización, seguido de infecciones respiratorias y accidentes; no obstante, han disminuido mucho los accidentes de tránsito como resultado de una campaña contra la conducción en estado de embriaguez y la vigilancia del cumplimiento con los límites de velocidad. Los servicios de salud mental están a cargo de psiquiatras, psicólogos, un trabajador social en psiquiatría y directores de bienestar mental adscritos al Hospital Psiquiátrico St. Brendan, actualmente en vía de renovación y expansión.

Sistema de salud

En la política nacional de salud se hace hincapié en la salud materno-infantil, la salud de los ancianos por medio de atención en la comunidad, la salud dental, el control de las enfermedades transmisibles, la salud mental y el control del alcoholismo y de la farmacodependencia. El Ministerio de Salud y Servicios Sociales ha adoptado la meta de salud para todos en el año 2000 como el principal objetivo del sector de la salud y ha establecido políticas compatibles con las estrategias regionales para lograrla.

La mayor preocupación del ministerio es la salud y el bienestar de todos los ciudadanos. A dicho órgano compete la planificación (no existe ninguna entidad central pertinente), programación, preparación de presupuestos y evaluación de los asuntos relativos a la salud, por medio de varios departamentos: la sede del Ministerio, el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento de Prisiones y las escuelas de adiestramiento. En la sede

se maneja la coordinación y el control de los diversos departamentos, cada uno de los cuales se encarga de sus propias operaciones. El ministerio está encargado además de la política general de la Junta de Hospitales de Bermuda, un órgano reglamentario de siete miembros nombrados por el ministro para administrar el Hospital King Edward VII Memorial y el Hospital St. Brendan.

En general, el ministerio facilita el establecimiento de dispensarios de salud pública, la vigilancia general de la administración de alimentos y medicamentos en toda la isla, la investigación y evaluación de las políticas y los informes de la OMS, la prevención de epidemias, la atención general de salud en las instituciones penales y a la policía, los exámenes ordinarios practicados en las escuelas y en los centros de atención infantil, las inspecciones sanitarias del medio, las campañas preventivas y educativas y los informes al público, los programas de inmuniza-

ción, los servicios de cuarentena y la organización del bienestar social.

Aunque no se producen localmente ni suministros ni equipo, tampoco hay escasez de esos materiales. El ministerio tiene su propia división de suministros y, además, acceso a los del gobierno. Los medicamentos se compran solo a los países incluidos en una lista aprobada, si su uso ha sido certificado en el país de origen.

El Departamento de Salud del Ministerio, bajo la autoridad del médico jefe, está encargado de la salud pública nacional y, como tal, concentra sus actividades en servicios de prevención de enfermedades y fomento de la salud. Los servicios de salud pública incluyen los de salud personal, salud dental y los de laboratorio. La capacidad instalada consta de 233 camas en habitaciones privadas y semiprivadas y pabellones públicos; 90 camas geriátricas y de rehabilitación en el Hospital King Edward VII Memorial y 175 camas en el Hospital Psiquiátrico St. Brendan.

El sector privado, formado por médicos generales y servicios hospitalarios, es de gran importancia y existe en Bermuda un seguro de hospitalización obligatorio, el 50% de cuyo costo es sufragado por las

empresas empleadoras. Los niños de edad escolar reciben tratamiento gratuito y las personas mayores de 65 años, subsidios del 75 al 100% de los costos de hospital. Los servicios de atención de salud son amplios y fácilmente accesibles. El envío de casos por lo general se realiza por conducto de médicos particulares que gozan de privilegios en cuanto a la asignación de camas para pacientes en el hospital general de la isla. Existen vínculos tradicionales con los Estados Unidos, el Reino Unido y el Canadá para la prestación de atención terciaria.

El Departamento de Salud participa en varios comités interdisciplinarios sobre educación sanitaria, abastecimiento de agua potable, alcantarillado, costos de la atención de la salud y establecimiento de programas. Están en marcha varios proyectos interministeriales de educación sanitaria de los jóvenes y de desarrollo infantil. Se amplían actualmente las investigaciones sobre los indicadores de la "calidad de la vida" y los sistemas de información de salud y se está haciendo lo posible por integrar los sistemas e instituir registros centrales de casos. Se hace hincapié en la nacionalización y la capacitación de personal nacional para empleo en el sector de la salud.



Bolivia

Contexto general

Análisis político, económico y social

En Bolivia hay tres regiones ecológicas claramente diferenciadas: el altiplano, los valles y los llanos. El altiplano se encuentra a 3.800 m sobre el nivel del mar y cubre un 16% del territorio nacional, y los valles se sitúan a una altura comprendida entre 1.000 y 3.000 m y ocupan un 19% del territorio. En estas dos regiones reside más del 80% de la población total. Los llanos se extienden hacia el este. El 35% de esta población se considera como urbana o urbano-periférica; el 49% está ubicada en áreas dispersas y el 16% restante en otros centros poblados. Existen tres lenguas predominantes: español, quechua y aymará. Un 36% de la población habla únicamente español y un 23% se expresa únicamente en aymará o en quechua, o bien en ambos. Un porcentaje importante es bilingüe o trilingüe (40%) y solo un pequeño porcentaje se expresa en otras lenguas (2%).

El sector agropecuario capta cerca de la mitad de la fuerza de trabajo, pero contribuye al PIB únicamente con un 17%. Solo un 10% de los trabajadores agrícolas son asalariados. Desde el punto de vista de la superficie utilizada, el cultivo de la papa ocupa el primer lugar, seguido del de la yuca; en el grupo de cereales, el maíz es el producto más importante, en tanto que la producción de trigo es muy deficitaria en relación con la demanda. El sector minero adquiere una importancia fundamental en la estructura de las exportaciones y en la generación del ingreso nacional, a pesar de representar solamente el 6% del PIB y el 4% de la fuerza laboral. La industria manufacturera ocupa todavía una posición modesta en la generación del PIB (16%) y absorbe alrededor del 12% de la fuerza laboral. Dentro del sector de servicios, los servicios básicos generan el 14% del PIB y

los servicios no básicos el 42%. Ambos captan el 30% de la fuerza laboral.

En cuanto a los ingresos per cápita entre las diferentes regiones del país, se han definido tres espacios socioeconómicos. El primero es el hegemónico—configurado por el eje dominante de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz—que concentra la parte más importante de la producción. En segundo lugar está la región deprimida—departamentos de Oruro, Potosí, Chuquisaca y Tarija—que en las épocas de auge minero se encontraba en condiciones socioeconómicas favorables, pero a partir de 1964 entró en la fase de depresión económica que actualmente caracteriza a estas zonas. Por último, está la región atrasada—departamentos del Beni y Pando—que hasta hoy continúa postergada dentro del desarrollo socioeconómico del país.

Entre 1981 y 1983 la oferta general disminuyó un 17% en relación con los tres años anteriores; este descenso vino acompañado de una disminución del 28% de las importaciones y del 8% del PIB. En 1983, la oferta general apenas alcanzó el 78% de su nivel de 1980, las importaciones el 48% y el PIB el 84%. Entre 1980 y 1983, el consumo público disminuyó un 15%, el privado 18% y las exportaciones 7%. Se estimó que en 1980 el ingreso per cápita era de US\$475 anuales, con una distribución según la cual el 5% de la población percibía el 50% del ingreso nacional, en detrimento de las grandes mayorías.

Además de la atracción que ejercen las grandes urbes, la descapitalización rural provocó una migración del campo a la ciudad ocasionando gran incremento en la mano de obra no calificada, bajo ingreso familiar y deterioro para satisfacer las necesidades básicas, entre ellas la alimentación, la vivienda y la educación en salud. A ello se añade el impacto de los

desastres naturales como sequías e inundaciones, que en 1983 afectaron al 35% del territorio nacional, con un costo aproximado de \$1.652 millones y consecuencias sobre el nivel de vida y sobre los riesgos de la población rural. Este creciente proceso de empobrecimiento deriva en los altos niveles de desnutrición, una morbilidad específica elevada, bajo nivel educativo, hacinamiento y deficientes condiciones ambientales. Dentro de este marco queda encuadrado el perfil de factores patógenos que explican el proceso de salud-enfermedad, que resulta de las determinaciones socioeconómicas y de los modelos de desarrollo pasados.

Características demográficas

Se estimó que en 1985 la población total era de cerca de 6.371.000 habitantes, con una estructura de edad de población joven: 43% de menores de 15 años y 3% de 65 y más años (cuadro 1). El 35,7% de esta población es urbana y el 64,03% es rural.

De 1975 a 1978, año de la última información disponible, la tasa bruta de natalidad asciende rápi-

damente hasta 26,7 por 1.000 habitantes. Las causas pueden ser varias, entre ellas, un menor énfasis en la planificación familiar, una reacción de tipo pendular que sigue a una rápida reducción del tamaño de la familia, y una mejora del sistema de información y otros. Es necesario señalar que este indicador tiene un enorme subregistro, sobre todo en las áreas rurales y marginales urbanas. El índice anual de crecimiento demográfico en el período 1980-1985 alcanzó 2,6%. La esperanza de vida ha venido creciendo lentamente (cuadro 2) y en 1985 se estimaba en 48,5 años para el sexo masculino y 53,0 años para el sexo femenino.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad muestra alguna mejoría en vista de que en 1972 era de 19,0 por 1.000 habitantes y en 1980 era de 16,7 por 1.000. Esto significa un aumento en la esperanza de vida al nacer de 46 años en 1972 a 52 años en 1980. Sin embargo, los niveles de mortalidad continúan estando por encima de los de otros países de América. La mortalidad infantil todavía es muy elevada, aun-

CUADRO 1
Estimaciones y proyecciones demográficas, Bolivia.

Población	Población (en miles)			Tasa anual de crecimiento (%)	
	1975	1980	1985	1975-1980	1980-1985
Total de la población	4.894	5.570	6.371	2,59	2,69
Niños:					
0-15	2.219	2.542	2.927	2,72	2,82
0-6	1.131	1.297	1.490	2,74	2,77
7-12	757	868	1.004	2,73	2,91
13-15	331	377	433	2,59	2,80
16-18	302	343	393	2,53	2,69
Desglose de la población (%)					
Rural	69,66	67,05	64,03		
Urbana	30,34	32,95	35,97		
Esperanza de vida al nacer (en años)					
	1950-1955	1975-1980	1980-1985		
Hombres	38,49	46,46	48,55		
Mujeres	42,49	50,92	53,03		

CUADRO 2

Esperanza de vida al nacer (años) y tasas de mortalidad general (por 1.000 habitantes), de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) y de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 niños en ese grupo), Bolivia, 1972-1980.

Indicadores	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Esperanza de vida al nacer	46,0	46,33	46,67	47,00	48,00	49,00	50,00	51,00	52,00
Tasa de mortalidad general	19,0	18,8	18,6	18,4	18,1	17,7	17,4	17,0	16,7
Tasa de mortalidad infantil	156,1	152,1	149,7	147,3	144,9	142,4	140,0	137,6	135,1
Tasa de mortalidad en 1-4 años	15,8	15,0	15,0	14,6	13,9	13,1	12,4	11,6	10,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

que ha experimentado una disminución de 156,1 por 1.000 nacidos vivos en 1972 a 135,1 por 1.000 en 1980 (cuadro 2). Los problemas de diarreas y las enfermedades respiratorias agudas continúan siendo las causas más prevalentes.

En el período 1982-1983, las tasas de mortalidad infantil eran las siguientes: región hegemónica (departamentos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz) 215 por 1.000 nacidos vivos; regiones deprimidas (Oruro, Potosí y Chuquisaca) 188 por 1.000, y regiones atrasadas (Tarija y Beni) 160 por 1.000. La morta-

lidad de 1 a 4 años de edad muestra un mejoramiento ostensible puesto que de 15,8 por 1.000 en 1972 descendió a 10,9 por 1.000 en 1980. Estas tasas continúan siendo elevadas y denotan la necesidad de tomar acciones más eficaces.

En 1979, la tuberculosis continuaba causando el mayor número de defunciones y el grupo de edad más afectado correspondía a los mayores de 15 años. Le siguen en importancia las enteritis y otras enfermedades diarreicas, que tienen una incidencia mayor en los niños menores de 4 años.

Estado de salud

Salud del niño

Considerando las condiciones ecológicas que caracterizan a Bolivia, son diferentes los riesgos de salud a que están expuestos los diversos grupos poblacionales. No obstante, en general las enfermedades infecciosas en los niños menores de 5 años son un problema en todo el país, al igual que los riesgos natales y perinatales.

Durante el decenio de 1970, la notificación de poliomielitis se mantuvo en forma constante, en el orden de los 70 casos anuales. En 1983, la cobertura de vacunación con la tercera dosis llegó al 30% de la población susceptible y en ese año se presentaron siete casos de parálisis infantil. En 1984, la cobertura fue del 80% (669.309 niños vacunados) y no se ha denunciado ningún caso de parálisis infantil.

En cuanto al sarampión, que ocupaba el tercer lugar entre las causas de morbilidad general en el grupo de edad de 1 a 5 años, se vacunó al 28% de la población susceptible en 1983, año en que se presentaron 1.029 casos en todo el país. En 1984 se vacunaron 503.266 niños, o sea, el 62% de los niños susceptibles y se registraron 1.270 casos (cuadro 3).

Hasta fines de 1983 ninguna persona mayor de 12 años recibió vacuna DT, lo cual favoreció la incidencia cada vez mayor de tétanos neonatal. En los llanos y los valles la enfermedad causa una letalidad de alrededor del 70%. En 1984 se vacunaron 169.422 mujeres de 12 a 18 años de edad o sea el 56% del total programado.

La estrategia de movilización popular permitió mejorar radicalmente las coberturas vacunales en operativos ejecutados en un solo día, en todo el país.

CUADRO 3

Registro de casos de enfermedades prevenibles por inmunización, Bolivia, 1980-1984.

Enfermedad	Número de casos por año				
	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	48	15	10	7	-
Difteria	31	23	24	46	37
Tos ferina	2.377	3.944	1.387	1.007	1.443
Tétanos	177	172	91	86	43
Sarampión	3.581	6.279	720	1.029	1.270

Los datos que aparecen en el cuadro 3 permiten tener una idea sucinta de la efectividad de las actividades de vacunación.

Según algunas encuestas realizadas en 1980 y 1981 el 70% de la población sufre algún tipo de deficiencia nutricional. La desnutrición proteico-energética es la más frecuente; en niños menores de 5 años es del 88,0% en el altiplano, 77,1% en el valle, 58,4% en el llano, y un total del 79,5% para todo el área rural. En el ámbito urbano estos valores se distribuyen como sigue: 79,5% en La Paz, 63,0% en Cochabamba y 55,3% en Santa Cruz. La desnutrición aguda o de tercer grado, definida según los indicadores de peso y talla, alcanzaba 9,1% para el altiplano, 11,7% para el valle y 7,7% para el llano. En el área urbana era del 6,9% para La Paz, 10,5% para Cochabamba y 5,0% para Santa Cruz. La prevalencia del bocio endémico en la población escolar boliviana era del 60,8%; el departamento que presentaba mayor prevalencia era Chuquisaca (74,7%) y la menor era Pando (43%).

Problemas de salud que afectan a la población en general

Los datos obtenidos a través de una investigación nacional realizada durante el período 1979-1983 sobre la enfermedad de Chagas, indican que en el país el índice de infestación de casas por insectos del género *Triatoma* llegó al 26,3% y en Santa Cruz y Chuquisaca los índices alcanzaron el 100%. El principal vector de la enfermedad es el *Triatoma infestans*. El 27% de los triatomas estaban infectados por *Tripanosoma cruzi*, lo que representa un valor muy alto. Los resultados parciales de los estudios serológicos realizados en la población expuesta a riesgo

indican que del 30 al 45% tienen serología positiva. De estos, entre el 10 y el 20% presentan signos y síntomas de la enfermedad de Chagas, verificados a través de estudios electrocardiográficos.

La alta incidencia de la malaria constituye un problema en el país, no solo por el incremento del número de casos sino también por la presencia del *Plasmodium falciparum*, resistente a los medicamentos. Los datos muestran que la malaria no está homogéneamente distribuida en el país sino que concentra su incidencia en los departamentos de Beni, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca. Los casos registrados en el período 1981-1984 son los siguientes: 9.774 en 1981; 6.699 en 1982; 14.441 en 1983, y 16.388 en 1984. Además de la presencia de *P. falciparum*, continúa predominando el *P. vivax*, cuya proporción era del 92,0% en 1984. En noviembre de 1984 se ejecutó la primera movilización popular contra la malaria en el noreste del país, donde la ocurrencia de esa enfermedad había alcanzado proporciones epidémicas. Se ejecutaron acciones colectivas tendientes a eliminar los criaderos del vector y se logró administrar en forma masiva cloroquina y primaquina a la población mayor de 1 año. Se trataron 32.175 habitantes, o sea, el 86,8% de la población programada.

La fiebre amarilla es endémica en algunas áreas selváticas de Bolivia y se ha detectado solamente en los departamentos de Beni, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. Los datos disponibles revelan que en el período 1981-1984, el número de casos de fiebre amarilla selvática se distribuía así: 102 en 1981; 95 en 1982; 11 en 1983, y 5 en 1984.

La presencia del *Aedes aegypti* en la ciudad de Santa Cruz y la existencia de fiebre amarilla selvática en las regiones circundantes implicaban el riesgo de

que la fiebre amarilla se extendiera a las zonas urbanas. Así pues, se llevó adelante un programa de movilización popular de vacunación contra la fiebre amarilla en octubre y noviembre de 1983, que permitió lograr una cobertura de 92.394 habitantes, o sea, un 85,3% de la población programada en cinco áreas.

Hay otras enfermedades de importancia en la región, entre las que cabe mencionar la peste bubónica, que en el país tiene una característica migratoria. En los últimos cinco años se ha limitado a la región de Apolo en el norte del departamento de La Paz. Los casos registrados por los servicios que tienen a su cargo las actividades de control son: 21 en 1981; 24 en 1982; 21 en 1983, y 12 en 1984.

Los datos disponibles de rabia humana muestran la siguiente situación: 4 casos en 1981; 13 en 1982; 17 en 1983, y 5 en 1984. La Paz, Santa Cruz y Cochabamba son las ciudades de mayor incidencia de rabia humana y canina, y Tarija es la cuarta región en importancia en lo que se refiere a rabia canina.

La notificación de algunas enfermedades transmi-

sibles que solo representa una fracción de la realidad del país indica que las infecciones respiratorias agudas, registradas bajo el rubro influenza, siguen ocupando el primer lugar en el último decenio (cuadro 4). La tuberculosis pulmonar continúa siendo uno de los problemas de salud más importantes.

La silicosis es responsable de más de 12.000 casos anuales. De 1970 a 1980 murieron 3.398 mineros afectados de esta enfermedad, con un promedio de 363 muertes por año. En 1982, casi el 30% de los 4.924 retirados por enfermedad profesional sufrían de incapacidad total y permanente. En 1982, algunos estudios han demostrado que la frecuencia de accidentes alcanzó el 12,14% en los mineros y solo el 0,86% en el trabajador manufacturero. Los accidentes ocasionan generalmente una incapacidad temporal (10,4% en los mineros y 0,60% en los manufactureros) y son bastante raras las incapacidades permanentes parciales. Los accidentes mortales para la minería acusan un 0,14%, y no se produjo en 1982 ninguna defunción en la industria manufacturera.

CUADRO 4
Morbilidad por algunas enfermedades transmisibles, Bolivia.

Enfermedad	No. de casos
1970	
Influenza	16.775
Tuberculosis pulmonar	8.260
Malaria	6.400
Parotiditis	2.237
Blenorragia	1.212
Salmonelosis	1.194
Sífilis	1.074
Varicela	1.002
1981	
Influenza	55.386
Gastroenteritis	43.275
Tuberculosis	9.458
Parotiditis	7.379
Malaria	9.774
Salmonelosis	6.529
Varicela	3.291
Amebiasis	2.716

Fuente: Boletín Epidemiológico, División Nacional de Epidemiología, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Sistema de salud

A partir de 1982, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se ha trazado la política de aumentar el nivel de salud de la población, disminuir el riesgo de enfermar y morir, y contribuir a mejorar las condiciones y el nivel de salud. Para ello, ha llevado adelante un proceso de reestructuración del sistema de salud, orientándolo a la creación de un sistema único, que cuente con la participación de la comunidad dentro de un marco de articulación intersectorial interno y una amplia solidaridad internacional. De esta forma, se ha puesto en ejecución el Plan Integral de Actividades en Areas de Salud (PIAAS), que involucra la atención primaria y el desarrollo armónico de los otros dos niveles de atención. Dentro de este plan se piensa incluir programas de acción rápida, dirigidos a los binomios madre y niño, trabajador y medio ambiente. El PIAAS se define como el marco de referencia conceptual para el desarrollo de las políticas de salud y como instrumento de programación del área de salud. Las actividades de ejecución del PIAAS se iniciaron en marzo de 1984 con pruebas de campo en cuatro distritos sanitarios seleccionados teniendo en cuenta las características socioculturales y económicas que condicionan niveles de salud y enfermedad. Después de hacer los ajustes necesarios y definir la metodología de trabajo, se inició la acción en 150 áreas de salud en todo el país.

No se ha avanzado significativamente en la programación y puesta en marcha de la atención hospitalaria. Sin embargo, al identificar las restricciones críticas que obstaculizaron su desarrollo se pudieron definir pautas y criterios para iniciar el proceso de programación; por ejemplo, se ha iniciado la atención gratuita del parto en 15 centros de salud que, en su primera fase, ya cubría aproximadamente 30.000 partos.

También los centros infantiles populares tienen como objetivos solucionar los problemas relacionados con la atención y cuidado de los niños, fomentar la participación de la comunidad para el mejor aprovechamiento de sus recursos humanos y materiales, y capacitar a la comunidad y la familia para la educación y cuidado de los niños de 8 meses a 5 años. En la ciudad de La Paz hay seis centros ubicados preferentemente en zonas populares, donde imperan los riesgos para dicho grupo de edad. Por su parte, los centros infantiles de leche, que cubren actividades de mejoramiento de la nutrición de los niños comprendidos en ese mismo grupo, están ubicados en las

zonas urbanas más pobres del país; allí se distribuye la leche por intermedio de las amas de casa y los representantes populares de salud, con el apoyo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Ya se han instalado 341 centros en la ciudad de La Paz, distribuidos en siete distritos y se han atendido 78.000 niños.

Para enfrentar los problemas de diarreas el nuevo programa de unidades de rehidratación oral ha llevado a cabo campañas masivas de rehidratación, ha puesto en práctica mecanismos de educación del público y ha distribuido sales de rehidratación en 5.000 de esos servicios.

Entre las actividades de formación y capacitación del programa de desarrollo de recursos humanos cabe citar los cursos y seminarios para el personal auxiliar de los institutos y el adiestramiento de responsables populares de salud, dentro del marco de la participación popular. El apoyo de organismos internacionales como UNICEF y OPS/OMS ha sido significativo para este programa.

La incorporación de las actividades de comunicación social como estrategia de educación masiva de salud ha introducido un cambio fundamental en relación a los sistemas educativos tradicionales y ha contribuido fundamentalmente a que la población conozca los problemas de salud y a que participe en los programas de impacto inmediato.

En 1984 se ha creado el Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME), con la finalidad de proveer a la población de medicamentos básicos, a bajo costo. Se han efectuado importaciones a través de organismos internacionales; esto ha permitido abastecer a la población con medicamentos a precios mucho más bajos que los de farmacias privadas, y además, ha habido un ahorro considerable de divisas.

Los logros obtenidos ayudan a identificar los aspectos positivos que tienen su impacto en el estado de salud, en la actitud de la comunidad y en el desarrollo institucional. Si bien es cierto que por el momento no es posible disponer de indicadores que reflejen los efectos positivos de las acciones desarrolladas, puede señalarse que se han reducido de manera considerable los riesgos de enfermar y morir que afectan al grupo de edad más vulnerable, los niños menores de 1 año y de 1 a 5 años. Al propio tiempo, la comunidad ha aceptado plena y conscientemente intervenir en los comités departamentales y locales, que a veces cuentan con miles de participan-

tes. Reconoce el derecho a la salud y se organiza en campañas masivas para hacer frente a los problemas de salud locales. Esto implica un salto histórico del enunciado teórico a la práctica real, en la que halla expresión la coparticipación de la comunidad en la gestión del proceso de desarrollo de los servicios de salud.

En cuanto al desarrollo institucional, la organización funcional en núcleos representó un viraje radical de la organización tradicional, lo cual ha permitido la integración de esfuerzos y acciones para el

desarrollo eficiente de los programas y actividades. Este cambio institucional se refleja también en la organización de los sistemas de servicios que, con la regionalización en tres niveles de atención, se han ajustado y reubicado los recursos humanos de acuerdo con los programas prioritarios comprendidos en el plan integral de actividades de áreas de salud y en los establecimientos hospitalarios de nivel secundario. Este cambio institucional fue reconocido y apoyado plenamente por organismos internacionales.



Brasil

Contexto general

Análisis político, económico y social

Al comenzar el decenio de 1980 la economía brasileña entró en la peor crisis ocurrida desde la gran depresión de los años treinta, habiéndose registrado una baja de -1,9% en el producto interno en 1981 y de -3,9% en 1983. En cifras per cápita, el PIB bajó 12% desde 1980. Esos datos son aun más significativos si se tiene en cuenta el proceso económico de los años anteriores, ya que entre 1968 y 1973, el PIB aumentó un promedio anual del 11% y entre 1974 y 1979, un promedio del 6,9%. La crisis dependió en gran medida de las modificaciones de la política económica formuladas a finales del decenio de 1970 para ajustar la economía a las presiones de la situación internacional, tales como el aumento de los precios de los productos derivados del petróleo, el alza de los tipos de interés internacionales, las medidas recesivas y proteccionistas de los países industrializados y la drástica reducción de la entrada de capitales extranjeros. En 1983, por primera vez dejó de efectuar el Brasil todos los pagos de la deuda externa, que ascendió a más de US\$80.000 millones, y la inflación, con un índice del 211%, fue la mayor de su historia. El control de los salarios y la liberalización de los precios fueron algunas de las medidas económicas adoptadas en ese período. Un salario mínimo que permitía comprar 254 litros mensuales de leche en diciembre de 1981, alcanzaba apenas para 139 litros en agosto de 1983. De octubre de 1982 a octubre de 1983, el costo de la alimentación aumentó 224,5% y una persona que ganaba el equivalente hasta de tres salarios mínimos recibió un ajuste salarial solo del 113,8%. En el decenio de 1970 se

observó también una tendencia hacia la concentración de la distribución del ingreso, si bien no tan marcada como la ocurrida en el decenio anterior. Esa tendencia cobró nuevo impulso al iniciarse el decenio de 1980. La tendencia a la concentración fue más acentuada en las zonas rurales, donde el 1% más rico devengaba el 18,39% de los ingresos en 1981 en comparación con el 12,25% en 1979, al mismo tiempo que se reducía sustancialmente la participación del 50% más pobre. Los datos de la distribución del ingreso según el monto de este indican una tendencia semejante.

El porcentaje de trabajadores con ingresos hasta de un salario mínimo aumentó del 43,84% en 1979 al 47,68% en 1982. Cabe destacar que apenas el 8,76% de las personas ocupadas tuvieron ingresos superiores al equivalente de cinco salarios mínimos mensuales, o sea cerca de \$300, y devengaron en conjunto un poco menos del 50% de los ingresos totales de la población económicamente activa. Las diferencias regionales son acentuadas y basta mencionar que, según el censo de 1980, el 65% de las personas ocupadas en la región del nordeste tenían ingresos iguales o inferiores a un salario mínimo.

Los indicadores de empleo en las zonas metropolitanas reflejan más drásticamente los efectos de la crisis. En agosto de 1983, el índice de empleo de todas las regiones metropolitanas, excepto Belem y Brasilia, fue inferior al de 1980, situándose en promedio por debajo del nivel de base correspondiente a 1977. Entre 1979 y 1981 se observó una disminución del porcentaje de trabajadores en el mercado de trabajo estructurado cubiertos por el sistema de seguro social y demás servicios de protección jurídica y

económica. Como era de esperarse, se registró también una disminución del número de contribuyentes al sistema de previsión social en los sectores secundario y terciario, lo que demuestra que en ese período se redujo la protección ofrecida por el sistema de previsión social a los trabajadores urbanos. Ocurrió lo contrario con los trabajadores rurales. En resumen, puede afirmarse que la política económica de comienzos del decenio de 1980 se enfocó en la superación de la crisis de la balanza de pagos y la reducción del desequilibrio fiscal y de la inflación. Las crecientes dificultades para efectuar pagos externos y la disminución de las reservas internacionales limitaron la capacidad de importación en ese período; esto, sumado a las medidas destinadas a limitar la demanda interna por medio de la reducción del gasto público y el control de los salarios y de la liquidez, componen el cuadro recesivo general que caracteriza el proceso de ajuste de la economía brasileña en esa época.

Evidentemente, esa coyuntura de acentuada incertidumbre económica, inflación, desempleo y disminución del poder adquisitivo de grandes grupos de población tiene repercusiones negativas en la esfera social, pues se agravan las condiciones de vida de la mayor parte de la población, se crean barreras que impiden el acceso a bienes y servicios esenciales como alimentación, vivienda, educación y salud, y se hace difícil el establecimiento de políticas para redimir al país de la enorme deuda social acumulada. En ese período, las políticas sociales se caracterizan por medidas compensatorias de ayuda de emergencia y por la introducción de disposiciones racionalizadoras destinadas a controlar los gastos y a aumentar la eficiencia y productividad de los recursos y servicios.

En el aspecto político se encamina el proceso de democratización del país, que lleva a acentuar los conflictos y las contradicciones, ya que las medidas económicas de carácter recesivo chocan con las crecientes manifestaciones de sectores sociales cuya participación en la escena política estaba restringida hasta entonces.

Características demográficas

A partir del decenio de 1940 se observó un crecimiento acelerado de la población brasileña, que persistió hasta el decenio de 1970, debido básicamente al acentuado descenso de la mortalidad (de 20,9 por 1.000 habitantes entre 1940 y 1950 a 9,8 por 1.000 entre 1970 y 1980). De 1970 a 1980, la mortalidad prácticamente se estabilizó y la natalidad bajó de

38,7 a 33,0 por 1.000. En consecuencia, la tasa de crecimiento demográfico, que era del 2,9% anual entre 1950 y 1970, se redujo al 2,5% en el decenio de 1970. La modificación del comportamiento reproductivo de la población puede confirmarse por medio de la tasa de fecundidad global, que entre 1960 y 1970 se redujo de 6,3 a 5,7.

En cuanto a la distribución demográfica, el 68% de la población estaba concentrada en 1980 en los centros urbanos; esto permite estimar que en el año 2000 habrá más de 160 millones de habitantes en las ciudades, de los cuales el 80% corresponderá a concentraciones superiores a 20.000 habitantes y cerca de la mitad residirá en las 10 zonas metropolitanas de mayor importancia, inclusive Brasilia. En lo que respecta a la composición de la población por edad, los menores de 15 años, que en 1980 representaban el 37,4% de la población, constituirán solo cerca del 32% del total en el año 2000. El porcentaje de ancianos (60 años o más), que en 1980 correspondía al 6,5% de la población, llegará al 8% al finalizar el próximo decenio.

Estas modificaciones de la estructura demográfica, sumadas al envejecimiento, la distribución de la población y la urbanización, tendrán repercusiones para la salud. Por una parte, aumentará la población expuesta al riesgo de contraer enfermedades crónico-degenerativas y, por otra, se incrementará el número de casos de neurosis, alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo y de accidentes de toda clase como consecuencia del proceso de urbanización.

Mortalidad

Aunque se puede comprobar que algunos indicadores han mejorado, las condiciones de salud de la población brasileña se consideran insatisfactorias por varios motivos. En primer lugar, hay una evidente desproporción entre el panorama sanitario brasileño y el índice de crecimiento económico logrado por el país, como puede observarse al comparar el comportamiento de ciertos indicadores nacionales con el de los correspondientes a países con un grado de desarrollo idéntico o inferior al del Brasil. Por ejemplo, la mortalidad infantil, que asciende a 90 por 1.000 nacidos vivos, es un poco superior a la de muchos países cuyo ingreso per cápita es bastante inferior al brasileño. En segundo lugar, los indicadores nacionales medios ocultan acentuadas disparidades entre regiones y distintos grupos de población, en lo que se refiere al riesgo de enfermedad o defunción.

Entre 1970 y 1980, la esperanza media de vida al

nacer fue de 56,3 años para los hombres y de 62,8 para las mujeres. Pese a que en ese período el mayor aumento de la esperanza de vida se registró en las regiones norte y nordeste, la población de esta última vive, por lo común, unos 12 años menos que la de la región sur. Las desigualdades en la esperanza de vida son también evidentes al desagregar este indicador según el nivel de ingresos. Datos de 1976 indican que la esperanza de vida de las personas que reciben un salario mínimo se estima en 54,8 años, mientras que la de quienes reciben más de cinco salarios mínimos se acerca a los 70 años, en promedio, o sea unos 15 años más que las primeras. Esta cifra se aproxima mucho a la alcanzada en los países más desarrollados.

La mortalidad por grupo de causas refleja también las diferencias de las condiciones socioeconómicas y la composición de la población por edad entre una y otra región del país. Por ejemplo, las enfermedades del aparato circulatorio y las neoplasias son más frecuentes en las regiones más adelantadas y las enfermedades transmisibles y las afecciones mal definidas en las menos desarrolladas (cuadro 1).

Al desagregar la mortalidad por enfermedades transmisibles según la región se confirman en forma inequívoca las disparidades regionales y las diferencias de esperanza de vida entre los sectores más pobres y los más prósperos. En 1980, en lo que se refiere a todo el país, las defunciones por enfermedades transmisibles fueron inferiores al 15%; en las

regiones sur y sudeste esa cifra bajó al 8,0 y 9,1%, respectivamente, en el norte aumentó al 26,0% y en el nordeste a 21,0%.

En ese mismo año, las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron más del 34% de las defunciones de niños de 1 a 4 años y más de dos terceras partes de las del grupo menor de 1 año, si se suman las causas perinatales. Las causas externas predominaron en los grupos de 5 a 19 y de 20 a 49 años (50,7 y 33,8%, respectivamente), y en este último grupo fueron seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio. Estas causaron más de la mitad (54,5%) de las defunciones de personas mayores de 50 años (cuadro 2). Pese al elevado porcentaje de defunciones clasificadas como signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, que llegó al 21,5% en 1980, las enfermedades del aparato circulatorio y los neoplasmas representaron por lo menos una tercera parte de las defunciones registradas. Los datos presentados ofrecen apenas una aproximación del patrón de mortalidad de la población brasileña, debido a problemas de cantidad (registro y notificación insuficientes) y calidad de la información que aún no es satisfactoria, como lo confirma el elevado porcentaje de defunciones clasificadas en el grupo de causas mal definidas.

Si no se dispone de información directa o más amplia, la carga que representa la mortalidad ocasionada por las enfermedades cronicodegenerativas puede determinarse indirectamente por su importan-

CUADRO 1

Porcentajes de mortalidad por grupos de causas, excluidas las causas mal definidas, (CIE, 9a Revisión), en las grandes regiones del Brasil, 1980.

Grupos de causas	Porcentaje por grandes regiones					
	Brasil	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro/oeste	Norte
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14,8	21,0	9,1	8,0	14,8	26,0
Neoplasmas	9,5	7,4	10,8	13,3	8,7	7,1
Enfermedades del aparato circulatorio	29,4	24,3	34,5	35,7	26,1	19,5
Enfermedades del aparato respiratorio	9,8	9,3	10,6	9,9	9,3	8,2
Causas perinatales	9,2	9,8	8,8	7,0	9,1	12,4
Causas externas	12,2	12,3	11,1	12,4	17,2	13,3
Todas las demás	15,1	15,9	15,1	13,7	14,8	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mal definidas	21,5	48,6	9,6	15,1	16,3	26,9

Fuente: División Nacional de Epidemiología/SNABS/MS. En: Estrutura da Mortalidade em 1980, Cuadro II, Proyecto Radis, Conjunto de datos 6, año I, noviembre de 1983.

CUADRO 2

Porcentajes de mortalidad por grupos de causas (excluidas las causas mal definidas), según grupos de edad (excluidas las edades indeterminadas), Brasil, 1980.

Grupos de causas	Porcentajes por grupo de edad					
	Menos de 1 año	1-4 años	5-19 años	20-49 años	50 años y más	Todas las edades
Enfermedades infecciosas y parasitarias	28,7	34,7	9,4	7,7	3,9	14,8
Neoplasias	0,2	3,1	7,6	10,6	16,0	9,5
Enfermedades del aparato circulatorio	0,7	2,3	7,2	24,3	54,5	29,4
Enfermedades del aparato respiratorio	15,4	25,8	7,5	5,4	8,5	9,8
Causas perinatales	38,3	0,1	0,0	0,0	0,0	9,2
Causas externas	0,7	12,2	50,7	33,8	4,7	12,2
Todas las demás	16,0	21,8	17,6	18,2	12,4	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mal definidas	25,1	36,2	16,5	15,0	20,9	21,5

Fuente: División Nacional de Epidemiología/SNABS/MS. En: Estrutura da Mortalidade em 1980, Cuadro V, Proyecto Radis, Conjunto de datos 6, año I, noviembre de 1983.

cia como causa de jubilación por invalidez, dentro del marco del régimen de previsión social. En 1979, las enfermedades del aparato circulatorio causaron cerca del 32% de los casos de jubilación concedida; las enfermedades mentales el 18%, las enfermedades del sistema osteomuscular el 17,6% y las enfermedades infecciosas y parasitarias el 10%.

Por último, el panorama es insatisfactorio porque, a pesar del aumento de los recursos materiales y humanos y del gasto en salud, ocurren todavía, por

ejemplo, más de 100.000 casos anuales de enfermedades inmunoprevenibles y, a causa de problemas políticos e institucionales de distribución y eficiencia de los servicios, quedan sin atender los problemas de salud más sencillos de una gran parte de la población.

En 1981 se contabilizaron 219.664 defunciones de menores de 15 años con una mortalidad proporcional del 23,1% para menores de 1 año, y del 4,1% para los niños de 1 a 4 años.

Estado de salud

Salud del niño

Datos del Ministerio de Salud correspondientes a 1980 revelaron que las tasas de mortalidad infantil eran de 87,3 por 1.000 nacidos vivos, con variaciones entre 130 por 1.000 en la región nordeste y 55 por 1.000 en la región sur. Entre los estados también se encontraron diferencias; en 1983, las tasas eran de 27,9 por 1.000 nacidos vivos en el Distrito Federal, 37,8 en Goiás y 116,0 en Ceará. No obstante, se ha comprobado que la mortalidad infantil está disminuyendo en las capitales. Por ejemplo, en la zona me-

tropolitana de Rio de Janeiro la tasa disminuyó de 78,0 a 50,0 entre 1976 y 1983, y en la de São Paulo, de 89,2 a 43,6 entre 1973 y 1983. Las cinco primeras causas de defunción en menores de 1 año registradas en 1981 fueron las enfermedades originadas en el período perinatal, las infecciones intestinales, la neumonía, las deficiencias nutricionales y las anomalías congénitas. En niños de 1 a 4 años, esas causas fueron la neumonía, las infecciones intestinales, los accidentes, las deficiencias nutricionales y el sarampión.

En 1981, las enfermedades diarreicas, las respiratorias agudas, las inmunoprevenibles y las deficien-

cias nutricionales causaron, en conjunto, el 42,1% de las defunciones de niños menores de 1 año y el 61,0% de las de los niños de 1 a 4 años, cifras que representan un total de 4 millones de años de vida perdidos. La mortalidad proporcional por infecciones intestinales en menores de 4 años en la región nordeste es casi el triple de la observada en la región sur, lo que indica la existencia de patrones epidemiológicos muy diferentes en el país.

Con respecto a las enfermedades prevenibles por inmunización, la cobertura de menores de 1 año con las vacunas antisarampionosa y DPT en 1984 revela también disparidades regionales, observándose en la región sur el 100% de cobertura con la vacuna antisarampionosa y el 79,4% con la DPT, en comparación con el 70,7 y el 55,9%, respectivamente, en el nordeste (cuadro 3). En ese sentido, hubo una notable mejora en lo que se refiere al aumento de la cobertura y la reducción de las desigualdades ya que en 1980, mientras que en las regiones sudeste y sur se inmunizó a alrededor del 80% de los menores de 1 año contra el sarampión, esa proporción fue apenas del 25,7% en el nordeste.

En poblaciones menores de 6 años, los datos de las investigaciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y del Estudio Nacional de Gastos Familiares (1974-1975) señalan diferencias importantes en el grado de desnutrición. En las zonas urbanas la desnutrición afectó al 37,5% de la población infantil de São Paulo y al 61,0% de la del nordeste. En las zonas rurales, esas cifras fueron del 49,0% y 71,0%, respectivamente. En lo que respecta a las infecciones, los trastornos respiratorios agudos constituyen el 25,0% de las consultas atendidas en establecimientos oficiales de Pará, el 31,0% en Rio de Janeiro y el 17,2% en Rio Grande do Sul.

Cabe señalar que las necesidades y los problemas de salud del grupo de menores de 15 años son graves a causa de factores como el índice de urbanización y movilidad de la población, el monto del ingreso familiar, la escolaridad de la madre, la disponibilidad y el grado de desarrollo de los servicios de salud y la dificultad de acceso a estos y, en particular, los diferentes grados de desnutrición. Aunque la movilidad en este grupo no está bien documentada, los problemas nutricionales son enormes. Se estima que el 8,5% de los niños padecen de insuficiencia ponderal al nacer, y se registran variaciones regionales que alcanzan al 12,4% en el norte y 14,5% en el nordeste. Según el censo de 1980, la población de menores de 15 años era de 45,5 millones de habitantes, o sea, el 38,2% del total. Se estima que en 1985 la cifra será superior a 49,4 millones y, según las proyecciones, en el año 2000 serán más de 59,9 millones.

Salud del adulto

Según el censo de 1980, las mujeres de edad fértil de 15 a 44 años constituyen el 23,1% de la población (27,5 millones). En 1985, esa proporción aumentó al 23,4% (31,7 millones). Las estimaciones para el año 2000 indican que este grupo representará el 24,0% del total de la población (43,1 millones). Si se incluye en el grupo a las mujeres de 45 a 49 años, esos porcentajes aumentarían a 25,1, 25,4 y 26,6, respectivamente.

El análisis de mortalidad del grupo de 15 a 49 años, efectuado utilizando los años de vida potencial perdidos, muestran una preponderancia, en orden descendente, de enfermedades cerebrovasculares (109.317 años perdidos), neumonía (106.015), causas

CUADRO 3

Cobertura de inmunización de menores de 1 año con vacunas antisarampionosa (AS) y DPT en las distintas regiones del Brasil, 1980-1984.

Región	1980		1981		1982		1983		1984 ^a	
	AS	DPT	AS	DPT	AS	DPT	AS	DPT	AS	DPT
Norte	28,6	16,4	59,2	16,2	56,0	71,9	48,6	35,6	77,1	53,3
Nordeste	25,7	15,3	62,0	19,3	37,6	22,3	51,0	37,4	70,7	55,9
Sudeste	80,5	66,6	85,1	74,3	88,7	68,5	84,4	79,9	88,1	68,0
Sur	82,2	36,2	84,6	60,7	93,6	71,6	84,4	80,9	100,0	79,4
Centro-oeste	48,0	33,0	48,3	30,3	51,2	34,6	58,4	43,0	94,8	77,8
Brasil	56,4	39,5	73,1	47,2	67,5	51,4	69,0	60,3	87,5	65,0

^a Primer semestre, aplicación ordinaria y en campaña.

Fuente: Ministerio de Salud/SNABS/DNES.

obstétricas (87.150), accidentes (80.617) y cáncer ginecológico (77.055).

Se estima que en 1980 la mortalidad por causas obstétricas fue de 70,3 por 100.000 nacidos vivos; las cinco primeras causas de defunción fueron la hipertensión que representó 29,6% del total, la hemorragia 20,4%, la infección puerperal 10,6%, el aborto 8,6% y otras complicaciones 4,4%. El 26,4% restante se atribuye a otras causas.

En comparación con las estimaciones para 1985 y el año 2000, las cifras obtenidas en el censo de 1980 sobre la población de adolescentes y jóvenes muestran un crecimiento en números absolutos y una disminución proporcional de su contribución al total de la población. En 1980, el grupo de adolescentes de 10 a 19 años fue de 27,8 millones (23,4% de la población), en tanto que el grupo de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fue de 39,4 millones (33,1%). En 1985, las cifras correspondientes fueron: 28,9 millones (21,3%) y 42,5 millones (31,3%), y en el año 2000 las cifras serán: 36,1 millones (20,1%) y 52,2 millones (29,1%). Las mujeres adolescentes representaron un poco menos del 50% de esta población. Sus principales problemas son los accidentes, los tumores, la neumonía y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

Las proyecciones de la población de adolescentes y jóvenes para el período comprendido entre 1985 y el año 2000 indican un aumento en números absolutos de cerca de 10 millones de habitantes y una disminución con respecto al total de la población del 31,3 al 29,1%. Al conjunto de estas causas se atribuye cerca de un tercio del total de años de vida potencial perdidos por muertes de mujeres adolescentes.

El examen de la información preliminar correspondiente a 1982 revela que el país se encuentra en una época de transición epidemiológica, en la que predominan las defunciones por enfermedades cronicodegenerativas. La hipertensión arterial afecta a cerca del 15% de la población adulta. Se estima que la mitad de las personas hipertensas no saben que están en ese estado y que solo una de cada ocho de las que lo saben siguen el tratamiento recomendado. En 1981, los tumores se convirtieron en la tercera causa de defunción, después de las enfermedades cardiovasculares, las infecciosas y las parasitarias, y afectaron al 15% de la población del sur y al 8% de la del nordeste. El cáncer de la piel ocupa el primer lugar en la distribución relativa de la localización de neoplasias más frecuentes entre los adultos, seguido del cáncer del cuello uterino, de mama, del estómago y de la boca. En 1981, los tumores malignos ocasionaron 61.756 defunciones de adultos y los accidentes dejaron un saldo de 35.793 defunciones, cuya

causa principal fueron los accidentes de tránsito, a los que se atribuyen 19.161 muertes (3,2% del total). En ese mismo año, los trastornos mentales causaron 2.017 defunciones, de las cuales 1.556 fueron por alcoholismo.

En lo concerniente a las personas de edad avanzada, según el censo demográfico de 1980, la población de ancianos era del 6,5% del total y se estima en 8,0% para el final del próximo decenio. Se observa que esa porción de la población aumentó 4,6 veces en comparación con las cifras del censo de 1940.

Las características de esta población que ha llegado a la tercera edad son el envejecimiento social (jubilación, reducción del ingreso familiar, falta de capacidad de trabajo, asexualidad y falta de creatividad) y el envejecimiento biológico (disminución de la agudeza visual y auditiva y tendencia a la pluripatología y a la polifarmacia). Además, esa población se ve afectada por patologías incapacitantes, especialmente las relacionadas con accidentes vasculares encefálicos y fracturas de las extremidades del fémur (estimadas en 25.000 anuales) y otras. Por último, cerca de una tercera parte de las personas mayores de 65 años presentan alguna forma de enfermedad mental. En 1981 ocurrieron 251.397 defunciones de personas mayores de 65 años, o sea el 33,5% del total de defunciones de ese año. Las causas de defunción más comunes en ese grupo fueron las enfermedades cardiovasculares (112.510 defunciones), que representaron el 44,7% del total registrado en el mismo, seguidas de los neoplasmas (26.541 defunciones), que correspondieron al 10,5% del total.

Problemas de salud que afectan a la población en general

La zona malárica cubre 6,9 millones de km², o sea el 81% del territorio nacional, especialmente de la Amazonia legalmente delimitada. Los casos notificados aumentaron de 197.000 a 378.000 entre 1981 y 1984. En 1979 había en las zonas endémicas 48 millones de personas, de los cuales el 28% estaba en zonas en fase de ataque y el 72% en zonas en fase de vigilancia. En 1984, esa población era de 56 millones, con proporciones de 25 y 75%, respectivamente.

La enfermedad de Chagas, cuya prevalencia se extiende al 4,2% de la población rural, afecta a cerca de 2 millones de personas, cubre el 23% del territorio brasileño y es causa importante de mortalidad, ya que ocupa el cuarto lugar entre las principales enfermedades infecciosas y parasitarias. Actualmente, el programa de control se extiende al 100% de la zona endémica y se prevé que al realizarlo en forma regular se podrá combatir mejor esa enfermedad.

La esquistosomiasis intestinal, cuya prevalencia es

de 6 millones de casos, puede representar un peligro para cerca de 40 millones de personas residentes en el 11% del territorio nacional. Las actividades de control se limitan a las zonas de mayor endemicidad y a zonas focales, con el objetivo de disminuir las posibilidades de expansión de esa endemia.

En las regiones norte y centro-oeste y una estrecha faja occidental del Estado de Maranhão, la fiebre amarilla selvática se presenta en forma endémica. La transmisión urbana se erradicó del territorio nacional desde 1943 pero ha ocurrido reinfestación con el vector *Aedes aegypti* en los estados de Rio de Janeiro, Bahia, Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará y São Paulo.

La leishmaniasis visceral se ha propagado por varios estados brasileños principalmente del nordeste, tales como los de Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco y Bahia. Hubo un período de notable disminución de la prevalencia de la leishmaniasis visceral humana a causa de las intensivas campañas de control realizadas en decenios pasados. No obstante, se observa un recrudecimiento de esta endemia al haber suprimido casi totalmente las actividades profilácticas. La leishmaniasis cutaneomucosa americana cubre una extensa zona del Brasil, en especial en las regiones norte y nordeste. Por sus características epidemiológicas es una endemia difícil de controlar, y no existe ningún programa para ese fin.

En el país hay varias zonas afectadas por la peste—estados de Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais y Rio de Janeiro—donde se encuentra firmemente arraigada y exige medidas permanentes de vigilancia y control. Sin embargo, los casos notificados indican una reducción de la enfermedad.

En el cuadro 4 se presentan datos sobre la incidencia de estas y otras enfermedades transmisibles en el país.

Salud ambiental

Según los datos obtenidos en la encuesta nacional por muestra de domicilios en 1983, de un total de 28.165.000 domicilios, el 93,7% de los urbanos y el 67,2% de los rurales disponían de abastecimiento de agua proveniente de fuentes que se consideraban adecuadas (red de acueducto, pozo o manantial). En lo que respecta a la eliminación de excretas, el 60,4% de los domicilios urbanos presentaba condiciones adecuadas (red general o foso séptico) mientras que la cifra correspondiente a los rurales era solo del 6,5%. Cuando los datos se desglosan por macrorregiones presentan como situaciones extremas las de las regiones sur y sudeste, donde más del 98,0% de los domicilios urbanos y el 90,0% de los rurales tienen sistemas adecuados de abastecimiento de agua y el 60,0% de la población dispone de servicios de alcantarillado, y las de la región nordeste, donde apenas el 77,3% de los domicilios de las zonas urbanas tienen sistemas adecuados de abastecimiento de agua y el 28,1%, de evacuación de excretas. Cuando se analizan las zonas rurales del nordeste, el cuadro ofrece resultados aun más desalentadores: solo el 36,8% de los domicilios tiene sistemas adecuados de saneamiento básico en lo que respecta al abastecimiento de agua, y la cifra correspondiente a evacuación de excretas es apenas del 2,3%.

Se estima que el déficit de viviendas es de 10 millones y que en las zonas donde la enfermedad de Chagas es endémica existen cerca de 1 millón de viviendas cuyas precarias condiciones favorecen la transmisión de la enfermedad. Por último, cabe mencionar la contaminación industrial y el uso irrestricto de sustancias químicas en la agricultura, que son perjudiciales para el medio ambiente y tienen repercusiones sanitarias cada vez más importantes.

Sistema de salud

En el Brasil, la asistencia sanitaria se presta por medio de una estructura orgánica en la que el Estado, particularmente a nivel federal, figura como principal financiador, con impuestos y aportaciones del sistema de previsión social, y participa cada vez menos en la ejecución de las actividades de atención particular, por lo que se observa predominio de las medidas colectivas. En lo que a eso respecta, se afianza cada vez más la posición de los productores nacionales privados como principales proveedores

de asistencia médica y de los productores internacionales particulares como principales proveedores de insumos básicos, en especial de medicamentos y equipos. A consecuencia de ese modelo de organización y en función de circunstancias históricas y políticas que permitieron imponer los intereses de los grupos sociales privilegiados, se consolidó paulatinamente una serie de irregularidades de los servicios en relación con las necesidades y demandas de salud que deberían atender. Entre esos problemas, en cuya

CUADRO 4
Casos notificados de algunas enfermedades transmisibles, Brasil, 1969-1984.

Enfermedades notificadas	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Fiebre amarilla	4	2	11	9	70	13	1	1	9	21	12	27	22	24	6	45
Peste	293	101	146	169	152	290	496	97	1	11	-	98	58	85	82	37
Lepra	5.618	5.470	5.950	6.411	6.831	8.199	9.300	9.647	9.539	11.993	14.375	14.515	16.959	16.994	19.023	18.326
Tuberculosis	39.198	36.510	35.871	36.312	45.665	46.987	53.419	51.301	54.552	57.821	65.062	70.596	86.411	87.824	86.617	88.376
Malaria	53.887	52.469	76.752	82.421	76.112	64.320	88.630	86.437	101.081	117.267	144.215	169.871	197.149	221.939	297.687	378.257
Difteria	4.355	6.215	4.872	5.002	5.380	3.636	4.004	4.887	5.685	5.021	4.546	4.646	3.846	3.297	3.369	2.860
Fiebre tifoidea	3.372	3.722	3.672	4.292	3.895	3.395	3.385	3.797	5.147	3.016	3.967	4.691	3.967	3.825	3.885	4.689
Sarampión	34.919	35.512	46.600	39.476	51.339	20.061	19.764	73.631	54.410	51.345	65.552	99.263	61.281	39.370	58.259	80.875
Poliomielitis	1.171	2.391	2.400	1.565	1.820	1.191	3.596	2.455	2.370	1.709	2.564	1.290	122	69	45	130 ^a
Tétanos	2.547	2.501	1.962	2.051	2.524	1.819	1.957	3.006	3.273	3.218	2.917	3.098	2.940	2.810	2.858	2.800
accidental	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1.977	2.098	2.158
neonatal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	572	706	602
causa desconocida	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rabia humana	114	121	112	103	107	129	120	99	141	141	150	168	139	125	101	87
Tos ferina	...	...	...	...	...	...	18.772	28.607	33.104	34.203	33.123	45.752	42.247	54.766	26.300	19.221
Enfermedad meningocócica	...	208	629	1.702	5.067	31.486	9.632	2.768	2.299	2.665	2.139	1.568	1.229	1.192	1.456 ^a	995 ^a
Meningitis en general	...	2.088	3.536	4.987	16.546	80.986	25.442	17.362	15.513	17.873	15.587	13.635	13.810	15.378	6.638 ^a	17.577 ^a
Leishmaniasis cutaneomucosa	1.377	2.481	3.498	3.064	2.815	3.056	2.526	5.561	3.013	2.557	3.273	4.099	5.162	4.821	5.009	6.335
Leishmaniasis visceral	230	209	161	198	163	192	138	93	61	85	85	150	305	1.092	1.124	1.911

Fuentes: Secretaría de Salud de las Unidades Federadas; División Nacional de Epidemiología/SNABS/MS; División de Epidemiología/FSESP/MS; División Nacional de Neumología Sanitaria/SNPES/MS; División Nacional de Dermatología Sanitaria/SNPES/MS; Ministerio de Salud/SUCAM.
... Ausencia de datos; - Ausencia de casos; ^a Datos sujetos a revisión.

solución se concentran los esfuerzos del gobierno en el campo de la salud, se destacan por su importancia los siguientes:

Desigualdad de acceso a los servicios de salud.

El reconocimiento de la salud como derecho inalienable de todo ciudadano y como deber del Estado, que es la piedra angular de la política de salud del gobierno, se traduce en la universalización y equidad en lo que respecta al acceso a los servicios de salud. La situación actual dista mucho de ese objetivo. En general, se observa una baja cobertura de los servicios de atención de salud y se estima que una tercera parte de la población carece de acceso regular a los mismos. Además, son marcadas las disparidades existentes entre las regiones y los grupos sociales.

Al analizar el consumo de servicios médicos prestados por el Instituto Nacional de Asistencia Médica del Sistema de Previsión Social (INAMPS) en 1983, se observa que el 10,52% de la población urbana y solo el 6,56% de la rural tuvieron acceso a la asistencia hospitalaria. El número de consultas médicas anuales por habitante ascendió a 2,15 en las zonas urbanas y a 0,56 en las rurales. A nivel regional, mientras que en el nordeste los servicios de hospitalización estuvieron al alcance del 5,96% de la población y se realizaron 1,05 consultas anuales por habitante, en el sudeste esas cifras fueron del 13,11% y 1,75 consultas, respectivamente.

El 25% de las mujeres embarazadas de todo el país no recibe ninguna clase de atención prenatal y solo el 40% acude a seis o más consultas médicas durante el embarazo. En el sector rural, más del 50% de las mujeres embarazadas no recibe ninguna clase de atención prenatal. Cerca del 27% de los partos se atiende fuera del hospital.

Aunque en 1984 apenas el 2,8% de cerca de 4.000 municipios brasileños no disponía de ningún establecimiento de salud, sigue observándose una evidente concentración de la oferta de servicios. La proporción de camas por 1.000 habitantes es superior a cuatro en São Paulo e inferior a dos en algunos estados del nordeste, siendo el promedio nacional de 3,44 camas. La distribución es más equitativa en la red de servicios ambulatorios, ya que el 64% de los consultorios están instalados en las regiones sur y sudeste (donde reside el 60% de la población) y el 36% en las demás regiones. La distribución de médicos revela el mismo patrón de disparidad regional y, por ejemplo, se observa que solo el 19,2% de los médicos reside en la región del nordeste que tiene el 29,3% de la población, y que esa cifra es del 55,0% en la del sudeste, en la que se concentra el 43,4% de la población (cuadro 5).

Incompatibilidad de los servicios con la estructura de las necesidades. La situación de salud del Brasil, además de revelar grandes desigualdades entre los distintos grupos sociales, presenta perfiles de

CUADRO 5

Distribución porcentual de los médicos y de la población brasileña según las macrorregiones fisiográficas, Brasil, 1970 y 1980.

Macrorregiones fisiográficas del Brasil	Distribución de los médicos y de la población			
	1970		1980	
	% médicos	% población	% médicos	% población
Total (100%)	(45.113)	(93.139.000)	(101.793)	(119.099.000)
Norte	0,7	3,9	2,6	4,2
Nordeste	17,6	30,2	19,2	29,3
Sudeste	63,6	42,8	55,0	43,4
Sur	15,6	17,7	18,3	15,0
Centro-oeste	2,5	5,4	4,9	8,1

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Censo demográfico de 1970 y 1980 y ENSP/FIOCRUZ. Investigaciones sobre recursos humanos para la salud en el Brasil.

morbilidad y mortalidad propios de las naciones más adelantadas y de las más subdesarrolladas. Este panorama sanitario exige una organización de la asistencia sanitaria en la que se tenga en cuenta su complejidad, abordando principalmente los problemas de salud más comunes. La escala de prioridades que siempre se ha adoptado revela, sin embargo, que se prefieren los procedimientos terapéuticos de costo más elevado, lo que va en detrimento de medidas de prevención y fomento que tienen un mayor efecto en las condiciones de salud de amplios sectores de la población. Mientras que hace 30 años apenas el 13% de los recursos federales destinados al sector se asignaba a asistencia medicohospitalaria, a comienzos del decenio de 1980 ese porcentaje ascendió al 85%. Si esa opción permitió triplicar la cobertura hospitalaria en el decenio de 1970, en el mismo período llevó al estancamiento y aun a la limitación de ciertas medidas prioritarias como las de control de las enfermedades endémicas. En 1984, el monto de los recursos federales desembolsados para fines de atención medicohospitalaria fue 23 veces superior al de los gastos en servicios básicos de salud y 37 veces superior al de los de control de las enfermedades transmisibles.

Baja productividad de los recursos existentes, crecimiento amplio y descontrolado de los costos y calidad insatisfactoria de los servicios. El país dispone de recursos asistenciales que se pueden considerar satisfactorios en términos cuantitativos; por ejemplo, en 1980 había cerca de 500.000 camas hospitalarias y 102.000 médicos para una población aproximada de 120 millones de habitantes. Pese a ello, la productividad de esos recursos y la calidad de la asistencia prestada distan mucho de ser lo que podría esperarse. La capacidad inutilizada de la red pública de servicios se estima en 40%, lo que se deriva principalmente de la expansión de servicios mal localizados, de la multiplicidad de instituciones que funcionan sin ninguna coordinación, y del anacronismo de los procedimientos administrativos.

La baja productividad, la incorporación desacerada e indiscriminada de complejos procedimientos tecnológicos y las irregularidades de naturaleza ética ocasionan un aumento progresivo y descontrolado de los costos de la asistencia. A eso se suma el mal funcionamiento de los servicios y la calidad insatisfactoria de la asistencia prestada. Los consumidores sufren las consecuencias de las dificultades de acceso, el poco poder resolutivo de la atención, la insatisfacción de los profesionales de salud con la baja remuneración y las precarias condiciones de trabajo y la insuficiencia e irregularidad de la distribución de medicamentos esenciales y terminan por gastar

sus propios recursos para compensar muchas de las faltas aquí citadas.

Estructura inadecuada del financiamiento sectorial. Aunque no se disponga de información precisa en cuanto al monto de los gastos en asistencia sanitaria, se estima que en 1982 representaron el 5,5% del producto nacional bruto. Cerca del 70% de esos recursos provino de fuentes públicas; dos terceras partes de esa cifra corresponden a recaudación para fines de previsión social y el resto representa impuestos directos e indirectos. Como se observa en el cuadro 6, son diversos los problemas que se desprenden de esa situación. Por su incidencia en la nómina de salarios, la contribución para fines de previsión social castiga a las empresas que utilizan mano de obra intensiva porque encarece el costo de la fuerza de trabajo y, al mismo tiempo, deja de incidir proporcionalmente en las empresas que hacen uso intensivo de capital y que pertenecen a los sectores más dinámicos de la economía. Por otro lado, la forma de recaudación para fines de previsión social es extremadamente vulnerable en épocas de recesión económica por la fluctuación del índice de empleo cuando la demanda de atención de salud suele aumentar.

Los recursos públicos para asistencia sanitaria provenientes de impuestos están sumamente concentrados y se ven afectados por la propia regresividad del sistema tributario. La participación federal representa cerca del 61% de los desembolsos por concepto de salud, la de las fuentes estatales el 29%, y la de las municipales cerca del 10%. Entre las fuentes privadas, de las que proviene cerca de un tercio de los recursos para atención de salud, se destacan por su importancia los gastos personales que corresponden a la mitad de esos recursos. Es probable que esa participación tienda a crecer a consecuencia de la disminución del gasto público, lo que parece ser evidente con el aumento de la cobertura del seguro médico particular en los últimos años. La participación de los gastos personales tiene también características regresivas en la medida en que la población de menores ingresos gasta relativamente más en salud que la más favorecida y las poblaciones rurales desembolsan proporcionalmente más que las urbanas. Además, según datos de 1981, el porcentaje de ingreso anual gastado en servicios de atención hospitalaria por las personas cuyo presupuesto familiar ascendía solo a un salario mínimo era del 27,7% y el gastado por las personas que devengaban más de cinco salarios mínimos, del 3,4%.

Falta de integración de las medidas sanitarias y diversidad exagerada de las formas de producción

y remuneración de servicios. En lugar de haber integración de las actividades de prevención, fomento y recuperación de la salud, como forma de incrementar la eficacia y eficiencia de los servicios, en el Brasil todo ocurre como si hubieran dos redes de servicios que trabajan aisladamente: las actividades preventivas de alcance colectivo se restringen casi por completo a la red pública, y las curativas de alcance individual se limitan a la red privada. Por una parte, el funcionamiento de la red pública de unidades de atención de salud es por lo general precario en lo que respecta a las actividades de atención primaria; esa precariedad es más acentuada en los puestos de salud situados en las zonas rurales que en los centros de salud urbanos. Por otra parte, la prestación de asistencia médica particular acusó una rápida expansión pues prácticamente se quintuplicó el número de consultas médicas y de hospitalizaciones en el sistema de previsión social entre 1970 y 1981. En 1950 había 162.515 camas hospitalarias distribuidas en forma equitativa entre los establecimientos públicos y privados; en 1980 había cerca de 500.000 camas, de las cuales el 75% pertenecía al

sector privado. El segmento lucrativo de ese sector acusó la expansión más rápida, habida cuenta de que en 1960 correspondía al 14% de las camas privadas, y en 1975 al 45%. La asistencia privada está organizada de las formas más diversas y comprende desde médicos liberales que trabajan aisladamente en sus consultorios y clínicas hasta grandes empresas médicas, pasando por diversas modalidades intermedias, cooperativas y asociaciones. Las políticas del gobierno han favorecido las actividades empresariales del sector por medio de facilidades fiscales y crediticias, garantía de mercado y expansión de la oferta de profesionales de salud.

La pluralidad de las modalidades asistenciales, la diversidad de la composición técnica de la atención médica que admite distintas modalidades para atender una misma enfermedad, las diversas formas de remuneración, como el pago directo al consumidor, los distintos programas de seguro y de asistencia social y las varias formas de compra o venta de servicios que emplean el INAMPS y el sector privado son las principales causas de la insuficiencia de las previsiones presupuestarias del sector; la baja producti-

CUADRO 6

Distribución del gasto del sector salud según fuentes de financiamiento, Brasil, 1982. Estimaciones preliminares.

Fuentes de financiamiento	Gasto	
	Cr\$1.000.000 ^a	(%)
Públicas	1.178.975	71,5
Federales	722.356	43,8
Recursos del erario	111.930	6,8
Prevención social	610.426	37,0
Estatales	336.875	20,4
Recursos del erario	204.828	12,4
Prevención social	132.047	8,0
Municipales	119.744	7,3
Recursos del erario	88.369	5,4
Prevención social	31.375	1,9
Privadas	468.995	28,5
Personas físicas	272.980	16,5
Sistemas empresariales	103.473	6,3
Sistemas de seguridad	47.058	2,9
Sistemas sindicales	34.673	2,1
Entidades filantrópicas	10.811	0,7
Total	1.647.970	100,0

^a US\$1 = Cr\$175.

Fuente: Acuerdo MS/MPAS/MEC/OPS para el Programa de Investigaciones en Servicios de Salud.

vidad y la diversidad del acceso. La clase médica se queja de la baja remuneración y presiona por jornadas de trabajo más cortas y por el desempeño simultáneo de dos o más empleos tanto públicos como privados. La falta de planes adecuados de cargos y salarios en la mayoría de las instituciones públicas, que indiquen los criterios seguidos para llenar las vacantes, establezcan una remuneración más atractiva y estimulen el perfeccionamiento profesional, es un gran obstáculo que le impide al sector cumplir mejor con sus responsabilidades.

Multiplicidad y falta de coordinación de las instituciones del sector a causa de la excesiva centralización del proceso de adopción de decisiones.

Pese a los meritorios esfuerzos desplegados en años recientes para asignar mayor racionalidad a la organización institucional, persisten la falta de coordinación y la similitud de medidas que son una causa

importante del desempeño insatisfactorio y la escasa productividad social de los recursos disponibles. Los principios de regionalización, estratificación e integración de las actividades de salud, a pesar de adoptarse con arreglo a políticas explícitas, están lejos de materializarse en la práctica de los servicios. Además de esa falta de coordinación se observa una marcada centralización política y financiera que fortalece al gobierno federal en detrimento de los estados y municipios y genera el excepcional crecimiento del sistema de previsión social desde el decenio de 1970. Además de generar una estructura burocrática enorme, poco flexible e incapaz de fomentar soluciones compatibles con las distintas realidades regionales, esa excesiva centralización llevó a excluir a amplios sectores sociales que, al dejar de estar representados a nivel federal, no tuvieron acceso a las definiciones de política de salud ni control sobre su implantación.



Canadá

Sistema de salud

En la ley sobre salud promulgada en 1982 se reafirmó y amplió lo expresado en dos leyes anteriores; en 1957 la primera sirvió de base para la institución del seguro hospitalario universal pagado por anticipado y un decenio más tarde la segunda garantizó el acceso de la población a una amplia gama de beneficios médicos y hospitalarios, ampliados por los gobiernos provinciales en forma de servicios odontológicos para los niños, prescripción gratuita de medicamentos para los ancianos y dispositivos ortóticos y protéticos. En el último decenio, el mayor reconocimiento de la importancia de la prevención para reducir la carga que la medicina curativa impone al sistema de seguro médico, así como de la función del medio ambiente y del estilo de vida en la salud y la enfermedad, ha llevado a reorientar las iniciativas de salud y a establecer nuevos programas de prevención. El actual programa de seguro médico cubre cerca del 97% de la población e incluye una amplia gama de servicios de atención de salud: todos los servicios necesarios de hospitalización, atención médica y atención quirúrgica y odontológica prestada en los hospitales; servicios de salud en casas de convalecencia y atención intermedia, atención a los adultos en el hogar y atención ambulatoria.

Con el fin de garantizar la coherencia y compatibilidad de la atención, se ha seguido un criterio de integración en el establecimiento de políticas de salud en los niveles nacional, provincial y territorial. La formulación de políticas de esa índole se beneficia también del aporte de las instituciones profesionales médicas y voluntarias. El Departamento de Salud y Bienestar Nacionales tiene sucursales en todo el país a las que compete la administración directa del programa nacional de seguro médico. Bajo arre-

glos administrativos paralelos pero no necesariamente idénticos, cada provincia ofrece tres niveles de atención: primaria, disponible y accesible a toda la población por medio de médicos de familia locales, enfermeras de salud pública en las zonas escasamente pobladas, o ambas clases de profesionales; secundaria, en los hospitales de zona y terciaria, en los hospitales regionales. Las autoridades de salud locales, las enfermeras de salud pública y los trabajadores sociales y comunitarios fomentan la protección del medio ambiente y al uso indebido de drogas, alcohol y tabaco.

La sucursal de protección de la salud del Departamento de Salud y Bienestar Nacionales se encarga de fiscalizar el control de la calidad de los alimentos, medicamentos, cosméticos y dispositivos médicos y de reglamentar su venta y empleo por parte del público; el departamento está facultado para intervenir si no se observan las normas de control. En el programa nacional de investigación y desarrollo de la salud se apoyan los estudios complementarios a la legislación y los programas nacionales de salud, haciendo hincapié en la organización y prestación de servicios de salud, los peligros para la higiene del medio, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Los organismos federales y provinciales colaboran para mantener una lista de las diversas clases de profesionales de salud con el fin de efectuar proyecciones de las necesidades a corto y largo plazo. Se realizan programas de enseñanza y formación en las universidades provinciales, los colegios universitarios y los departamentos de salud locales empleando la tecnología educativa más moderna.

Estado de salud

En general

Las tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños disminuyeron notablemente en la última generación. Desde mediados de los años cincuenta y principalmente a causa de la reducción de la mortalidad infantil, la esperanza de vida del hombre canadiense ha aumentado 2,5 años y la de la mujer, 5 años. En ese lapso, ha mejorado mucho la atención prenatal y todas las madres son atendidas a intervalos regulares por personal competente; el 99% de los partos se atienden en hospitales. La inmunización obligatoria de los niños de edad preescolar ha llevado a una acentuada reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles que se pueden prevenir mediante vacunación. Aunque hasta ahora las enfermedades agudas han constituido uno de los principales problemas de salud, en este decenio es mayor aún la amenaza de las enfermedades no transmisibles. Las principales causas de defunción son la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer que, en conjunto, representan cerca de la mitad del total. El fomento de medidas nutricionales y de la actividad física, la eliminación del hábito de fumar y la reducción del consumo de alcohol son las principales medidas empleadas para combatir las enfermedades del corazón, y últimamente se ha observado una ligera reducción de la incidencia de defunciones por cardiopatía coronaria. Los esfuerzos invertidos en reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por cáncer no han sido tan alentadores.

En términos generales, ha mejorado la calidad de la vida, en parte porque la población está más consciente de la responsabilidad personal de llevar un estilo de vida sano y de los efectos nocivos que tienen para la salud las prácticas inadecuadas en la conducta y en el uso del medio ambiente.

En campos específicos

Prevención y control de enfermedades. Los departamentos de salud provinciales están conscientes de la necesidad de inmunizar a los lactantes y a los niños pequeños contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola. La mitad de los niños son inmunizados por médicos particulares y el resto por enfermeras de

salud pública; un 95% ó más de toda la población infantil está debidamente vacunada al llegar a la edad escolar. En dos provincias esas inmunizaciones son obligatorias para admisión a las escuelas. Gracias a ello, no se han registrado casos de poliomielitis y solo ha habido unos 10 casos anuales de difteria y de tétanos en el Canadá. La meta consiste en eliminar el sarampión completamente y reducir la incidencia de rubéola.

Otras enfermedades infecciosas y parasitarias. Hoy en día se vigilan unos 250 casos importados de lepra y anualmente se diagnostican de 10 a 20 nuevos casos. Cada año se registran alrededor de 250 casos de malaria importados.

Enfermedades no transmisibles. Estas representan las 10 causas principales de defunción y de pérdida potencial de años de vida en Canadá. Las principales enfermedades en orden de importancia son el cáncer, las enfermedades del aparato circulatorio, ciertas causas de mortalidad perinatal, los accidentes de vehículos de motor, el suicidio, las enfermedades respiratorias (infecciosas y de otra índole), la cirrosis y la diabetes.

Alimentación y nutrición. Los programas de nutrición se destinan actualmente a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y cáncer; a atender a grupos como los ancianos, las mujeres embarazadas y los lactantes, considerados vulnerables a las deficiencias nutricionales; a realizar planificación estratégica en lo que se refiere a la nutrición durante enfermedades crónicas y al fomento de una alimentación equilibrada y del control del peso, y a seguir subrayando la importancia de la lactancia natural.

Salud oral. Más de la mitad de la población y el 70% de los niños menores de 15 años gozan de alguna forma de protección dental. La mitad de la población bebe agua fluorurada. Se trabaja actualmente por concentrar los recursos de los programas de salud dental en los grupos expuestos y prioritarios, tales como los de bajos ingresos, los discapacitados y los ancianos.

Accidentes. Si se consideran junto con la violencia y el suicidio, los accidentes representan el 55% de las defunciones de personas de 1 a 14 años; el

80%, de las de 15 a 24 años y el 46% de las de 24 a 44 años, estadísticas que han desencadenado la indignación del público en todo el país. Entre las medidas adoptadas para reducir esos peligros están el cumplimiento obligatorio con los límites de velocidad del tráfico; la aprobación de leyes que exijan el uso obligatorio de cinturones de seguridad y de dispositivos de sujeción para niños en los vehículos y lanzamiento de una campaña nacional contra la conducción en estado de embriaguez, junto con graves multas para los culpables.

Salud mental. En los últimos años ha surgido una particular preocupación por los efectos de los actuales cambios sociales en la salud mental de los niños en desarrollo; la invalidez permanente; los ancianos con problemas mentales; el suicidio, el alcohol y el uso indebido de sustancias y, además, las poblaciones indígenas, los grupos inmigrantes y las víctimas de la violencia.

Salud pública veterinaria. Está en marcha un activo programa de control de la tuberculosis bovina en el que se realizan autopsias y se emplea un derivado de proteína purificada para examinar al ganado. En 1984 se procedió a examinar a 300.000 cabezas de ganado y se descubrió que había dos hatos infectados. La incidencia de brucelosis ha disminuido mucho y actualmente hay solo once hatos en cuarentena para fines de investigación; la meta nacional consiste en eliminar esta enfermedad para 1987. La rabia es endémica en el Canadá, particularmente en Ontario donde las especies salvajes del zorrillo y de la zorra roja son portadores endémicos.

Servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de excretas. En 1983, el 99% de los habitantes tenían acceso a agua potable y de estos, cerca del 85% consumían agua tratada; las personas que consumían agua sin tratar vivían en pequeñas comunidades rurales abastecidas por agua de pozos.

Un 98% de la población disponía de sistemas de evacuación sanitaria de excretas, un 60% con inodoros internos de lavado automático conectados a redes de alcantarillado. De las 2.102 comunidades donde había alcantarillas, casi dos terceras partes tenían plantas de tratamiento de aguas servidas.

Desechos sólidos. Hay 703 millones de toneladas de desechos sólidos, el 84% de los cuales representan residuos de minería. Los organismos federales y provinciales cooperan en la preparación de una lista de sitios para la disposición de desechos peligrosos y el gobierno federal reglamenta el transporte de materiales perjudiciales, inclusive desechos. Actualmente se trabaja por idear nuevas técnicas de solidificación, incineración y reutilización de desperdicios.

Protección de los alimentos. Se ha reglamentado tanto el uso de aditivos como el contenido de residuos de sustancias químicas empleadas en la agricultura que pueden contener los alimentos y se prohíbe agregar a estos ciertas sustancias tóxicas o vender cualquier producto que contenga bacterias patógenas.

Control sanitario de la vivienda. Las provincias tienen la principal responsabilidad de los asentamientos humanos, con jurisdicción sobre el uso de la tierra, la planificación urbana, el establecimiento de códigos de construcción y la prestación de servicios locales.

Contaminación física y química. Las provincias tienen igualmente jurisdicción sobre los problemas de contaminación del medio, excepto cuando esa contaminación traspasa las fronteras como ocurre en el caso de la frontera de los Estados Unidos con el Canadá donde la lluvia radiactiva y los escapes de vertederos de desechos tóxicos son actualmente motivo de gran preocupación.



Colombia

Contexto general

Análisis político, económico y social

La economía del país se encuentra en un ciclo recesivo. En 1983 el PIB era de US\$806 por habitante, en comparación con el de 1979 que llegó a \$809. La tasa de desocupación pasó del 9,3 al 13,4%. Declinaron las exportaciones y creció rápidamente la deuda externa. La lenta recuperación de la demanda y la persistencia del desequilibrio en el sistema económico no permitieron que se materializaran plenamente los resultados esperados en las políticas de ajustes, particularmente las relacionadas con la producción. Asimismo, el déficit fiscal, que ha venido afectando a las finanzas nacionales, condujo a una reducción de los gastos del gobierno y a una disminución de la inversión pública. En 1983, el total de la deuda externa alcanzó a \$10.500 millones, lo que representó un incremento del 62% respecto a 1980. El 64% correspondió a la deuda externa pública y el 36% restante a la deuda privada.

Según el censo de 1964, el 31% de la población mayor de 6 años era analfabeta; esta cifra disminuyó al 14% en 1983. En 1981 se habían matriculado 6.353.174 personas: el 5% en educación superior, el 27,8% en el nivel básico de educación secundaria, el 63,9% en el nivel primario básico y el 3,2% en preescolar. El estudio nacional de salud de 1980 reveló que el 68% de las familias residían en casas o apartamentos, el 7,5% en cuartos y el 24,5% en chozas o tugurios. En 1981, el 55,4% de los hogares tenían acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, el 23,5% tenía alguno de estos servicios y el 21,1% restante no tenía ningún servicio. Se está dando impulso a programas destinados a la construcción de viviendas populares con el fin de solucionar en parte

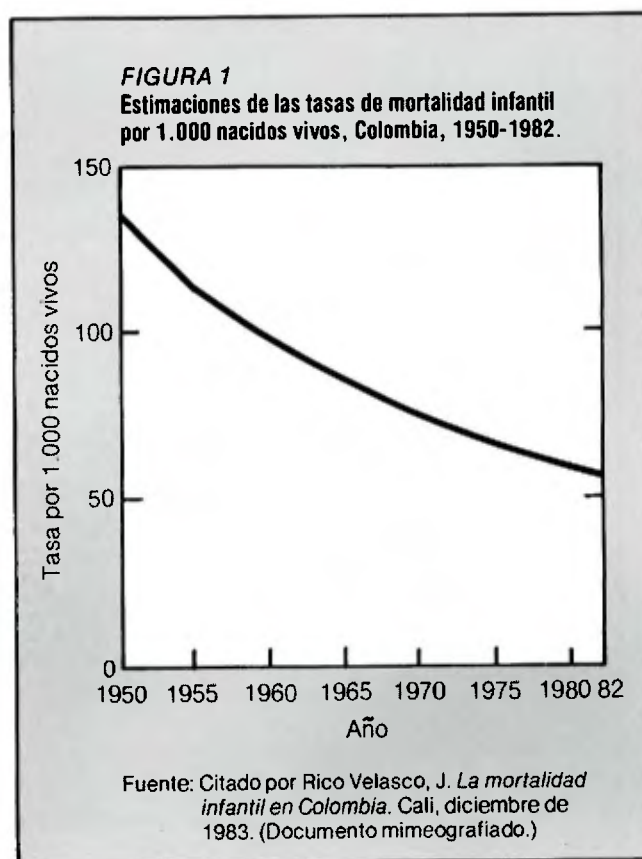
el problema habitacional y reactivar el crecimiento de la industria de la construcción.

Características demográficas

Según el censo de 1973, la población del país en ese año era de 22.915.229 habitantes, distribuidos en un área de 1.141.749 km². Las proyecciones para 1984 señalaron una población de 28.065.000 habitantes, de los cuales el 65% se concentraba en zonas urbanas. La tasa bruta de mortalidad muestra una tendencia descendiente de 8,5 por 1.000 habitantes en el período 1973-1978 a 7,4 por 1.000 en el período 1983-1988. Se estima que se situará alrededor del 7,0 por 1.000 en el período 1988-2003. También la tasa de mortalidad infantil va en descenso, de 75 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 55,4 por 1.000 en 1983. En 1980-1985, la esperanza de vida al nacer fue de 63,6 y se estima que para 1995-2000 será de 66,9. La tasa bruta de natalidad estimada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), fue de 30,4 por 1.000 habitantes entre 1973 y 1978; de 1983 a 1988 será de 27,9 y de 1988 al 2003 será de 20,4. La tasa de migración neta permanecerá estable en su nivel de 2,3 por 1.000 habitantes hasta 1988 y luego disminuirá a 1,0 por 1.000. Se cree que disminuirá la tasa de crecimiento poblacional anual del 19,7% en 1973-1978 al 12,3% a comienzos del próximo siglo. La distribución de la población por edad está variando; se reduce la proporción de menores de 15 años al paso que aumenta la proporción de adultos y ancianos y, probablemente, este grupo de edad se triplique en el año 2000.

Mortalidad

La tasa de mortalidad infantil, que en 1950 era de 135 por 1.000 nacidos vivos, descendió a 57,0 por 1.000 en 1982 (figura 1). Esta disminución de la tasa se debe fundamentalmente al descenso de las defunciones por infecciones intestinales y respiratorias agudas y por enfermedades prevenibles por vacunación. La tasa de mortalidad materna fue de 11,7 por 10.000 nacidos vivos. Al comparar las 10 primeras causas de defunción en el grupo de 1 a 4 años en 1977 y 1981 se observa una disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, enfermedades inmunoprevenibles y meningitis, y un aumento del peso relativo de los accidentes por vehículos automotores. En 1981, en el grupo de 5 a 14 años los accidentes constituyeron la primera causa de defunción y en el grupo de 15 a 44 años el homicidio fue la primera causa en los hombres. En las mujeres, los tumores malignos fueron la primera causa de mortalidad específica, y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, la segunda causa. En la población de 45 años y más, los tumores malignos aparecen como primera causa, y los problemas cerebrovasculares e hipertensivos como causas relevantes. Para el conjunto de edades, las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales, así como los accidentes y sus consecuencias, apare-



cen simultáneamente entre los 10 primeros problemas de morbilidad y mortalidad.

Estado de salud

Salud del niño

Las políticas de salud están orientadas a la atención prioritaria del grupo compuesto por la madre y el niño. Al respecto, hay que reducir en un 10% las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el aborto y el cáncer del cervix en el período 1983-1986, disminuir la mortalidad en menores de 1 año hasta alcanzar 40 por 1.000 nacidos vivos y en el grupo de 1 a 4 años hasta alcanzar niveles de 4 por 1.000 niños. Para ello, se definió como estrategia el incremento de la atención institucional del parto por niveles de atención según el riesgo y la planificación familiar, con base en la clasificación del riesgo debido a la reproducción y las acciones para la detección precoz del cáncer del cervix. En el grupo infantil se estimulará el control del crecimiento y

desarrollo de los niños menores de 5 años para lograr coberturas entre 60 y 70%. En 1984, los niveles de cobertura de vacunación de menores de 1 año fueron: vacuna antipoliomielítica, 62,8%; DPT, 61,5%; antisarampionosa, 52,9%, y BCG, 67,7%. Como consecuencia, para estas enfermedades, las tasas de morbilidad por 100.000 habitantes descendieron a estos niveles: tos ferina, 11,4; tétanos, 2,1; difteria, 0,2; sarampión, 42,5, y poliomielitis parálitica, 0,08. Se ha fijado como meta el obtener un nivel de cobertura de atención médica no menor del 90% en niños menores de 1 año, y entre 50 y 60% en el grupo de 1 a 4 años. Además, se pondrán en marcha actividades específicas para el control de las enfermedades respiratorias agudas y de la diarrea aguda, así como una adecuada producción y distribución a todos los servicios seccionales de salud de sales de rehidratación

oral. En 1983, en la atención ambulatoria se alcanzaron coberturas de 45,6% en menores de 5 años, 15,1% en niños de 5 a 14 años, 57,1% en atención obstétrica y 3,9% en usuarias de planificación familiar.

Para el grupo de 5 a 14 años, se tenderá a disminuir la morbimortalidad, reduciendo sobre todo la mortalidad por accidentes entre 15 y 20%, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, las afecciones de los órganos de los sentidos y las orales, para lograr niveles de mortalidad específica entre 0,5 y 1 por 1.000 habitantes. En 1982, la cobertura de atención por médico para el grupo de 5 a 14 años fue del 18,3%.

En 1970, la tasa global de desnutrición era de 19,4% en niños menores de 5 años; además, el 19,7% estaba expuesto al riesgo de sufrir de desnutrición. El 25,9% tenía franco retardo del crecimiento como consecuencia de un proceso crónico de desnutrición, y el 15,8% corría el riesgo de entrar en ese proceso. La desnutrición aguda, reflejada en un peso deficiente para la talla, se encontró solamente en el 6% de los niños, en especial los de 6 a 24 meses; el 70,7% adicional presentaba ese riesgo. La desnutrición afecta todas las regiones del país y las diferencias entre las mismas no son sustanciales. Las cifras de desnutrición grave y crónica de menores de 5 años son un poco más altas para la región oriental; la desnutrición crónica es un poco más baja en Bogotá. En cambio, según el nivel de urbanización, el problema varía sistemáticamente. Las más afectadas son las poblaciones dispersas y las localidades de menos de 2.500 habitantes, caracterizadas por menor grado de desarrollo, menores ingresos, niveles de educación más bajos, condiciones sanitarias y de la vivienda deficientes, y menor disponibilidad y acceso a los servicios de salud y otros programas sociales. La situación es intermedia en las localidades de 2.500 a 100.000 habitantes, y bastante menos seria, aunque puede empeorar, en los grandes conglomerados urbanos en los cuales una proporción variable de la población es inmigrante y vive en condiciones de marginalidad. En el período 1975-1977, la ingesta diaria por persona fue de 2.355 calorías, distribuidas en 1.908 para productos vegetales y 347 para productos animales, y de 44,6 g de proteínas distribuidos en 24,8 en productos vegetales y 19,8 en productos animales. La estrategia que el sector salud ha identificado para contribuir al mejoramiento del nivel nutricional de la población consiste en incrementar la promoción, prevención, atención y vigilancia nutricional, así como la participación de la comunidad. Las acciones se desarrollarán fundamentalmente en el nivel primario de atención, con actividades de educación, saneamiento ambiental y de la vivienda;

rehidratación oral; vigilancia nutricional y tratamiento precoz de la malnutrición, sobre todo del grupo maternoinfantil.

La prevalencia de caries en el grupo de 5 años y más disminuyó, según estudios realizados en 1965, 1966, 1967 y 1980. La disminución fue del 15,3 al 9,0%. Por el contrario, en dientes obturados se observó un incremento del 3,9 al 5,5%. La prevalencia de extracción por caries e indicación de extracción pasó de 34,0 al 31,8% y del 5,1 al 2,9%, respectivamente. La prevalencia de enfermedad periodontal en población de 5 años y más aumentó del 88,7% en 1965-1966 a 94,7% en 1977-1980. Para alcanzar coberturas del 50% en el grupo de 5 a 14 años debe incrementarse la acción preventiva odontológica y activar la fluoruración del agua o de la sal. En el programa de atención al escolar se incluye la aplicación de tópicos orales con flúor, atención de patología oral y de morbilidad.

Salud del adulto

Con respecto al grupo de 15 a 44 años, excluidas las madres, se tratará de disminuir la mortalidad por homicidio entre 20 y 25% y la mortalidad por tuberculosis en 18%; se tratará de lograr niveles de mortalidad específica del orden del 2,0 al 2,5 por 1.000 habitantes. Como estrategia se buscará el establecimiento de una coordinación amplia con los sectores de trabajo, comunicaciones, educación, obras públicas y transporte, defensa y justicia.

En el grupo de 45 a 64 años se reducirá la morbimortalidad por enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón, cerebrovasculares, del aparato osteomuscular, mentales, diabetes y tuberculosis. Para ello, se fomentará la prevención, la educación comunitaria y la preparación para la jubilación y la vejez; se pondrá especial atención en la detección precoz y control de las enfermedades neoplásicas y degenerativas, propias de este grupo, y en el incremento de los servicios de rehabilitación.

Los tumores malignos como causa específica de mortalidad pasaron de 0,58 por 1.000 habitantes en 1973 (6,6% del total) a 0,65 por 1.000 en 1981 (10,3% del total). En el grupo de 45 a 59 años, entre 1972 y 1981, esta causa ocupó el primer lugar. En el grupo de 5 a 14 años pasó del décimo lugar en 1973 al tercero en 1981.

Las enfermedades cerebrovasculares y las hipertensivas—que representaron en 1981 el 23,5% del total de muertes—hoy en día están consideradas como el problema de salud más importante de la población colombiana. En 1977 y 1980, el 12,7% de la población total del país tenía hipertensión arterial;

el porcentaje en las mujeres (13,6%) era mucho más alto que en los hombres. El grupo de 60 años y más mostró proporciones del 46,9%, el de 50 a 59 años del 30,4% y el de 40 a 49 años del 16,1%.

Datos del estudio nacional de salud indican que el 4,7% de los mayores de 15 años ingieren alcohol más de tres días a la semana. El grupo de edad con mayor ingesta de alcohol es el de 25 a 44 años (6,0%), seguido del de 45 años y más (5,4%) y del de 15 a 24 años (2,7%). Los hombres ingieren más licor que las mujeres (8,6 y 0,8%, respectivamente). En el período 1977-1980, la prevalencia de fumadores de 15 años y más era del 43,2%; los hombres (52,5%) fumaban más que las mujeres (24,6%). El grupo de 25 a 44 años tiene la mayor prevalencia (26,4%), seguido del de 45 años y más (22,8%) y del de 15 a 24 años (15,8%). No se dispone de datos sobre la prevalencia del consumo de drogas, aunque se estima que el grupo de 10 a 25 años es el de mayor consumo, especialmente de marihuana, bazuco (base de cocaína mezclada con gasolina, permanganato de potasio y otras sustancias) y alucinógenos. Entre las estrategias para todos los grupos de población se incluye el incremento de acciones de prevención, atención y rehabilitación de la población afectada por el alcoholismo y el tabaquismo y la adicción a las drogas.

Problemas de salud que afectan a la población en general

La malaria es una de las enfermedades de más amplia distribución y constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. En los últimos cinco años, los casos detectados se distribuyen así: 60.738 en 1979; 75.126 en 1980; 61.440 en 1981; 78.601 en 1982; 100.002 en 1983, y 55.268 en 1984. Entre los hechos que más contribuyen a mantener la situación de deterioro, se pueden enumerar los siguientes: a) las actividades antimaláricas no alcanzan a cubrir el 50% de las áreas que deben ser objeto de atención y el mayor número de casos proviene justamente de las zonas desprotegidas; b) los recursos financieros son insuficientes y no se incrementan en proporción a las nuevas áreas de trabajo; c) los factores de índole administrativo; d) el comportamiento evasivo del vector *Anopheles nuñeztovari* y la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina y en menor proporción a la combinación sulfapirimetamina, y e) las migraciones de grandes porciones de población. Las epidemias de dengue de 1975 y 1978 pusieron de manifiesto que el *Aedes aegypti* se había dispersado por toda la costa del

Atlántico, el valle del Río Magdalena y la vertiente oriental de la Cordillera Oriental. Más tarde, el mosquito invadió el valle del Río Cauca, el litoral Pacífico y la Intendencia del Putumayo. Las epidemias de serotipo 2 (1971-1972, con 500.000 casos estimados), serotipo 3 (1975-1976), y serotipo 1 (1978-1979 con 1.200.000 casos), asolaron a todo el país, que ya es potencialmente vulnerable a epidemias de dengue hemorrágico. Grandes grupos de población que trabajan en la selva están expuestos al riesgo de enfermar por fiebre amarilla selvática. Se produjeron 11 casos en 1980; 7 en 1981; 2 en 1982; 1 en 1983, y 16 casos en 1984. En algunas de las áreas enzoóticas del país se inició en 1981 la vacunación anti-amarilíca. Para controlar el *A. aegypti*, las actividades se concentraron en regiones geográficas continuas y en fases sucesivamente crecientes. Se asignaron funciones a los servicios seccionales de salud de vigilancia y control de focos de vectores en las regiones libres del vector y se estableció un programa especial de puertos y fronteras, intensificándose la reducción de criaderos, el saneamiento urbano en relación con el *A. aegypti* y la zonificación del área enzoótica de fiebre amarilla selvática. Se proyecta vacunar en cinco años a la totalidad de la población expuesta.

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a todo el país. En los territorios nacionales y la costa del Pacífico la tasa de incidencia de casos de tuberculosis pulmonar alcanza a más de 100 por 100.000 habitantes; la incidencia en los departamentos de Boyacá, Bogotá y Cundinamarca está, en cambio, por debajo de 25 por 100.000 habitantes. En 1983 se produjeron 13.346 casos nuevos y en 1984 12.741 casos. El total de casos registrados en estos dos años fue de 39.552 y 38.472, respectivamente. En cuanto a la lepra, en los departamentos de Santander (tasa de prevalencia 288 por 100.000), Norte de Santander (220 por 100.000) y Cundinamarca (215 por 100.000), se registraron en 1985 un total de 8.789 pacientes que representaron el 42% de todos los casos notificados en el país. En 1983 el total de casos registrados fue de 20.706 y en 1984 fue de 20.737; de estos últimos, el 79% recibe tratamiento específico. En los leprosarios del país se atienden 2.876 casos. El gobierno otorga un subsidio a los enfermos de lepra que sufren de algún tipo de incapacidad.

Un estudio nacional realizado en 1970-1980 reveló que la tasa de accidentes ocurridos durante dos semanas era de 1,5; el 37% correspondió a caídas, el 15% a cortaduras, el 10,4% a quemaduras, el 7,9% a envenenamientos y el 5,9% a mordeduras de animales. Los accidentes en el hogar y por vehículos automotores son más frecuentes a medida que aumenta la urbanización y pasan a ser el problema de salud primordial en los niños de 5 a 14 años. La violencia y

los accidentes por vehículos automotores son la causa de mayor mortalidad en los hombres de 15 a 44 años. En el grupo de 4 a 14 años, las dos primeras causas de muerte en 1977 fueron otros accidentes con una tasa de 1,6 por 10.000 habitantes. Entre 1973 y 1977, los accidentes, tomados en conjunto mantienen la misma tasa, aunque el número de accidentes por vehículos automotores se ha incrementado de 34.078 en 1974 a 46.782 en 1978 y el de defunciones por la misma causa pasó de 1.531 en 1974 a 2.355 en 1978. Se considera que la tasa de accidentes en Colombia aumenta anualmente 8,9 accidentes por 100.000 habitantes, con un incremento anual de la mortalidad de 0,7 defunciones por 100.000 habitantes.

Salud ambiental

El estado sanitario del país al finalizar 1983 fue el siguiente: el 80,9% de la población urbana y el 51,4% de la población rural contaba con abastecimiento de agua y servicios de alcantarillado, lo que significa una población total servida del 59,0%. El 66% de la población urbana y el 23,8% de la población rural tenía servicios de alcantarillado, lo que significa una población total servida del 43,3%. El servicio de agua suministrada con tratamiento completo y con sedimentación y filtración cubre el 45,1% de la población total, lo cual es aceptable desde el punto de vista sanitario, pero el 67,4% es para la población urbana y el 7,4% es para la población concentrada en áreas rurales. Actualmente, el 41,1% de la población total no tiene servicios.

A continuación se dan las coberturas nacionales reales y proyectadas. Acueductos, 74,0% en 1984; 78% en 1986, y 85% en 1990. Servicios de agua potable, 59% en 1984; 60% en 1986, y 80% en 1990. Servicios de alcantarillado, 43,3% en 1984; 50% en 1986, y 60% en 1990. Cabe destacar que para los acueductos rurales se utiliza muy eficientemente la activa participación de la comunidad, lo que hace prever el éxito de las estrategias propuestas. La responsabilidad de la ejecución de los programas y administración de los servicios de acueducto y alcantarillado recae en cuatro entidades básicas, en las que se incluyen las empresas de obras sanitarias para localidades de 2.500 o más habitantes, el Instituto Nacional de Salud para localidades de menos de 2.500 habitantes y la población dispersa, las empresas públicas municipales que operan en las principales ciudades del país y algunas otras como la federación de cafeteros y las cooperativas de municipios.

La cobertura de recolección de desechos sólidos es de más o menos un 39% para una producción total

de 5.020 toneladas diarias. El 30% de las basuras se entierran, el 25% se lanzan a las masas de agua y el 45% se vierten en basurales abiertos. La Dirección de Saneamiento Ambiental está formulando un programa nacional de reciclaje con el sector privado.

Aproximadamente el 46% de la población que reside en zonas rurales y en áreas periféricas de las ciudades colombianas vive en chozas, tugurios o ranchos. El 82,2% no tiene servicios de eliminación de excretas y el 99,7% almacena en forma inadecuada las basuras. Paulatinamente se está tratando de corregir este problema en los territorios nacionales y algunas poblaciones de los departamentos mediante ayuda económica y asesoría a través de los servicios seccionales de salud.

Por lo que toca a la contaminación física y química del ambiente, en 1985 se produjeron 5.300.000 toneladas de contaminantes, originadas por el parque automotor (69,7%), la industria (29,5%) y la generación de energía (0,8%). Se están llevando a cabo tareas de vigilancia y evaluación periódica de la calidad del aire y de control en las zonas más afectadas. El programa se ejecuta mediante proyectos de operación y ampliación de la red de muestreo.

Salud pública veterinaria

La responsabilidad del Ministerio de Salud en la materia se canaliza a través de las Direcciones de Saneamiento Ambiental y Epidemiología, del Instituto Nacional de Salud y de las Seccionales de Salud. El Ministerio de Agricultura, a su vez, participa en el control sanitario de las materias primas agropecuarias, en la inspección de carnes para exportación y en el control de alimentos de consumo por el ganado y aves. Los riesgos de contaminación y deterioro de alimentos para consumo humano son elevados y, si bien no es posible determinar con exactitud los casos de morbimortalidad provocados por la ingestión de alimentos, en 1981 se informaron más de 200.000 casos de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, posiblemente debidos a los alimentos. En Colombia se producen alrededor de 12.000 productos alimentarios diferentes para el consumo humano, elaborados por más de 7.000 fábricas, y es responsabilidad del sector salud otorgar licencias para su comercialización y controlar que no se conviertan en riesgo para quienes los consumen. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), del Ministerio de Agricultura, tiene a su cargo el control sanitario de las carnes para exportación y dispone de un laboratorio central para el control de insumos alimentarios para la población animal.

El Ministerio de Salud ha definido como zoonosis prioritarias la rabia, encefalitis equina, brucelosis y tuberculosis bovina, cisticercosis, leishmaniasis y toxocara. A su vez, el Ministerio de Agricultura ha dado prioridad a la rabia bovina, además de otras que si bien no son zoonosis, tienen trascendencia socioeconómica como la fiebre aftosa, estomatitis vesicular, peste porcina y enfermedades aviares. Para

hacer frente a estas enfermedades se considera fundamental fortalecer las infraestructuras de los ministerios responsables, el desarrollo de los recursos humanos en algunas áreas de apoyo a sus programas y aumentar cuantitativamente los productos biológicos para el diagnóstico, prevención y tratamiento; asimismo, debe activarse el área de investigación y maximizar los recursos técnicos y financieros.

Sistema de salud

El sector salud de Colombia abarca algunos subsectores cuya estructura es bien específica. Uno de ellos es el subsector oficial. En 1975 se definió el sistema nacional de salud como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tienen como finalidad procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, recuperación y rehabilitación. A nivel nacional, el Ministerio de Salud ejerce la dirección del sistema. A nivel seccional, la ejercen los 33 servicios seccionales de salud, que funcionan en las capitales de los departamentos, de las intendencias, de las comisarías y el Distrito Especial de Bogotá. El nivel seccional se divide en 107 unidades regionales de salud que corresponden a una determinada área geográfica, 97 de las cuales tienen su sede en un hospital regional. Hay 479 unidades locales de salud y 3.000 centros y puestos de salud. Además del Ministerio de Salud, el sistema nacional de salud está constituido a nivel central por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que tiene a su cargo un programa nacional de nutrición preescolar, de servicios de puericultura y de protección de la familia y de menores; el Instituto de Fomento Municipal (INSFOPAL) que se ocupa del abastecimiento de agua y alcantarillado, y el Instituto Nacional de Cancerología, que coordina los programas de prevención y control de cáncer a través de las ligas departamentales de lucha contra el cáncer. El sistema nacional de salud tiene la responsabilidad de atender a la población no afiliada a ningún sistema de seguridad social y que no tiene capacidad de pago de la medicina privada. Se estima que esta población puede corresponder al 70%.

En cuanto al subsector de la seguridad social, en él está incluido el Instituto de los Seguros Sociales que cubre el 12% de la población del país. Posee 37 clínicas con 4.195 camas. Además presta servicios bajo diferentes modalidades, en coordinación con

instituciones del sector público y privado. La Caja Nacional de Previsión Social es otra entidad de este subsector; está adscrita al Ministerio del Trabajo, que cubre a la mayoría de los trabajadores del Estado en el orden nacional. Cuenta con dos clínicas propias de 318 camas y 187 consultorios en todo el país. Estos recursos se complementan mediante contratación de servicios de entidades públicas y privadas. El personal militar y civil de las Fuerzas Armadas tiene su propio esquema de seguridad social a través del Ministerio de Defensa, y la Policía Nacional tiene su propia prestación de servicios de salud. Existen además, alrededor de 100 diferentes instituciones de seguridad social nacionales, departamentales y municipales. Solo el Departamento de Cundinamarca cuenta con aproximadamente 32 cajas a nivel de hospitales.

El subsector privado está constituido por las clínicas particulares (190 clínicas con 8.892 camas) y consultorios privados. En este subsector se incluyen algunos planes de pagos anticipados que se han venido desarrollando en los últimos años y los servicios de salud de las cajas de compensación familiar. Existen 74 cajas con 75.166 empresas afiliadas, la mayoría privadas, y prestan servicios de salud a 2 millones de personas, de las cuales el 69,6% son beneficiarias. Se estima que del 10 al 15% de la población del país tiene capacidad de acceso a este subsector.

Una condición general para desarrollar de manera más eficiente todos los subsistemas y fortalecer técnicamente los servicios seccionales y los niveles regional y local, con el fin de evitar la excesiva centralización, es dictar políticas claras y estimular de continuo los procesos de planificación, programación y evaluación de todos los niveles. La ausencia de un mecanismo permanente de supervisión y control de gestión en todos los niveles de la organización

de salud, la falta de adecuados sistemas de suministros, dotación y mantenimiento y los horarios de prestación de servicios que no corresponden a las características de las comunidades, plantean visibles problemas en la prestación de los servicios de salud. El tiempo promedio que gasta la población rural para trasladarse desde su hogar al organismo de salud más cercano—ya sea a un hospital o a un centro o puesto de salud—es de dos horas más o menos.

En 1980 existían en el país 871 instituciones hospitalarias con 44.924 camas en funcionamiento, de las cuales 623 eran de origen oficial y 248 de tipo privado y descentralizado. En 1980 el índice de camas por 1.000 habitantes era de 1,72. Cundinamarca y Quindío tienen el mayor índice de camas por 1.000 habitantes (2,9), mientras que el Cauca tiene un índice más bajo (0,86); la unidad regional Patía (El Bordo) tiene el índice de camas más bajo del país (0,33).

A finales de 1982, el total de personas vinculadas al sector oficial era de 84.897, de las cuales el 65,8% estaba concentrada en los servicios seccionales de Antioquia, Santander, Tolima y Valle; el 3,3% se encontraba ubicado en los territorios nacionales y el resto distribuido en las demás seccionales. En relación con las tres áreas de prestación de servicios, el 37,2% del personal está en la infraestructura, el 3% en la atención al medio ambiente, y el 52,9% del personal está vinculado con la atención a las personas. De este último grupo, el 80% se encuentra ubicado en los hospitales, el 13,6% en los organismos de atención ambulatoria y el 3,14% en las unidades administrativas. En 1968, el número de médicos en el país era de 8.650 (4,3 por 10.000 habitantes) y en 1981 ya había 17.999 médicos (6,67 por 10.000 habitantes). En 1979 había 2.750 odontólogos (1,3 por 10.000 habitantes), mientras que en 1981 había 6.609 (2,45 por 10.000 habitantes). En 1981 había 1.986 enfermeras (0,64 por 10.000 habitantes) y en 1985 habían subido a 4.710 (1,55 por 10.000). En relación con las especialidades de los médicos vinculados al sector oficial, en 1980 el 34,2% de ellos eran pediatras, el 18,5% eran cirujanos generales y un porcentaje igual eran ginecoobstetras; el 16,1% eran anestesiólogos.

En Colombia se produce el 95% de los medicamentos pero se importa casi toda la materia prima.

En otras palabras, la industria farmacéutica es incipiente. A pesar de que el consumo de medicamentos del país solo representa el 0,44% del consumo mundial, su peso en el presupuesto de los colombianos es significativo. En 1978-1980, el gasto en medicamentos representó el 46% del gasto privado en salud, y de este porcentaje, el 68% correspondió al grupo de más bajos ingresos. La producción de medicamentos en el país la realiza la industria privada, ya sea con capital nacional o mixto. Existen alrededor de 5.400 medicamentos registrados en el Ministerio de Salud, que es el que otorga las licencias y fija los precios a cada medicamento. El gobierno piensa formular una política sectorial de medicamentos que contemple la producción de materias primas, el estímulo a la industria de capital nacional, los sistemas de control de calidad y fijación de precios, la revisión del formulario básico nacional, y la lista de medicamentos esenciales para atención primaria.

El Instituto Nacional de Salud elabora los siguientes productos biológicos: un promedio de 2 millones de dosis anuales de vacunas contra la fiebre amarilla, de las cuales se exporta aproximadamente el 40%; un promedio de 1,5 millones de dosis anuales de vacunas contra la rabia canina en cerebro de ratón lactante, a las que se agregaron en 1980 las vacunas en cultivo celular. En 1981 se produjo cerca de 2 millones de dosis BCG y DPT. El promedio de producción anual de dosis TD es de 600.000. En 1981 se produjo 1 millón de dosis de toxoide tetánico y 500.000 dosis de vacuna contra la fiebre tifoidea. Sin embargo, la capacidad instalada no cubre las necesidades del país y por lo tanto en 1981 se importaron 7,7 millones de dosis de vacunas antipoliomielítica y antisarampionosa.

En colaboración con OPS, OMS y UNICEF, en 1980 se inició la producción de sales de rehidratación oral mediante la instalación y puesta en marcha de una planta empacadora que en el futuro ha de ampliarse. Hasta el primer semestre de 1983 se habían producido y distribuido 800.000 unidades.

El financiamiento del sector salud en 1981 registró un incremento del 43,4% con respecto a 1980. La principal fuente de ingresos la constituyeron los recursos internos ya que la financiación externa disminuyó en un 23,2%.

Costa Rica

Contexto general

Análisis político, económico y social

En el período comprendido en este análisis se han desarrollado los componentes generales del sistema nacional de planificación, establecido desde 1974; se ha instaurado un consejo económico y social nacional, que elabora los lineamientos de política general para el plan nacional de desarrollo o el programa del gobierno así como los lineamientos para la acción general del gobierno, y se ha creado el subsistema de dirección y planificación del sector salud, que define la política del gobierno en la materia. El sector salud está constituido por el Ministerio de Salud, el de Planificación Nacional y Política Económica y el de la Presidencia; por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y por la Caja Costarricense de Seguro Social. Además, los asuntos específicos están atendidos por los programas o actividades a cargo de entidades que se enmarcan dentro de las políticas del sector, tales como el Instituto Nacional de Seguros y la Universidad de Costa Rica, en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas. El período reciente se caracteriza por una de las crisis más importantes en la historia de Costa Rica, incluidas la desaceleración del crecimiento, que fue negativo en 1981 y 1982; el recrudecimiento del problema fiscal pues el Estado sobrepasó su capacidad de endeudamiento, el deterioro del sector externo con una pérdida sostenida de las reservas, la depreciación de los términos de intercambio y una inflación con desempleo.

El gasto público consolidado creció en términos corrientes a un promedio del 48,1% anual durante el

período 1981-1983. Este crecimiento fue casi idéntico al del PIB, cuya tasa, expresada en colones costarricenses, fue del 46,1% anual en ese mismo período; cabe agregar que el PIB en US\$ per cápita disminuyó en un 17,26% en relación al período 1977-1980. La deuda pública creció más rápidamente que el PIB y sobrepasó al 50% del PIB en los primeros años del decenio de 1980. Ante el persistente desequilibrio externo y las dificultades crecientes de acceso al financiamiento internacional, a partir de 1982 se adoptaron, entre otras medidas, programas de estabilización económica y de ajuste interno. La crisis por la que atraviesa la economía costarricense se expresa cada vez más claramente en el problema ocupacional: el desempleo, que del 4,6% en 1980 se elevó al 7,8% en 1984.

La inflación acelerada que experimentó el país en 1981 y 1982, acompañada de alzas salariales comparativamente moderadas, dio como resultado una fuerte pérdida del poder adquisitivo. Hacia 1982, para aumentar el ingreso familiar, más jóvenes y amas de casa se incorporaron a la fuerza de trabajo, incrementando así un poco la tasa bruta de participación (del 34,9% en 1976 al 36,1% en 1982). Por otra parte, la recesión ha obligado a las empresas a emplear menos personas y la tasa de ocupación bajó del 48,0% en 1979 al 45,6% en 1983. Entre 1982 y 1983, el desempleo no creció, e incluso disminuyó hacia 1984. Sin embargo, no se vislumbra una recuperación de la producción nacional suficiente como para esperar una mejoría en la situación ocupacional en un corto plazo.

Como resultado, el porcentaje de familias pobres se incrementó en forma alarmante entre 1980 y 1982

(del 27 al 48%). En este último año, las familias cuyo ingreso per cápita las colocaba en la categoría de extrema pobreza sumaban casi 160.000, aproximadamente el 37% de las familias costarricenses. La pobreza ha sido siempre mucho más grave en el área rural que en la urbana; sin embargo, la crisis ha provocado un deterioro especialmente fuerte en el área urbana, donde se registró un incremento entre 1980 y 1982 del 144% y llegó a afectar en 1982 a cerca del 39% de las familias. En el mismo período, la pobreza llegó a afectar cerca del 56% de las familias campesinas. El problema de la atención de refugiados e indocumentados ha alcanzado tales proporciones que las instituciones nacionales difícilmente pueden brindar servicios básicos a esos grupos. Estimaciones recientes del Consejo Nacional de Refugiados (CONAPARE) revelan que son más o menos 20.000 los refugiados ubicados en la zona norte y en otras localidades del país; unos 30.000 indocumentados están localizados en poblaciones cercanas a la frontera norte y unos 200.000 engrosan las poblaciones urbanomarginales. Algunos problemas de salud que se había logrado reducir de manera notoria—desnutrición, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades diarreicas y respiratorias, pediculosis, escabiosis y otras enfermedades de la piel—son ahora frecuentes entre los refugiados y los indocumentados.

Pese a los esfuerzos hechos y aunque la cobertura de servicios de salud pareciera haber crecido a un ritmo superior a la capacidad de financiamiento nacional, aún no ha llegado a ser universal; la participación comunitaria tampoco ha alcanzado su plena madurez, y persisten todavía deficiencias de coordinación y complementación de las acciones de las instituciones del sector. Se ha tratado de redistribuir entre todos los habitantes los beneficios del desarrollo por medio de programas sociales, pero existen sectores que no gozan de esos beneficios.

Características demográficas

En 1984, la población nacional se estimó en 2.510.500 habitantes, de los cuales un 36% eran menores de 15 años. La densidad es de 48 habitantes por km². Algo más de la mitad de la población vive en zonas rurales; la gran mayoría de la población urbana se concentra en la capital y su zona de influencia.

En 1984, la composición de la población era la siguiente: de 0 a 4 años, 13,6%; de 5 a 14 años, 22,6%; de 15 a 64 años, 60,1% y 65 años o más, 3,7%.

Mortalidad, fecundidad y natalidad

En 1981, la tasa de mortalidad general era de 3,9 por 1.000 habitantes; la provincia de Limón tenía la tasa más alta (4,78 por 1.000 habitantes) en tanto que Puntarenas la más baja (3,06 por 1.000 habitantes). Al analizar estas tasas por región, en 1981–1982 la región Central exhibía la mortalidad más alta (4,1 por 1.000) y la región Brunca la mortalidad más baja (3,0 por 1.000). En 1983, la tasa continuaba en 3,9 por 1.000 habitantes. A nivel nacional, el descenso de la mortalidad se ha traducido en un aumento de la esperanza de vida, que en el período 1980–1985 se ha estimado en 73,7 años (70,5 años para hombres y 75,7 años para mujeres). Al mismo tiempo se produjeron reducciones en la fecundidad en todo el país: 133,8 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en 1981; 127,3 en 1982, y 115,0 en 1983. La región Brunca es la que presentó las tasas más altas de fecundidad: 154,2 en 1981 y 151,2 en 1982, y la región Central mantuvo en esos dos años las tasas más bajas en este rubro: 119,5 y 113,9 respectivamente. En cuanto a las tasas de natalidad, en 1981 fueron de 31,3 por 1.000 habitantes; la región Brunca tuvo la más alta (34,1) y la región Central la más baja (29,7). En 1982 disminuyeron a 30,8 por 1.000 habitantes en el país; la región Brunca mantuvo la más alta (36,1) y la Central la más baja (28,9). En 1983, la tasa fue de 30,1 nacidos vivos por 1.000 habitantes. La evolución de la mortalidad y la natalidad determinó el comportamiento del crecimiento demográfico que, después de algunos altibajos durante el período de 1977–1980, se mantiene alrededor de 2,7% en el período 1981–1984. En 1983 el crecimiento fue del 2,6%.

En 1980, la tasa de mortalidad infantil fue de 19,1 por 1.000 nacidos vivos, 17,98 en 1981, 18,90 en 1982, y 19,6 en 1983. A nivel regional, en 1981 las tasas de mortalidad infantil presentan las siguientes características: la más alta se presenta en la región Chorotega, 23,6 por 1.000 nacidos vivos y la más baja en la región Huetar Norte, 15,5. En 1982 se observan las mismas características: la región Chorotega, 19,9 y la región Huetar Norte, 16,5.

Las tasas de mortalidad neonatal fueron: 11,2 por 1.000 nacidos vivos en 1980; 10,79 en 1981; 11,06 en 1982, y 11,3 en 1983, lo que significa un incremento de 2,50 (tasa porcentual de crecimiento) con respecto al año anterior. Por provincia, San José presenta la tasa más alta (12,11) y Alajuela la más baja (9,55). Las tasas de defunciones perinatales fueron: 18,0 por 1.000 nacidos vivos en 1980 y 18,6 en 1983. Las tasas de mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos fueron de 0,2 en 1980 y 0,3 en 1983. En 1981, la región Brunca presentó una tasa de 1,2, que viene a

ser tres veces mayor que la del país (0,4); en las regiones Huetar Norte y Chorotega dicha tasa fue de 0,2. En el Plan Nacional de Salud para el decenio de 1970 se fijó como meta una cobertura institucional de los partos del orden del 85% para 1980; esa meta se superó pues en ese año la cobertura real fue del 92,2% y la de 1983 fue de 92,7%.

Las principales causas de defunción fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio, y los accidentes, envenenamientos y violencias. Las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y los accidentes fueron responsables, en conjunto, de más del 57% de las muertes en 1982; los accidentes solos ocasionaron más del 11% de las defunciones del país. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan actualmente el primer lugar como causa de muerte, aunque el riesgo de morir por una de estas causas en 1982 era de 10,8 por 10.000. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de defunción y conviene señalar que en el período 1981-1984 la tasa pasó de 6,5 a 7,4 por 10.000 habitantes. En 1981, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el quinto lugar como causa de defunción y en 1982 pasaron al octavo lugar, con una tasa de 1,5 por 10.000, constituyendo tan solo el 4% del total de defunciones.

Problemas de salud que afectan a la población en general

La última encuesta nutricional realizada en 1982 reveló que el 65,8% de los menores de 6 años tenía un estado nutricional normal según peso por edad; en 1983, el 9,6% de los recién nacidos tenía menos de 2.500 g al nacer.

Es importante señalar aquí el problema de la malaria; en 1983, de un total de 245 casos positivos, el 61% fueron importados. La incidencia por 1.000 ha-

bitantes fue de 0,16 en 1982, 0,35 en 1983 y 0,79 en 1984. Si se utilizan los egresos hospitalarios como indicadores de morbilidad se observa que los tumores en 1982 ocupan el primer lugar, con una tasa de 37,50 por 10.000 habitantes; San José y Heredia son los hospitales con tasas más elevadas y Guanacaste y Puntarenas los de tasas más bajas. El hospital San José tiene la tasa más baja en enfermedades diarreicas y los hospitales Cartago y Puntarenas las más altas. En lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares, San José y Heredia presentan el mayor número de egresos en tanto que Puntarenas y Limón son los que tienen las cifras más bajas. En cuanto a las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, ocupan los primeros lugares: la infección gonocócica aguda del tracto genitourinario inferior, la varicela, la hepatitis y la sífilis en todas sus formas, y la parotiditis sin especificar.

Salud ambiental

El abastecimiento público de agua potable y servicio de alcantarillado corre por cuenta del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado, con jurisdicción en todo el país.

En 1983, el 92,8% de la población total (82% rural) gozaba de los beneficios de abastecimiento de agua, de los cuales el 64,6% tenía conexión domiciliaria y el 28,2% tenía fácil acceso. En lo que concierne a alcantarillado y otros medios de eliminación de excretas, en 1983 la cobertura total alcanzó el 94,8%; el 87,0% de la población rural disponía de algún tipo de eliminación. La población que no tenía sumideros era del 22,2% y la servida con otros medios era del 72,6%. En las áreas rurales dispersas se han puesto en marcha programas de higiene ambiental y salud, que incluyen proyectos de instalación de letrinas y suministro de agua por medio de equipos de bombeo.

Sistema de salud

En 1983, los programas de salud rural y salud comunitaria alcanzaron una cobertura del 58% de la población rural (95% de la población rural dispersa) y del 40% de la población urbana marginada, como consecuencia de los esfuerzos para extender la cobertura con actividades de atención primaria. Ambos programas representan una oferta no tradicional de servicios básicos de salud a una población con ma-

yor riesgo de enfermar y morir por razones de marginalidad socioeconómica, oportunidad limitada y accesibilidad restringida a los servicios de salud.

En 1984, la Caja Costarricense de Seguro Social, en su área de enfermedad y maternidad, alcanzó una cobertura de asegurados directos y familiares de 80,9% de la población económicamente activa. En los niveles de alta especialización, el seguro social se

hace cargo de las funciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

Para la prestación de servicios a las personas, el ministerio se responsabiliza, en el nivel primario de atención, de las funciones de promoción y prevención de la salud, de la referencia de casos a otros niveles y de la atención de emergencias en áreas en las que cuenta con servicios médicos y cuando la Caja Costarricense de Seguro Social no dispone de ellos. En este aspecto de prestación de servicios a las personas por organismos locales de salud, se han organizado las estructuras de ambas instituciones para que funcionen conforme a los conceptos de regionalización, con el fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y desconcentrar los servicios básicos en función de las necesidades, por medio de establecimientos de salud puestos a disposición de la totalidad de la población. Se han hecho intensos esfuerzos para establecer centros integrados de salud que comparten programas, actividades y recursos del ministerio y del seguro social.

En cuanto a servicios de atención intrahospitalaria, en 1982 se registraron 1.946.800 estancias, con una tendencia decreciente en la relación poblacional (de 0,94 estancias por habitante en 1980 a 0,82 en 1982) y la estancia promedio (de 7,9 en 1980 a 7,1 días en 1982). En 1982, los egresos hospitalarios fueron del orden de 115,8 por 1.000 habitantes. En materia de utilización de camas, en 1982 el coeficiente de renovación fue de 36 y el índice ocupacional de 69,2%, indicadores que en 1980 habían sido de 35, y 76,4% respectivamente. Las consultas médicas llegaron, en 1982, a un total de 6,2 millones, cifra que significó un promedio de 2,6 consultas por habitante por año.

Los niveles de especialización y alta especialización funcionan en establecimientos hospitalarios

con servicios de medicina curativa y de rehabilitación; en 1982 se registró una disponibilidad de 3,2 camas por 1.000 habitantes como promedio nacional. Los niveles de atención básica y general concentran principalmente los servicios medicopreventivos.

El gasto del sector público en salud, que en 1980 alcanzaba un 7,6% del PIB, se redujo al 6,6% en 1981 y al 5,7% en 1983. La participación del gasto en salud con relación al gasto público sigue bajando: en 1982 era de cerca del 13% y en 1983 era del 9,4%. El Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 se ha elaborado en un período en que el país enfrenta una fuerte recesión. Es necesario pues, tomar las medidas procedentes para frenar el proceso recesivo y estabilizar la economía a corto plazo, para luego poner en marcha las políticas que conduzcan al país a un proceso de crecimiento sostenido a mediano plazo. En la esfera de la salud, se mantendrán y mejorarán los indicadores de mortalidad y morbilidad por patología propia del subdesarrollo alcanzados hasta ahora, y se prevendrá el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados. Para ello se creará y consolidará un sistema nacional de salud con objeto de que funcione integralmente, con mayor eficiencia que los servicios existentes y, sobre todo, con menores costos. Se racionalizará el uso de los recursos humanos y de la capacidad instalada, que deben planificarse de manera coordinada y organizada por medio de un proceso administrativo continuo y uniforme y del uso de tecnologías adecuadas. Se pretende ofrecer prestaciones de salud integrales y suficientes en calidad y cantidad para cubrir las demandas de todo el país, a costos compatibles con los medios económicos existentes.

como la malaria, la difteria, la poliomielitis y el tétanos infantil no se ha registrado ninguna defunción en los últimos años.

Las causas de defunción en la población general tienen una relación estrecha con la estructura de edad; las que ocupan los tres primeros lugares en 1982 son propias de las edades más avanzadas: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares. Los accidentes, que desde hace algunos años se mantenían en quinto lugar, han ascendido en 1982 a la cuarta causa de defunción general. A los accidentes de tránsito les corresponde el 48% del total de las defunciones por accidentes. En 1982 han desaparecido de las primeras causas de muerte dos enfermedades infecciosas importantes, la tuberculosis y la gastroenteritis.

La mortalidad de niños de 1 a 4 años y la de niños de 5 a 14 años, ha descendido. En 1970, la mortalidad de niños de 1 a 4 años era de 1,3 y en 1982 de 0,9 por 1.000 niños en ese grupo de edad. Las causas de muerte en ambos grupos de edad son similares y varía solo el orden que ocupan; después de los accidentes, que son la primera causa de defunción en ambos grupos, aparecen las anomalías congénitas como la segunda causa de defunción en edades de 1 a 4 años, y la tercera causa en el grupo de 5 a 14 años. La influenza y neumonía es la tercera causa en los niños menores y quinta causa en los mayores, y las infecciones meningocócicas son la cuarta causa en ambos grupos.

La mortalidad materna, o sea la debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio ha descendido notablemente de 11,8 por 10.000 nacidos vivos en 1960 a 5,3 en 1981.

Morbilidad

De manera general, las enfermedades infecciosas y parasitarias pueden caracterizarse en dos grupos en el momento actual: las enfermedades prevenibles por vacunas o acciones efectivas en el enfermo o el medio, para evitar su transmisión, que incluyen las que ya no producen casos registrados como la malaria autóctona, difteria, poliomielitis, rabia humana, tétanos infantil, y las que han disminuido notable-

mente como el tétanos, tuberculosis y fiebre tifoidea. Por otro lado, están las enfermedades para las que no hay vacunas o cuya interrupción de la transmisión es difícil. Estas enfermedades—diarreicas agudas, respiratorias agudas, lepra, enfermedades venéreas, algunas eruptivas y la meningitis meningocócica—tienen carácter endémico y son objeto de programas de control.

En 1981, hubo dos epidemias de gran repercusión socioeconómica: el dengue hemorrágico y la conjuntivitis hemorrágica. La notificación de los primeros casos de dengue se produjo a finales del mes de mayo y se extendió hasta el 10 de octubre, período en el que se informaron 344.203 casos, con 158 defunciones (101 niños y 57 adultos). Para erradicar el mosquito *Aedes aegypti* se puso en campaña un equipo técnicamente calificado y se crearon centros de control de vectores en cada municipio. En este mismo año aparecieron los primeros casos de conjuntivitis hemorrágica, enfermedad que luego se diseminó por todo el país alcanzando dimensiones epidémicas, con 500.000 casos registrados entre septiembre y diciembre.

Dentro del grupo de las enfermedades crónicas, el infarto del miocardio y la hipertensión arterial tienen la mayor importancia. El primero representa del 23 al 24% de todas las defunciones del país en cada uno de los últimos cinco años. Por otra parte, según estudios realizados en una muestra de población en diversas provincias, más del 15% de los encuestados mayores de 15 años padecen hipertensión arterial, con una frecuencia menor en las zonas rurales.

El 8,2% de la población total padece asma bronquial en distintos grados de intensidad. La diabetes mellitus es otra enfermedad crónica frecuente en el país y afecta a cerca del 3% de la población, cifra similar a la de los países desarrollados. Por lo común, estas enfermedades se asocian entre ellas, y con otras como la arterioesclerosis o el enfisema pulmonar, y con factores de riesgo, como el peso excesivo, los hábitos inactivos y el hábito de fumar, y conforman la estructura de la morbilidad en edades avanzadas. Las causas más frecuentes de retiro por enfermedad laboral y de baja laboral temporal fueron: la osteoartritis, artrosis y estados afines; enfermedades isquémicas del corazón; neurosis y otros trastornos de la personalidad, e hipertensión arterial.

Sistema de salud

El organismo rector de la salud pública del país es el Ministerio de Salud Pública. El sistema de salud integra todas las actividades de salud, inclusive la

producción y distribución de medicamentos o instrumental médico, la asistencia social, los balnearios de aguas minerales o medicinales y la cruz roja. Este

sistema es único porque toda la atención médica a la salud y a otros aspectos relacionados con la salud están comprendidos dentro de las funciones del mismo; es integral porque en el sistema se realizan las actividades de prevención y curación relacionadas con la atención a las personas y al medio; es regionalizado porque en cada uno de los niveles administrativos—nación, provincia y municipio— existe una autoridad única, responsable del cumplimiento de los planes y programas de salud establecidos para dicho nivel ante la instancia correspondiente del Estado.

La planificación de la salud se realiza acorde con los lineamientos del gobierno. Los planes a largo plazo, de carácter general y los de mediano plazo o quinquenales se realizan con otros organismos del Estado, lo que garantiza la articulación intersectorial. Los anuales o de corto plazo incluyen la definición de objetivos inmediatos.

En la esfera de la capacidad sectorial e institucional, el número de profesionales y técnicos medios creció en forma extraordinaria y el número de médicos se triplicó entre 1958 y 1984. También aumentó el número de estomatólogos y de personal de enfermería. Actualmente, la fuerza laboral del sistema nacional de salud alcanza a 233.437 trabajadores, de los cuales 45% son técnicos. El número de unidades de asistencia médica y social creció mucho a medida que la red del sistema fue brindando cobertura a todo el país y ampliando sus capacidades para atender las necesidades de la población. Hay 12 institutos de investigación y otras unidades tales como laboratorio de prótesis, ortopédicos y estomatológicos, ópticos, farmacias, centros de producción y de medicamentos.

Prestación de servicios

La atención médica es ambulatoria. En 1961, las casas de socorro, otras instituciones de salud y algunas viviendas, fueron adaptadas para ofrecer atención médica ambulatoria y se las denominó policlínicos. En 1965 comenzó a generalizarse este tipo de institución, llamada desde entonces policlínico integral, por estar basada en una integración de los aspectos de la atención preventiva y curativa y en la atención no solo al individuo sino también al ambiente. En 1968, todos los policlínicos realizaban actividades integrales de salud, aunque con un desarrollo desigual de acuerdo con las características de cada territorio. Se fueron introduciendo los programas básicos del área de salud para atender a la población y al ambiente. En 1973, este instrumento se aplicó a todos los policlínicos del país y en 1974 se

decidió implantar en las áreas de salud nuevas formas de organización de la asistencia médica mediante la introducción de los dispensarios y el principio de la sectorización para mejorar la relación entre el médico y la comunidad. El número de policlínicos creció rápidamente y de 161 en 1962, se pasó a 260 en 1968 y a 403 en 1984. No obstante, se considera indispensable continuar avanzando en el desarrollo de esta forma de atención, que constituye la unidad fundamental de la atención médica ambulatoria.

Atención hospitalaria

Desde 1958, en que el 60% de las camas se concentraba en la capital, se tendió a incrementar el número de camas mediante la incorporación a los servicios estatales de las camas correspondientes a las instituciones privadas y mutualistas, la finalización de un número importante de hospitales en construcción y la ejecución de nuevas unidades hospitalarias urbanas y rurales. Se llevó a cabo una distribución más equitativa en las provincias más necesitadas y actualmente La Habana tiene el 39,4% de las camas. Se otorgó prioridad a los servicios de obstetricia y pediatría, como una manera de garantizar el parto institucional y la atención hospitalaria a los niños, que es una de las premisas para reducir la mortalidad infantil y materna. En 1984, el número de camas de asistencia médica alcanzó a 51.872, con un indicador de 5,2 camas por 1.000 habitantes. En el desarrollo de la atención hospitalaria se ha logrado regionalizar esta atención, incrementar el número de médicos y técnicos dedicados a esta forma de atención y aumentar la proporción de especialistas dentro de estos; dar prioridad a los hospitales que atienden a la madre y al niño; extender la docencia a hospitales municipales y rurales; optimizar los servicios y desarrollar servicios de terapia intensiva en todas las provincias del país.

Para la atención de urgencia se crearon servicios de guardia en hospitales, dispensarios rurales y policlínicos alejados de los centros hospitalarios; también se mejoraron los servicios en los hospitales urbanos y se incrementaron las ambulancias. En los hospitales se establecieron las guardias médicas por especialidades y se mejoró el equipamiento para este tipo de atención. Además, se comenzaron a crear las salas de cuidados emergentes, de terapia intermedia y de terapia intensiva y se extendieron progresivamente a todo el país.

La construcción de hospitales y dispensarios rurales, dotados en su gran mayoría de servicios estoma-

tológicos, permitió llevar la prestación de este tipo de atención a los rincones más apartados del país. Al propio tiempo se inició la formación masiva de los recursos humanos requeridos para enfrentar adecuadamente las necesidades de atención estomatológica. Se cuenta con algo más de 3.000 sillones estomatológicos, ubicados en 754 servicios en todo el país, entre ellos 205 clínicas y departamentos de estomatología en policlínicos, así como 130 laboratorios de prótesis dental. Esta atención se brinda mediante diferentes programas a niños de instituciones infantiles y escolares de primaria, a embarazadas, y a la población en general.

En 1976 surgió el Instituto de Medicina del Trabajo con el objetivo no solo de realizar actividades de investigación y de docencia, sino también para dar atención médica altamente calificada. En 1979 se creó un programa de atención integral de salud al trabajador que comprendía el servicio médico de industria y trabajo y la rehabilitación y funcionamiento de las comisiones de peritaje. En 1981 se aprobó el programa de rehabilitación laboral destinado a atender a las personas con secuelas de accidentes o de enfermedades ocupacionales. Actualmente, en tres provincias hay equipos de valoración de la capacidad física laboral, que incluyen especialistas en medicina física y rehabilitación.

Con la creación del sistema nacional de salud se estableció la asistencia médica gratuita a toda la población, que aseguró la atención a los trabajadores en los policlínicos. En 1970 se organizó el servicio médico de industria y trabajo para los trabajadores de los centros industriales grandes, de los centros que ofrecían riesgos o de los de gran importancia para el desarrollo económico del país.

En las áreas rurales, el servicio médico rural fue desarrollando paulatinamente más actividades; se llevaron a cabo campañas masivas de vacunación; se incrementó el número de embarazadas atendidas en consultas prenatales y, por consiguiente, los partos realizados en las unidades rurales; se dio impulso asimismo a la educación sanitaria, que comenzó a transformar los hábitos y las conductas higiénicas de la población campesina, y se creó la cruz roja rural. Con la construcción de hospitales rurales y numerosos dispensarios se completó la red de unidades en las zonas más apartadas del país. Los médicos que prestaban sus servicios en estas instituciones ya contaban con medios de laboratorio, rayos X y ambulancias, y sus equipos de trabajo se enriquecieron con personal de enfermería y técnicos en el manejo de estos medios.

La rehabilitación médica se brinda actualmente mediante los servicios de fisioterapia en 79 policlínicos y 48 hospitales, 4 institutos de investigaciones,

20 hogares de ancianos y 11 hogares de impedidos físicos y mentales. Hay servicios de terapia ocupacional en 15 hospitales y 11 hogares de impedidos físicos y mentales. Se cuenta con 12 talleres para la confección de aparatos ortopédicos, y dos de ellos elaboran además prótesis. Algunos hospitales especializados realizan la rehabilitación de los inválidos en los departamentos de fisioterapia y de terapia ocupacional; 14 centros en La Habana y uno en Camagüey se ocupan de la rehabilitación psiquiátrica. En La Habana hay cinco servicios que brindan tratamiento cardiovascular en forma completa y uno para la recuperación postoperatoria de cirugía cardiovascular; hay otras ocho capitales de provincia con programas parciales de rehabilitación para los pacientes con infarto del miocardio. Seis provincias cuentan con servicios de especialidades de medicina física y rehabilitación.

Recursos humanos

Existe una disponibilidad de 20,5 médicos, 4,7 estomatólogos y 37,5 personas de enfermería por 10.000 habitantes. En 1984 se graduaron 11.134 técnicos medios en 22 especialidades diferentes, de los cuales 7.062 correspondieron a enfermería; en las profesiones médicas superiores se graduaron 1.945 médicos, 571 estomatólogos y 41 licenciados en enfermería. En los centros politécnicos de salud se encuentran estudiando unos 28.461 alumnos en 29 especialidades técnicas y alrededor de 25.000 estudiantes en educación médica superior. Las proyecciones de graduados para 1986 son: 7.436 en educación médica superior y unos 20.000 técnicos medios aproximadamente, en su mayoría personal de enfermería.

El sistema nacional de salud cuenta con una red de cuatro institutos superiores de ciencias médicas, un total de 21 facultades de medicina, cuatro facultades y dos departamentos de estomatología, ocho departamentos de licenciatura en enfermería, 68 politécnicos y escuelas para la formación de técnicos medios de salud, así como 15 escuelas provinciales de capacitación para la preparación técnica de trabajadores no profesionales ni clasificados como técnicos medios de la salud. Además, hay un centro nacional para el perfeccionamiento médico y los medios de enseñanza, y otro para los técnicos medios de la salud. Se ha puesto en marcha el plan del médico de la familia para la atención directa de la población en su propio medio tomando en cuenta en especial la prevención y profilaxis; este plan ya se ha extendido a varias provincias y zonas rurales con resultados

satisfactorios. La educación continua se realiza mediante cursos de actualización, estudios de posgrado y adiestramiento de carácter nacional e internacional, educación continua a distancia para médicos de zonas rurales y educación médica audiovisual que llega a todas las unidades del sistema de salud.

El Ministerio de Salud Pública tiene 12 institutos de investigación con actividades en varios campos. Actualmente hay 219 unidades que participan en la investigación médica, donde trabajan 2.030 investigadores, o sea 20,6 investigadores por cada 100.000 habitantes. Un aspecto de importancia en este sen-

tido ha sido la categorización de los investigadores en los institutos de investigación y hasta el momento hay 622 propuestos para las distintas categorías. Se ha establecido el sistema de convalidación de grados científicos en virtud del cual les fue otorgado el grado de doctor en ciencias a numerosos profesionales médicos y estomatólogos.

Por último, cabe señalar que la participación de los gastos destinados a la salud en el presupuesto del Estado aumentó del 6,0% en 1981 al 7,8% en 1982, lo que indica la preocupación del gobierno por asegurar atención médica a todos sus habitantes.

Chile

Contexto general

Análisis político, económico y social

Chile cuenta con extensos y variados recursos naturales provenientes del subsuelo, de la explotación forestal y agropecuaria, así como de la zona litoral, que se extiende a lo largo del Océano Pacífico, con una longitud de más de 5.000 km. Debido a las numerosas caídas de aguas se obtiene energía hidroeléctrica en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades nacionales. El país produce para su consumo aproximadamente el 40% del petróleo y sus derivados, el 100% del carbón y más del 50% del gas natural. La energía nuclear y la energía solar se utilizan solo con fines de investigación o en pequeña escala. La industria mineral produjo en 1982 más de 1.250.000 toneladas de cobre fino, casi 7 millones de toneladas de hierro, 570.000 toneladas de salitre y gran cantidad de otros productos metálicos y no metálicos. En la producción agraria se destacan los granos y cereales, oleaginosas, cítricos y hortalizas. La fruticultura es importante, pues sus exportaciones generan una proporción significativa de divisas al país. Durante el último quinquenio la superficie sembrada ha alcanzado aproximadamente a 1 millón de hectáreas de granos, cereales y hortalizas y 200.000 hectáreas de frutales sobre una superficie de 3 millones de hectáreas aptas para el cultivo. La superficie de bosques es de 6 millones de hectáreas, de las cuales el 25% está en explotación. En el aspecto pecuario, existen aproximadamente 10 millones de hectáreas de pastizales naturales, mejorados y artificiales, pero la cantidad de ganado no es suficiente para satisfacer las necesidades. Los peces y mariscos son una parte cada vez mayor de la alimentación de la población y la exportación de los frutos del mar es también una importante fuente de ingreso

de divisas al país.

En 1982, el producto geográfico bruto (PGB) fue de US\$14.800 millones. El ritmo de crecimiento fue negativo, -14,2. El sector primario produjo el 45% del PGB y el sector secundario aportó el 55%. La fuerza de trabajo era de 3.660.000 individuos (diciembre de 1982), con un índice de desocupación de 19,6%.

En 1982, la balanza de pagos fue negativa (\$-1.165 millones) y la deuda externa nacional alcanzó una cifra similar al PGB. En los últimos siete años ha habido una relativa estabilidad en el valor del cambio monetario, con excepción del segundo semestre de 1982 y en menor medida en 1983, en que hubo una devaluación brusca del peso chileno. Durante 1982, la inflación alcanzó 20,7% al año y 23,1% en 1983.

Se calcula que no más del 5% de la población adulta es analfabeta. En 1981 había más de 3 millones de alumnos inscritos; 127.800 en establecimientos preescolares, 19.900 en escuelas primarias especiales, 2.207.300 en escuelas primarias regulares, 640.700 en escuelas intermedias, 186.900 en instituciones de enseñanza técnica profesional y 118.700 en instituciones de enseñanza superior. Todavía existe el problema de escasez de viviendas, especialmente en las ciudades más grandes. Según el censo de 1982, hay 2.510.000 viviendas en todo el país (18,56% en zonas rurales). Casi todo el país está recorrido por 80.000 km de carreteras, de las cuales el 12% está pavimentado o asfaltado, el 41% tiene gravilla o está estabilizado y el resto es camino de tierra. La red de ferrocarriles tiene 6.415 km y el 91% de las vías están en servicio. Varias líneas aéreas privadas y una línea estatal (LAN) prestan servicios de transporte aéreo nacional e internacional. En cuanto a las telecomunicaciones, hay alrededor de

600.000 teléfonos (5,67 por 100 habitantes), de los cuales más del 90% son automáticos; hay más de 250 estaciones de radio, 50% son de frecuencia modulada y el resto de onda larga, y cuatro canales de televisión de los cuales uno es nacional. En 1981 se publicaban 59 diarios y 96 revistas y semanarios.

Características demográficas

En 1984, Chile contaba con una población estimada de 11.878.000 habitantes, con un ritmo de crecimiento moderado (1,6% anual); se estima que en el año 2000 alcanzará a 15 millones de habitantes. En el último decenio se han producido rápidos cambios y en la actualidad la tasa bruta de mortalidad es de 6,3 defunciones por 1.000 habitantes, la de natalidad es de 22,4 por 1.000 habitantes y la de fecundidad es de 85,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad).

La estructura por edad de la población chilena corresponde a la etapa de transición: 31,8% de menores de 15 años para el quinquenio 1980-1985, 62,6% en el grupo de 15 a 64 años y 5,6% de mayores de 65 años. Para el año 2000, las proyecciones son: 28,8% de menores de 15 años, 6,5% de mayores de 65 años y 64,7% de la población en edades intermedias. El ritmo de crecimiento es del 1,6 al 1,7% anual, derivado de los niveles de mortalidad general. Se cree que la mortalidad ascienda debido al exceso de defunciones en edades mayores. El otro factor que frena el crecimiento poblacional está dado por el descenso y la estabilización de la natalidad que, tras un período de descenso sostenido, ha sufrido una leve alza en los últimos tres años debido a la incorporación en la edad reproductiva de cohortes jóvenes más numerosas.

La población es básicamente urbana (82,6%) y solo el 17,4% vive en localidades de menos de 2.000 habitantes; la densidad es de 15,4 habitantes por km². El índice de masculinidad es del 95,9%. El 44% de la población reside en las cinco ciudades principales. Existe una decena de ciudades de más de 100.000 habitantes, unas 20 ciudades de más de 50.000 habitantes y unas 25 ciudades con 20 a

50.000 habitantes. Desde el punto de vista étnico, Chile tiene una composición relativamente homogénea; los mestizos y los aborígenes indoamericanos componen el núcleo más numeroso, seguido por el grupo de blancos caucásicos. Entre los aborígenes, los mapuches constituyen el grupo étnico mayor y el único que ha sostenido su identidad cultural. El fenómeno de migración internacional en la actualidad no es particularmente trascendente debido a las características insulares que le otorga su geografía peculiar. La migración interna en cambio fue de 18% entre 1965 y 1970, aunque se cree que esta cifra es una subestimación. Es razonable suponer que este fenómeno se haya acentuado en el último decenio. En el transcurso de este siglo, como reflejo del mayor grado de urbanización de la población, se han ido modificando las características y tamaño de la familia, y se pasó de la familia extendida a la familia nuclear. El tamaño medio de la familia es de 5,2 personas.

Mortalidad general

En el período 1980-1985, la esperanza de vida al nacer fue estimada en 67,0 años y en 1984 la tasa bruta de mortalidad general registrada fue de 6,3 defunciones por 1.000 habitantes. El estudio de la mortalidad revela que entre el 8 y el 9% del total de las defunciones corresponden al grupo de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, a pesar de que el 87% de ese total tuvo certificación médica. Las principales causas de defunción entre 1981 y 1984, por orden de magnitud, continúan siendo las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores malignos y los traumatismos y envenenamientos que, en conjunto, son responsables de alrededor del 56% del total de las defunciones (cuadro 1). A continuación figuran las enfermedades del aparato respiratorio y las del aparato digestivo, seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Es de notar que la secuencia es exactamente la misma durante los cuatro años y que cada grupo de causas exhibe solamente variaciones muy pequeñas de un año a otro.

Estado de salud

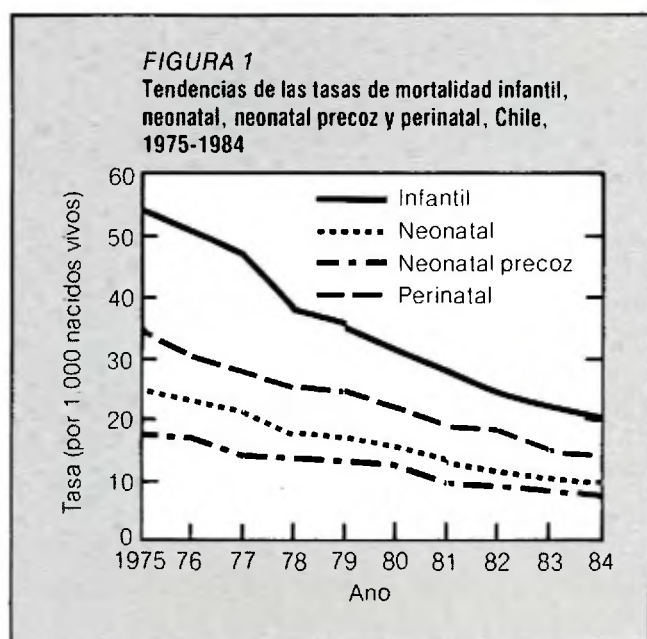
Salud del niño

De 1981 a 1984 la mortalidad infantil ha ido descendiendo, sobre todo la tardía y la de los niños de 7

a 28 días; la reducción de la mortalidad neonatal precoz o de niños menores de 7 días ha sido relativamente más lenta (figura 1).

CUADRO 1
Diez principales causas de defunción, Chile, 1981-1984.

Grupos de causas	1981		1982		1983		1984	
Total	69.871	100,0	69.999	100,0	74.428	100,0	74.455	100,0
Enfermedades del aparato circulatorio (390-458)	19.040	27,3	19.312	27,6	20.555	27,6	21.101	28,3
Tumores malignos (140-208)	11.476	16,4	11.772	16,8	11.969	16,1	11.987	16,1
Traumatismos y envenenamientos (800-999)	8.839	12,6	8.576	12,2	9.130	12,3	9.104	12,2
Enfermedades del aparato respiratorio (460-519)	6.563	9,4	5.931	8,5	7.413	10,0	7.821	10,5
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-798)	5.898	8,4	6.058	8,6	6.733	9,0	6.544	8,8
Enfermedades del aparato digestivo (520-577)	5.788	8,3	6.003	8,6	6.612	8,9	6.489	8,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	2.856	4,1	2.678	3,8	2.694	3,6	2.662	3,6
Perinatales (760-779)	2.642	3,8	2.542	3,6	2.218	3,0	1.814	2,4
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (240-279)	1.697	2,4	1.987	2,8	1.845	2,5	1.745	2,3
Enfermedades del aparato genitourinario (560-629)	1.562	2,2	1.445	2,1	1.573	2,1	1.671	2,2
Causas restantes	3.510	5,1	3.737	5,4	3.686	4,9	3.517	4,8



La mortalidad perinatal también ha continuado disminuyendo, y se mantiene más o menos igual la relación entre sus dos componentes: neonatal precoz y fetal tardía. En 1983 el 6,8% de los nacidos vivos tuvo un peso al nacer inferior a los 2.500 g. La mortalidad por diarrea de los menores de 1 año está oscilando alrededor de una defunción por 1.000 nacidos vivos. En 1984 se registró un total de 240 defunciones por esta causa en aquel grupo de edad, lo que representa un descenso del 87% de la tasa de mortalidad correspondiente con respecto a 1975. La tasa de mortalidad por bronconeumonía, que en 1975 era de 11,3, se ha mantenido alrededor de 2,5 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos en los últimos tres años. Si bien los descensos de la mortalidad son notables, estos problemas, considerados en relación con los egresos hospitalarios, ya sea numéricamente o usando el criterio de días de permanencia, representan una cuestión de salud pública de gran magnitud.

Cabe señalar que la mortalidad de niños de 1 a 4 años se ha mantenido prácticamente estable; el número de defunciones fluctúa entre 1.000 y 1.200 por año, con una tasa de cerca de 1 por 1.000 niños. En 1981, las causas principales fueron los traumatismos y envenenamientos, que constituyen el 36% del total de muertes de esta edad. Por lo menos el 80% de los accidentes ocurrieron en el hogar.

Gracias a la introducción de programas de vacunación de amplia cobertura, el problema que representan estas enfermedades está en vías de resolverse. Los programas nacionales de inmunización alcanzan coberturas que oscilan entre el 75 y el 90% de la población susceptible, según el tipo de vacuna y la vía o cantidad de dosis necesarias para considerar a un niño vacunado. Toda la serie de inmunizaciones se hacen en niños de hasta 14 años y no se vacuna a las embarazadas. Además de las vacunas del PAI, existe una vacunación anual contra la influenza para senescentes y enfermos con patología crónica e inmunodeprimidos, así como campañas locales anti-meningocócicas cuando la vigilancia epidemiológica señala su necesidad. Desde hace muchos años no se registran casos de poliomielitis. Entre las enfermedades inmunoprevenibles solo el sarampión y la tuberculosis siguen siendo problemas de salud pública, aunque su morbimortalidad también se ha reducido. Así, en 1972 las tasas de incidencia y mortalidad por tuberculosis eran de 88,5 y 24,6 por 100.000 habitantes, respectivamente, en comparación con 60,4 y 10,0 en 1982. Es decir, la incidencia se redujo el 32% y la mortalidad el 59%. Más significativo aún ha sido el descenso del sarampión, cuyas tasas de incidencia de 161,2 y de mortalidad de 4,7 por 100.000 en el período 1970-1972, se han reducido a 59,0 y 0,13, respectivamente, en el período 1980-1982.

Es interesante destacar que solo en forma excepcional se detectan casos de tétanos neonatorum, lógica consecuencia de la elevada proporción de partos con atención profesional en el país. En 1984 la fiebre tifoidea se redujo bastante a pesar de que todavía es una de las enfermedades transmisibles de mayor incidencia. Debe recordarse que en Chile este proceso inició una curva ascendente significativa a partir de 1977, en que se registraron tasas de morbilidad de alrededor de 120 por 100.000; en 1978 el total fue de 13.114 casos, en 1982 de 12.795 y en 1983 de 13.922. El año 1984 cierra el registro con un total acumulado de 9.124 casos, lo que significa una reducción aproximada del 40% en relación al anterior, centrada fundamentalmente en la región metropolitana, la cual fue, durante los últimos ocho años, la más afectada por esta onda epidémica de larga duración.

En cuanto a la hepatitis, estudios parciales de-

muestran que una gran proporción corresponde a hepatitis A. La conducta epidemiológica de esta enfermedad es causa de preocupación. En 1984 se registraron 12.815 casos, en comparación con 10.650 en 1983 y 8.032 en 1982. Al importante incremento de la hepatitis en el país contribuye especialmente la región metropolitana, con un total de 4.128 casos en 1983 y 6.561 en 1984.

Pese a la elevada incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, la sífilis congénita ha llegado a constituirse en una rareza, gracias a la integración del programa de control de enfermedades de transmisión sexual en los programas de control prenatal.

Los principales antecedentes de la situación nutricional y alimentaria de la población se asientan en tres estudios: uno de 277 familias realizado en 1960 por el gobierno y el comité interdepartamental de nutrición para la defensa nacional de los Estados Unidos, la investigación interamericana de la niñez (1968-1972) y la encuesta continua sobre el estado nutricional de la población chilena, que se realizó en 1974 y 1975. En todos se señalaron importantes deficiencias de la situación nutricional, lo que dio lugar a que se fueran perfeccionando los programas y alcanzando coberturas cada vez más amplias. A través de los distintos programas de nutrición se aumenta la disponibilidad de alimentos con proteínas en los hogares y se complementan las actividades materno-infantiles que ejecuta el Ministerio de Salud.

Salud del adulto

Los principales problemas de salud del adulto están constituidos por las enfermedades no transmisibles y por los accidentes y las violencias, que causan un fuerte impacto en la mortalidad general y específica por edad en todos los grupos de edades, con excepción de los menores de 2 años, y son responsables del mayor número de egresos y días de estancia en los hospitales; es decir, estas afecciones son las que consumen más recursos del sistema de servicios de salud, ya sean formales o informales.

En cuanto a las enfermedades del aparato circulatorio, desde 1971 constituyen la primera causa de defunción y en 1982 fueron responsables del 27,6% del total de defunciones, con una tasa de 168,2 por 100.000 habitantes; estas cifras corresponden a 19.312 muertes sobre un total de 69.999. Un estudio sobre el tema que abarcó 1960, 1970 y 1982, demuestra que el incremento del 50% se produjo fundamentalmente en la cardiopatía isquémica, otras enfermedades del corazón y las afecciones cerebrovasculares, en tanto que una reducción importante se registró en la hipertensión arterial y la enfermedad reumática y

sus complicaciones. En términos de recursos hospitalarios, en 1982 las enfermedades del aparato circulatorio generaron 53.666 egresos, con un promedio de estancia de 11,4 días, lo que equivale a más de 619.000 días/cama. En cuanto a la consulta ambulatoria, varios estudios efectuados en el grupo de adultos la ubican entre la tercera y quinta causa de consulta tanto en el sector urbano como rural.

En 1982, los tumores, y en especial los malignos, fueron la segunda causa de defunción, con el 16,8% del total de defunciones, lo que corresponde a 11.772 defunciones sobre 69.999. Ello equivale a una tasa de 102,5 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por tumores va en aumento pese a la disminución que muestra el cáncer gástrico en los últimos años. El cáncer traqueobronquial, el de las vías biliares intra y extrahepáticas y los de otras localizaciones tienen tendencia al aumento. Los tumores representaron 45.410 egresos hospitalarios, de los cuales el 61,2% fueron por tumores malignos, con un promedio de 17 días de estancia. En 1982, el cáncer en sus distintas formas representó 475.380 días/cama. En la consulta ambulatoria, la magnitud del problema es pequeña pero en cambio la pesquisa y confirmación de casos, sin considerar la etapa terapéutica, consume gran cantidad de recursos de laboratorio y de radiología. Las estimaciones de la Comisión Nacional del Cáncer son que los tumores malignos investigados corresponden al doble de la mortalidad anual, lo que implicaría una incidencia de aproximadamente 200 por 100.000 habitantes.

La diabetes mellitus es otra afección crónica importante pese a que la tasa de mortalidad específica no revela su verdadera magnitud, ya que los pacientes fallecen por complicaciones y no directamente por diabetes mellitus, como es el caso de la cardiopatía coronaria. Entre 1960 y 1982 la tasa ha subido de 7,33 a 13,25; en 1979 ha alcanzado a 15,00, o sea que se ha duplicado en 20 años. Es posible que el cambio en la estructura de edad de la población y el aumento de la esperanza de vida tengan algo que ver con este hecho. También habría que pensar en que hay un mejor diagnóstico y quizás en las condiciones de codificación de las causas de defunción. De acuerdo con un estudio en el Gran Santiago se encontró una prevalencia del 6,5% en la población mayor de 20 años. De esta población, el 44% desconocía su condición de diabética. Se estima que en Chile hay 340.000 diabéticos y de ellos 150.000 desconocen su condición. En 1982 la diabetes mellitus generó 9.295 egresos hospitalarios con un promedio de estancia de 14,7 días. La tasa de egresos es de 81,0 por 100.000 habitantes.

La cirrosis hepática depende en un 80% de la ingesta excesiva de alcohol y de la malnutrición; la

etiología del 20% restante es probablemente la hepatitis vírica que, en sus distintas formas, alcanza niveles altos de endemia. La mortalidad por cirrosis oscila en el último decenio entre 36,2 y 29,0 por 100.000 habitantes. Los egresos hospitalarios por esta causa en 1982 fueron de 5.741 casos, con 13,5 días de estancia.

La litiasis de las vías biliares es una afección de extraordinaria frecuencia. La mortalidad por esta causa es baja, probablemente por errores de codificación (3,0 por 100.000 habitantes). En 1982 hubo 41.654 egresos, equivalentes a una tasa de 362,6 egresos por 100.000 habitantes, con un promedio de ocho días de estancia. Más del 90% de estos casos tienen indicación quirúrgica.

Entre las enfermedades crónicas del aparato respiratorio, la bronquitis crónica, el asma y el enfisema van incrementándose lentamente, producto del aumento de la esperanza de vida y de factores como el tabaquismo y la contaminación ambiental, que condicionan el estilo de vida en lo individual y social. En 1982, la bronquitis crónica, el asma y el enfisema alcanzaron una tasa de egresos hospitalarios de 152 por 100.000 habitantes, con 17.396 egresos y 130.000 días/cama. En la consulta ambulatoria estos problemas ocupan un lugar preponderante. La mortalidad de estas afecciones ha oscilado en el decenio entre 8 y 11 por 100.000 habitantes.

Los problemas emocionales se ubican entre las causas más frecuentes de consultas a nivel primario de atención, tanto entre los adolescentes como los adultos. Los trastornos de ansiedad y los depresivos, la epilepsia, el alcoholismo y otras farmacodependencias son los que causan más impacto. Entre el 10 y el 15% de los adultos de más de 15 años son bebedores problema, y entre el 10 y el 12% de los adolescentes beben de manera exagerada. En los grupos infantiles ha aumentado el consumo de inhalantes en forma marcada.

En cuanto a salud materna, la alta cobertura de atención profesional del parto ha ido acompañada de un descenso importante de la mortalidad materna y por aborto (cuadro 2).

A pesar del descenso notable de muchos indicadores biodemográficos, los accidentes han ido aumentando hasta llegar a constituir la primera causa de defunción en el grupo de 1 a 44 años. Además, este grupo constituye la tercera causa de mortalidad general. El mayor número de casos se debe a los accidentes en el hogar, la escuela, el trabajo y otros; le siguen los accidentes de tránsito y asfixia por inmersión. En los últimos años, el número de accidentes escolares se ha elevado progresivamente. Este grupo de causas representa el 44% del total de defunciones entre los niños de 5 a 14 años.

CUADRO 2
Mortalidad por causas obstétricas y proporción de partos con atención profesional, Chile, 1981-1984.

Año	Mortalidad materna		Mortalidad por aborto		Atención profesional
	No.	Tasa por 1.000 nacidos vivos	No.	Tasa por 1.000 nacidos vivos	%
1981	173	0,66	65	0,25	92,2
1982	142	0,52	47	0,17	94,2
1983	105	0,40	41	0,15	93,3
1984	91	0,34	38	0,14	95,9

Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

Problemas de salud que afectan a la población en general

En materia de zoonosis existe un programa nacional de rabia que tiene ya 30 años de duración. A partir de 1972 no hay casos de rabia humana en Chile y en cuanto a la rabia animal, en los últimos años solo ha habido casos esporádicos y atípicos. Esta situación ha llevado a pensar en la posibilidad de erradicar esta zoonosis. La inspección sanitaria de carnes de matadero ha permitido conocer la prevalencia y la tendencia de la hidatidosis, la tuberculosis, la distomatosis, la cisticercosis y la triquinosis en animales sacrificados.

La patología oral es el daño más prevalente en Chile. El 98% de la población tiene caries dentales y el 68% tiene problemas de periodoncio en algún momento. En el grupo de niños menores de 14 años, el 62% tiene algún tipo de anomalía dentomaxilar; el cáncer bucal representa el 4,6% del total de tumores malignos y los problemas maxilofaciales representan el 40% del total de enfermos politraumatizados.

Salud ambiental

El 99% de la población urbana cuenta con servicios de agua potable: el 94% goza de conexión intra-

domiciliaria y el 5% restante tiene fácil acceso al agua. El 51% de la población rural concentrada dispone de agua potable. El 72% de la población urbana y el 8% de la población rural cuentan con sistemas sanitarios de eliminación de excretas, ya sea a través de redes públicas o de sistemas particulares. La recolección, transporte y eliminación final de los residuos sólidos urbanos ha mejorado mucho en los últimos años. El 91% de la población de ciudades de más de 20.000 habitantes tiene servicios de recolección de basuras. El 69% del total de la basura recolectada se arroja en rellenos sanitarios. El sector rural solo cuenta con sistemas individuales de eliminación de residuos sólidos.

El problema primordial de deterioro de la calidad del aire se encuentra circunscrito a la ciudad de Santiago, que tiene una población de más de 4 millones de habitantes y está situada en un valle con características geográficas desfavorables para la dispersión de los contaminantes atmosféricos. Debido a la gran concentración de actividades económicas los problemas más importantes de calidad del agua también se encuentran en la región metropolitana.

En relación al control sanitario de la vivienda, el sector salud se ha centrado en el control de aquellos vectores de interés sanitario que pueden afectarla, y ha prestado especial atención al vector de la enfermedad de Chagas.

Sistema de salud

Las políticas nacionales de salud reconocen en la salud un derecho humano y un patrimonio nacional,

y por lo tanto, una responsabilidad del Estado. Están orientadas a la participación general de la población

en el financiamiento de los servicios de salud en forma proporcional a los ingresos de los grupos familiares y a escindir la atención de salud según los distintos regímenes previsionales. Las políticas de salud se dirigen: a las acciones relacionadas con las personas y encaminadas a solucionar y controlar daños originados en el ambiente; a la organización, para lograr la descentralización de los servicios, y a la organización funcional en niveles de complejidad de cobertura; al desarrollo de recursos humanos, físicos y tecnológicos, financieros y administrativos; a la educación en salud para perfeccionar la comunicación entre los usuarios y el equipo de salud, y a preparar a la población para participar en la solución de sus problemas; por último, las políticas se dirigen a la investigación operacional, incluido el estudio de todas las materias relativas a organización de servicios de salud, recursos humanos y tecnológicos, y administración y gestión.

Las políticas y planes nacionales de salud están estrechamente vinculados y dependen del esquema nacional de desarrollo. Estos planes habitualmente implican la participación de diversas instituciones y sectores como es el caso de educación, obras públicas y agricultura. Paulatinamente se han ido poniendo en marcha los planes del decenio internacional del agua, de nutrición, de educación sanitaria y otros.

Los grupos prioritarios de población para las políticas de salud son las gestantes y puérperas, seguidos de los recién nacidos y menores de 6 años; los menores de 6 años con déficit nutricional; las personas de edad avanzada y los enfermos crónicos; la población de las áreas rurales y la población laboralmente activa.

Prestación de servicios

El sector salud en Chile tiene carácter mixto, con un neto predominio del área estatal. El sector público está encabezado por el Ministerio de Salud, entidad que dicta normas, controla y evalúa las acciones. Está constituido por 27 servicios de salud articulados que cubren todo el territorio nacional. El sistema nacional de servicios de salud tiene a su cargo el fomento y la protección de la salud de toda la población, así como el tratamiento de rehabilitación para los beneficiarios del sistema, que vela por el 75% de la población y controla el 90% de las camas. El subsector privado—básicamente constituido por los mismos médicos que ejercen dentro del sistema público, más algunas asociaciones y empresas afines—representa el 10% de la atención hospita-

ria y en cambio resulta ser muy significativo en la atención ambulatoria, superior al 25% de todas las consultas. Otras instituciones como las Fuerzas Armadas y las universidades otorgan también una buena proporción de consultas y cerca del 5% de los egresos hospitalarios. Durante mucho tiempo la seguridad social estuvo estrechamente ligada a los sistemas de atención de salud, pero en los últimos cinco años se ha procurado desvincularla; este es uno de los objetivos de la reestructuración sectorial.

La participación comunitaria se ha ido canalizando a través de líneas de acción complementarias: en primer lugar, la educación sanitaria, tanto en los establecimientos que dispensan la atención como a través de los medios de comunicación de masas, y en segundo lugar, la integración con corporaciones intermedias como las municipalidades, corporaciones de desarrollo social y grupos de voluntarias.

Chile ha hecho suyo el compromiso contraído en Alma-Ata en 1978 de salud para todos el año 2000, para cuyos efectos adopta la atención primaria como estrategia básica. Se estima que se ha cumplido en gran medida con la meta de proveer servicios de atención sanitaria básica a todas las comunidades que componen el territorio nacional; con todo, en lo referente a calidad, oportunidad y otros atributos específicos de esa atención, aún falta recorrer un largo camino.

La red de servicios asistenciales que cubre todo el territorio cuenta con 198 hospitales, 265 consultorios y 991 postas de salud rural. El número cada vez mayor de postas que se han ido transformando en consultorios generales rurales con equipos de salud completos, la creación de nuevas postas por iniciativa de la comunidad y la necesidad creciente de dotar de nuevos centros urbanos de atención ambulatoria a las áreas periurbanas de las grandes ciudades, revela la dinámica que caracteriza a esta red. Por el momento está en ensayo la estrategia de extender la cobertura mediante la prolongación de los horarios de atención para aumentar así el aprovechamiento de la capacidad instalada. Hay tres niveles de atención, pero se está estudiando una subdivisión para adecuarlos mejor a las necesidades. Los sistemas de referencia están bien definidos, aunque hay dificultades por la falta de armonía entre la oferta y la demanda. Esta situación no afecta la accesibilidad de los servicios de urgencia.

Es necesario corregir las distorsiones del sistema de información en salud y cambiar el viejo sistema de estadísticas anuales por nuevas formas más ágiles, con parámetros que se controlen y evalúen de un modo más activo. Está en pleno desarrollo un proyecto piloto (INFOSALUD), que permitirá controlar las actividades del sistema de servicios mediante

sistemas de información microcomputadorizado, en un proceso de bajo costo y alto rendimiento.

Se dispone de aproximadamente 40.000 camas, de las cuales 33.000 pertenecen al sistema nacional de servicios de salud y más de la mitad restante pertenecen a las universidades y a las Fuerzas Armadas. Existen 2.000 establecimientos de atención abierta, de los cuales el 30% son privados, y además hay 1.365 farmacias privadas (1,36 por 10.000 habitantes) concentradas en su mayoría en las principales ciudades.

Alrededor del 90% de los medicamentos que se consumen en el país son producidos por la industria farmacéutica local que se circunscribe a elaborar diferentes formas farmacéuticas a partir de principios activos importados. Se comercializan 3.500 especialidades farmacéuticas, con nombres genéricos, de fantasía o bien marcas registradas. Para racionalizar el uso de los medicamentos y tener una alternativa de productos básicos a precios más bajos, se cuenta con el formulario nacional de medicamentos. La lista vigente es de 1983 e incluye 325 principios básicos, con un total de 465 productos farmacéuticos que se fabrican y expenden bajo su nombre genérico. El Instituto de Salud Pública—que elabora vacunas, antitoxinas, y antígenos y antisueros para diagnóstico—se encarga del control de la calidad de los medicamentos y los productos biológicos, a través del departamento de control nacional.

La política de formación de especialistas y desarrollo de especialidades en las distintas regiones del país es coherente con las políticas de regionalización y descentralización. En los hospitales y centros asistenciales y formadores se realizan múltiples investigaciones que van de las ciencias básicas y la investigación clínica hasta las de carácter epidemiológico y de salud pública. Las áreas prioritarias de investigación son: nuevos agentes inmunizantes; organización y niveles de atención; estado inmunológico de

la población a través de censos anuales serológicos, y factores involucrados en la mortalidad infantil y perinatal.

Recursos humanos

Se dispone de un gran número de universidades e instituciones de carácter técnico donde se preparan los recursos humanos que precisa el sector. Hay un médico por 1.100 habitantes; una enfermera o partera universitaria por 1.600 habitantes, un odontólogo por 3.500 habitantes y otros profesionales como bioquímicos, farmacéuticos, tecnólogos médicos, veterinarios, ingenieros sanitarios (cuadro 3). Los problemas que se enfrentan en este aspecto son: la contratación limitada del sistema de servicios de salud; el déficit de odontólogos ante la magnitud del problema de salud oral, y la exagerada tendencia, en la formación de los recursos médicos, a preparar profesionales para la atención intrahospitalaria, que contradice las funciones que ulteriormente desarrollará el médico. En general, la tecnología educacional depende de las universidades estatales y privadas, y el ministerio no tiene capacidad de decisión en su evolución. No obstante, siempre ha habido buena disposición de parte de las universidades para efectuar una coordinación con el Ministerio de Salud, para lo cual los decanos de las facultades de medicina se reúnen periódicamente con el personal del ministerio y colaboran en los esfuerzos de la formación médica y de especialistas.

El gasto público del sector salud en 1983 fue de Ch\$44,8 millones (US\$569 millones), lo que no incluye el gasto en salud de las Fuerzas Armadas, las universidades y otros servicios médicos pertenecientes a empresas públicas o semifiscales. Esto significa US\$49,5 per cápita por año.

CUADRO 3
Recursos humanos del área de salud, Chile, 1984.

Tipo de profesionales	No.	Razón por 10.000 habitantes	Razón de horas semanales por 10.000 habitantes
Médicos	11.000	9,3	180
Odontólogos	3.410	2,9	49
Enfermeras y matronas	7.466	6,3	157
Tecnólogos médicos	3.185	2,7	32
Auxiliares paramédicos	28.795	24,3	904
Veterinarios	2.000	1,7	...

En general, se dispone de los recursos técnicos suficientes en el aspecto de consultorías, pero se recibe cooperación externa en la formación de especialistas en variadas disciplinas. El PNUD y la OPS han contribuido a la instalación y modernización de los laboratorios de control del Instituto de Salud Pública y del laboratorio nacional de referencia. Asimismo, se requieren fuentes externas de financiación para proyectos de ampliación de la cobertura; elevación de los niveles de calidad de atención; organización y gerencia de la atención médica; definición de niveles e implantación de la investigación para estudios en el área de tecnología apropiada.

Los mecanismos para controlar y valorar las estrategias y los programas de salud son los siguientes: se evalúa la cobertura establecida para cada programa, según la edad, en lo que concierne a la protección y

el fomento de la salud, la recuperación y la rehabilitación, y se preparan informes mensuales, así como análisis trimestrales y anuales en los que se comparan los planes y el trabajo realizado. Se observa y evalúa regularmente el rendimiento del personal. Se hace una apreciación de los programas y las estrategias sanitarias utilizando indicadores biodemográficos que posibilitan el estudio de una situación en un período determinado y la comparación con períodos anteriores. Se obtienen datos sobre la prevalencia, la incidencia y las causas de morbilidad y mortalidad por medio de la determinación y el análisis de indicadores específicos. Además, se llevan registros de las causas de defunción— fetal tardía, neonatal, infantil y materna—y de los casos de enfermedades cuya notificación es obligatoria, con el fin de controlar los programas prioritarios.



Dominica

Contexto general

Análisis político, económico y social

En 1967 Dominica se convirtió en Estado Asociado de Gran Bretaña con autonomía en el gobierno interno. Es una democracia parlamentaria del tipo de Westminster, con administración central. El gobierno local está a cargo del consejo municipal de Roseau, el consejo municipal de Portsmouth y 25 consejos de aldeas. La isla se divide en 21 jurisdicciones electorales y 7 distritos de salud así como en otras subdivisiones administrativas para fines judiciales y legales. El poder ejecutivo está formado por el Primer Ministro y otros ministros cuyo número no debe exceder de 5. La Cámara de la Asamblea, que constituye el poder legislativo, tiene 21 miembros elegidos.

Dominica tiene la mayoría de las características de los pequeños países subdesarrollados, tales como la dependencia de fuentes externas respecto de un gran volumen de asistencia técnica y financiera. El producto interno bruto acusó un aumento sustancial de US\$53,4 millones en 1977 a \$67,5 millones en 1984. En este último año el ingreso per cápita fue de \$859. Ha aumentado la asistencia pública a los pobres y el número de personas que la reciben ascendió de 953 en 1980 a 1.135 en 1983.

La economía se basa principalmente en la agricultura, que representó el 31% del PIB en 1983. Además de los cultivos tradicionales que son el banano, los productos derivados del coco y las frutas cítricas, el trabajo se concentra en la diversificación y el desarrollo de productos no tradicionales así como en actividades agroindustriales, por ejemplo, diversificación de cultivos arbóreos, rehabilitación de las plantaciones de coco, elaboración industrial de cal, producción de cultivos alimentarios, camarones,

plantas ornamentales y aceites esenciales. Estas actividades quedan neutralizadas en parte por el hecho de que las importaciones anuales de comestibles a Dominica—harina, carne, aves, pescado, productos lácteos, verduras y alimentos elaborados—consumen más del 30% de los ingresos derivados de la exportación. Sin embargo, los incentivos del gobierno a la producción nacional de alimentos comienzan a dar señales de que se reducirán las importaciones de verduras y carne.

El gobierno se ha comprometido al desarrollo del sector industrial privado con el fin de fomentar el empleo, diversificar la estructura productiva de la economía e incrementar los ingresos provenientes de la exportación. Los densos bosques y los correntosos ríos del país atraen a los naturalistas y a los turistas interesados en safaris, excursiones y alpinismo; el crecimiento del turismo ha sido espectacular en los últimos años y en 1983 los turistas gastaron \$51,3 millones.

La mayoría de las importaciones y exportaciones nacionales se movilizan por vía marítima y para fines de transporte externo existen un puerto de aguas profundas y dos muelles. Para el transporte aéreo de un volumen limitado de comercio externo y pasajeros hay dos pistas de aterrizaje en Canefield y Melville Hall.

Características demográficas

En el último censo (1981) se registró una población de 73.795 habitantes. Entre 1970 y 1981, la población aumentó en 4.246 habitantes (6%). Las estimaciones

correspondientes indican que a mediados de 1985 esta ascendía a cerca de 77.400 habitantes. Las proyecciones para 1990 son de 82.500, partiendo de la hipótesis de que disminuya la tasa total de fecundidad (2,6) y de migración neta (400 al año). La mayor proporción de la población, que corresponde al 35,8%, está radicada en la capital y sus alrededores.

Los cambios en la composición demográfica registrados entre 1970 y 1981 indican una reducción del grupo menor de 14 años de 34.118 personas (49% de la población total) en 1970 a 29.400 (39,8%) en 1981; en 1982 ese grupo representó el 38,9% de la población; en 1983, el 37,3% y en 1984, el 35,8%. El grupo de 15 a 64 años aumentó de 31.330 personas (45% del total) en 1970 a 38.817 (52,6%) en 1981; las estimaciones para 1982 y 1984 indican que este grupo representó el 53,3 y el 55% de la población. La proporción de personas de 65 años o más aumentó de 4.101 (5,9%) en 1970 a 5.291 (7,2%) en 1981 y se estima que ese grupo representó el 7,5% del total en 1984; se espera un aumento del 10% en la población anciana para el año 2000.

Las tasas brutas de natalidad por 1.000 habitantes fueron de 22 en 1980, de 24,3 en 1983 y de 21,3 en 1984. Las tasas brutas de defunción por 1.000 habitantes aumentaron ligeramente de 4,7 en 1980 a 5,5 en 1983 y 1984; podría aumentar la tasa bruta de defunción como resultado del envejecimiento de la población. La tasa de aumento natural, que llegó a un mínimo del 1,3% en 1980 a consecuencia de la nutrida emigración que siguió al huracán David, acusó un ligero aumento al 1,8% en 1981 y 1982, 1,9% en 1983 y bajó al 1,6% en 1984. La tasa de migración por 1.000 habitantes fluctuó de un aumento neto de 5,5 en 1980 a 25,7 en 1982, a -13,3 en 1983 y a 5,9 en 1984.

La proporción de hombres en la población fue del 47,5% en 1970, del 49,8% en 1980 y alrededor del 49,2% en 1984. La proporción de mujeres de edad fecunda (15-44 años) ha aumentado del 19,5% de la población en 1981 a cerca del 21,6% en 1984 y se proyecta que alcanzará el 23% en 1992. Las mujeres constituyen la gran mayoría de los grupos de ancianos ya que, por lo general, viven más que los hombres.

Las proyecciones para 1992 indican que disminuirá continuamente la proporción de personas menores de 4 años y de 5 a 14 años. El mayor grupo está constituido por personas de 15 a 44 años, que formaron el 41% de la población en 1981 y el 44,4% en 1984 y que representarán cerca del 46% en 1992. La proporción de personas a cargo, o sea el número de esas personas por cada 100 personas de edad productiva, disminuyó de 122 en 1970 a 89 en 1981 y a una cifra estimada de 77 en 1984. Los aumentos

previstos en la población de 65 años o más quizá incrementen esa proporción en el futuro.

Las tasas de fecundidad por 1.000 mujeres de 15 a 45 años muestran una disminución constante de 124,7 nacimientos en 1980 a 101,4 nacimientos en 1984. Las tasas de fecundidad por edad disminuyeron en todos los grupos en 1984; la tasa más alta fue de 115,2 en mujeres de 20 a 24 años, seguida de 87,6 en mujeres de 15 a 19 años.

La esperanza de vida al nacer fue una cifra sorprendentemente elevada de 76,7 años.

Mortalidad

La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos disminuyó en forma espectacular de 28,1 en 1974 a 10,2 en 1981. El incremento repentino de esa tasa de 13,9 en 1983 a 23,9 en 1984 podría indicar que existe un mejor sistema de información de salud y además que hay grandes variaciones en las tasas como resultado del menor número de defunciones infantiles registradas. Cerca del 30% de esas defunciones ocurrieron en el período neonatal. Hasta 1984 la mortalidad infantil ha venido disminuyendo a una tasa anual de 0,4 por 1.000. En relación con el número total de defunciones, la proporción que ocurre en niños menores de 5 años ha disminuido del 14,6% en 1976 al 10% en 1984 (cuadro 1). La mortalidad materna ha sido considerablemente baja (0,6 por 1.000) o nula en los últimos cinco años.

El análisis de las tasas de defunción por causas específicas representadas por 6 afecciones seleccio-

CUADRO 1
Número total de defunciones, defunciones de niños menores de 5 años y porcentaje de defunciones infantiles en relación con el total, Dominica, 1978-1984.

Año	Número total de defunciones	Mortalidad de niños menores de 5 años	
		No.	%
1978	416	49	11,8
1979	304	27	8,9
1980	387	38	9,8
1981	338	21	6,2
1982	404	24	6,0
1983	349	28	8,0
1984	432	43	10,0

Fuente: División de Estadísticas de Salud e informes del médico jefe.

CUADRO 2

Número de defunciones y tasas por 100.000 habitantes para seis causas seleccionadas, Dominica, 1980-1984.

Causa de defunción	1980		1981		1982		1983		1984	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Tumores malignos (140-208)	55	74,5	51	69,1	69	91,9	72	93,1	70	89,2
Diabetes mellitus (250)	9	12,2	7	9,5	24	31,7	9	11,6	19	24,2
Tuberculosis (010-012)	5	6,8	4	5,4	5	6,6	3	3,9	7	8,9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (571)	6	8,1	4	5,4	5	6,6	...	...	...	...
Accidentes de vehículos de motor (E810-E819)	2	2,7	4	5,4	5	6,6	...	...	11	14,0
Enfermedad hipertensiva (401-405)	58	78,6	38	51,5	67	88,4	47	60,8	117	149,0

Fuente: División de Estadísticas de Salud.

nadas entre 1980 y 1984 (cuadro 2) indica que las tasas más elevadas corresponden a la hipertensión (que causa como mínimo el 70% de todas las defunciones de mujeres mayores de 45 años) y los tumores malignos y que las tasas atribuibles a los accidentes de vehículos de motor han aumentado mucho.

En años recientes ha habido un gran cambio en el patrón de morbilidad. Entre 1979 y 1981, las consultas en dispensarios o centros de salud se debieron a problemas causados por helmintos, enfermedad hipertensiva (principal razón de las consultas efectuadas por las mujeres), anemia (el 25% de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 5 años son anémicos según una muestra aleatoria tomada en 1982), infecciones de las vías respiratorias superiores, asma y sarna, entre otros motivos; en 1984 las principales razones de las consultas fueron la enfermedad hipertensiva, los parásitos intestinales y los traumatismos leves. En ese mismo año, el personal de salud determinó que las lesiones cutáneas de los niños menores de 5 años eran la principal causa de las consultas atendidas en los dispensarios de un distrito; en otro, la gastroenteritis era la principal causa de enfermedades transmisibles notificadas en ese mismo grupo. Una encuesta efectuada entre los niños de edad escolar comprobó que el 38% estaban infestados con parásitos. Hubo un brote de enfermedades de transmisión sexual y se aislaron cepas de *Neisseria gonorrhoeae* productoras de penicilinas.

Salud materno-infantil

En 1984, el 88% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal, el 9,2% de las cuales representaban casos de alto riesgo y cerca del 42% habían sido atendidas a las 16 semanas de embarazo. En 1985 se registró un total de 6 consultas de atención prenatal por cada mujer embarazada. Se estima que el 1% de todas las mujeres embarazadas son examinadas por médicos particulares.

En 1984 hubo un total de 1.841 niños nacidos vivos, 972 (53%) en los hogares y centros de salud (del 80 al 90% de los partos fueron atendidos por enfermeras-parteras adiestradas) y 869 (47%) en el hospital principal (16% de los cuales fueron atendidos por médicos). Esto refleja una tendencia continua a la reducción del número de partos atendidos en los hospitales, que representaron el 65% del total en 1982 y el 58% en 1983. En 1984 cerca del 50 al 60% de las madres y los lactantes fueron examinados durante 5 a 10 días después del parto y el 70% de las mujeres que dieron a luz fueron examinadas a las 6 semanas. Se estima que el 39% de las mujeres de edad fecunda emplean los servicios de planificación familiar.

Los servicios de atención de salud infantil cubren el 100% de los niños e incluyen inmunización, nutrición, educación, orientación personal y vigilancia

del crecimiento. En 1984, el promedio de consultas atendidas en los dispensarios fue de 9 por niño.

Por medio del Programa Ampliado de Inmunización, se realiza la inmunización ordinaria de lactantes y niños pequeños contra difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis y tuberculosis y en la mayoría de los distritos se ha registrado una cobertura del 90% o más. No se vacuna contra la rubéola a las jóvenes adolescentes. Se estima que el 49% de las mujeres embarazadas están completamente inmunizadas contra el tétanos. Hay discrepancias entre los datos de inmunización notificados en 1984 por la División Central de Estadísticas de Salud y por el administrador nacional del PAI, como se indica en el cuadro 3, aunque se considera que las cifras más elevadas indican la cobertura real con mayor precisión.

Problemas que afectan a la población en general

La elevada incidencia de fiebre tifoidea sigue siendo causa de preocupación, habiéndose notificado un total de 207 casos entre 1979 y 1984 (37 en 1983 y 26 en 1984), todos tratados en el Hospital Princess Margaret.

Se estima que la prevalencia de diabetes es del 1% y que el 49% de los diabéticos son tratados en dispensarios y centros de salud. La hipertensión afecta al 2,7% de la población y el 55% de esos casos son tratados en los centros. Sin embargo, hay muchos casos atendidos por médicos particulares y en los

dispensarios especiales de atención ambulatoria del hospital principal.

Son limitados los datos sobre el estado nutricional. Las fichas de ingreso mantenidas en la división de atención neonatal del hospital principal, junto con los registros de la mayoría de los partos enviados desde los distritos a esa división, revelaron que en 1984 el 6,1% de los lactantes pesaban menos de 2.500 g al nacer.

En la única encuesta nacional sobre el estado nutricional de los niños, realizada por CFNI en 1976, se encontró que el 12,1% de una muestra de 391 niños (0-59 meses) tenían menos del 75% del peso medio para su edad (según la clasificación de Gómez). En 1984 la división de nutrición realizó una encuesta clínica del 93% (3.386) de la población menor de 2 años. Empleando cuadros indicadores del crecimiento, se encontró que el 5% (174) de los niños se situaban por debajo del tercer percentil (Centro Nacional de Clasificación de Estadísticas de Salud) del peso apropiado para su edad. El examen ordinario de los niños que ingresan a la escuela practicado por enfermeras en ejercicio en el 85% de las escuelas primarias indicó que el 8,4% (124) de los niños de 5 a 6 años tienen insuficiencia de peso para su altura (es decir, que se sitúan por debajo del quinto percentil, según los datos del Centro citado).

Cerca del 14% de las mujeres embarazadas tienen concentraciones de hemoglobina indicativas de anemia.

La ingesta calórica per cápita es de cerca del 87% de las necesidades diarias y la de proteína, de 56,9 g diarios.

CUADRO 3
Porcentaje de niños menores de 1 año completamente inmunizados, Dominica, 1981-1984.

Enfermedad	1981 ^a %	1982 ^a %	1983 ^a %	1984 ^b %	1984 ^c %
DPT	57,0	100,0	86,0	64,5	95,6
Poliomielitis	44,0	72,8	85,0	64,0	94,8
Sarampión	34,0	42,6	34,3	52,2	94,1
Tuberculosis	69,0	48,4	109,0	73,1	90,4
Población destinataria	1.722	1.648	1.839	1.980	1.980

^a Informes anuales del médico jefe.

^b División de Estadísticas de Salud.

^c Administrador nacional del PAI.

Sistema de salud

Niveles de atención

En el plan nacional de salud (1982-1987) se describe el sistema de prestación de servicios de cuatro niveles basados en una red de unidades de atención primaria o dispensarios "tipo I", que atienden a una población mínima de 600 habitantes en un radio de 8 km. Un centro de salud, que se denomina "instalación tipo III", se encargará de supervisar y apoyar a cada cuatro o cinco dispensarios tipo I en el primer nivel y de enviar a otros centros a los pacientes que necesiten un nivel de atención superior. Uno de los distritos de salud, por su tamaño, tiene una instalación intermedia "tipo II". El centro de salud tipo III es completo y ofrece una amplia gama de servicios primarios a la población distrital de cerca de 2.000 personas y sirve de sede administrativa del distrito. La instalación tipo II presta atención de salud de un nivel superior a la población de todo un distrito, que oscila entre 4.000 y 26.000 personas. En el centro de salud tipo III los servicios son prestados por un médico residente, una enfermera profesional, una enfermera de salud pública, enfermeras de atención primaria, enfermeras-parteras distritales, una auxiliar dental, un farmacéutico y un oficial de saneamiento ambiental. Las actividades del programa de salud comprenden servicios de atención maternoinfantil, inclusive atención de maternidad para pacientes hospitalizadas, atención médica, servicios odontológicos y saneamiento del medio. En el tercer nivel de atención comunitaria se proyecta construir una policlínica para prestar servicios ambulatorios y de emergencia a toda la población en lo relativo a atención médica, accidentes, servicios de especialistas y atención odontológica.

El Hospital Princess Margaret situado en Roseau, que es una instalación de nivel secundario para envío de pacientes, presta atención cuaternaria a pacientes internos: servicios de medicina, cirugía general, pediatría, obstetricia, ginecología y psiquiatría. No hay hospitales privados. El gobierno tiene 4 hospitales de atención de casos agudos con un total de 232 camas (o sea una proporción de 32 por 10.000 habitantes). En el hospital principal hay 140 camas para atención general y 40 para atención psiquiátrica y ambos pabellones están situados en el mismo edificio de la capital. Los dos hospitales distritales de Marigot (16 camas) y Portsmouth (36 camas) prestan atención mínima a pacientes hospitalizados. La Ins-

titución Geriátrica Central (90 camas), administrada por el Ministerio de Asuntos Internos y localizada en Roseau, presta atención médica hasta cierto límite y atención de enfermería a largo plazo a pacientes geriátricos. Existen otras dos residencias de ancianos más pequeñas y se proyecta construir otra privada e incrementar la atención geriátrica prestada por el sistema de salud y otras entidades sociales en vista del crecimiento proyectado de la población anciana, más la pérdida de apoyo de la familia como resultado de la emigración.

Accesibilidad de los servicios

En 1982 ninguna institución de salud quedaba a más de 50 minutos de otra en carro o a dos horas a pie y desde entonces el acceso a los servicios se ha ampliado mucho con las mejoras en el transporte público. Las actividades de fomento de la salud educan a la población para que busque la asistencia del personal de salud y se estima que, de hecho, el 63% de los enfermos la solicitan. Es preciso estimular la autoatención en los casos de enfermedades y traumatismos menores.

Cerca del 98% de los habitantes carecen de seguro médico. Los servicios de atención primaria son gratuitos así como los servicios de hospital para todos los portadores de tarjetas de seguro social, los niños y las personas recomendadas por la división de asistencia social.

Servicios de hospitalización

Los datos sobre utilización de los hospitales en 1984 indican que la división obstétrica tuvo el mayor porcentaje de ocupación (119,3%), seguida de la división psiquiátrica (pabellón de hombres) (91,6%) y de la división de intervenciones quirúrgicas (pabellón de hombres) (89,3%) y el mínimo correspondió a la división de atención neonatal (38,4%). El período promedio de hospitalización fue de 5,2 días; en la división psiquiátrica, esa cifra fue de 23,1 días (mujeres) y 17 días (hombres). La tasa de rotación de camas en las divisiones obstétrica y quirúrgica para mujeres fue del 86 y el 61%, respectivamente; la baja tasa de rotación de camas del 6,2% en la división

psiquiátrica se atribuye a los muchos pacientes con enfermedades crónicas que allí se atienden.

Salud ambiental

Por lo menos el 21% de las casas de Dominica tienen acceso a abastecimientos de agua potable; otro 43% tiene acceso a fuentes públicas a una distancia inferior a 90 metros. Para mejorar la calidad de las fuentes de agua se trata de proteger las zonas de captación y de propagar la cloración de los sistemas de abastecimiento de agua. Con el crecimiento de la población urbana, el actual sistema de abastecimiento de agua ha resultado aun más deficiente. En las zonas rurales, donde la situación de las viviendas

y la estructura del suelo lo permiten, los medios preferidos de eliminación de excretas son los tanques sépticos y las letrinas de pozo. La producción de planchas y plataformas, de la que se encarga la división de saneamiento del medio, ha sido insuficiente y es muy inferior al número previsto de 100 unidades mensuales.

En 1983 cerca del 19% de la población tenía acceso a servicios regulares de recogida de desechos sólidos; esa cifra cubre solo las principales zonas urbanas y sus alrededores. Se está organizando un sistema de recogida en otras dos zonas bastante pobladas. La mayor parte de la basura se bota o se quema.

En 1984, 40 trabajadores sanitarios empleados por la división de saneamiento del medio construyeron 105 desagües y limpiaron otros 160 en toda la isla.



Ecuador

Contexto general

Análisis político, económico y social

La economía del país está profundamente afectada por la deuda externa, que en diciembre de 1984 ascendía a US\$7.239 millones, tres veces el valor de las exportaciones de un año. A esto se agregan las condiciones desfavorables del comercio exterior, con una caída de los precios de los productos de exportación y un encarecimiento de las mercaderías que el país necesita importar. Esta situación se refleja en un aumento del desempleo—300.000 desocupados y un 1,5 millones de subempleados—y una marcada inflación. En realidad, el endeudamiento externo en años previos fue un mecanismo para mantener las actividades financieras, comerciales y productivas, en los diferentes sectores de la economía.

En el sector agrario se ha conservado la estructura de tenencia de la tierra, y han aparecido pequeños productores que, por medio del acceso al crédito y de cierta tecnología, se han ido afianzando en algunas regiones. Se ha dado impulso al desarrollo rural integral por medio de 17 proyectos de fomento multisectorial. Ha habido una tendencia a la producción agroindustrial, con disminución de los productos básicos de la canasta familiar y sus precios han subido. La importante reducción de las exportaciones agrícolas, la baja productividad agraria, la paulatina restricción de créditos y el desinterés de los grandes propietarios que prefirieron trasladar sus capitales al sector industrial y financiero, produjeron una fuerte migración del campo a la ciudad, que influyó en las características demográficas del país.

En el sector industrial, el Estado ha intentado estimular el desarrollo del mercado interno y crear nue-

vas bases de industrialización mediante leyes y fuerte apoyo crediticio, pero como contrapartida continuó una gran dependencia de materias primas, de tecnologías y de bienes de capital extranjeros. Las características fundamentales del proceso de desarrollo en este sector han sido la concentración urbana y la industrialización de los sectores químicos, metalúrgicos, mecánicos y textiles que generan escasas fuentes de trabajo; se ha tenido que enfrentar la competencia externa y luego, con la política de apertura de importaciones iniciada a fines de 1984, también la competencia interna.

El sector financiero ha sido el de mayor crecimiento cuantitativo y cualitativo; proliferaron los bancos, las corporaciones financieras y las compañías de seguros, que concentraron los recursos e influyeron en el resto de la economía. La deuda externa creció de manera agresiva, situación que se ha tratado de corregir con devaluaciones e intentos fallidos de control monetario de la inflación, aumentos de las tasas de interés a nivel de la banca mundial, concentración financiera y disminución del crecimiento de los ingresos del presupuesto del Estado.

El sector petrolero aporta más del 60% de las exportaciones, pero el descenso a nivel internacional del costo del barril ha afectado sensiblemente la balanza de pagos.

El sector servicios registró en el último quinquenio un rápido crecimiento y sobrevinieron muchas dificultades. Los salarios subieron en forma nominal aunque en realidad se retrajeron, generando la pérdida de la capacidad adquisitiva de la población y la contracción del consumo.

Dos elementos han agravado la crisis económica.

Uno de ellos, el enfrentamiento bélico con el Perú en enero de 1981, provocó fuertes inversiones en armamento; el otro elemento fueron las inundaciones de 1982-1983, que afectaron a todo el país, en especial el litoral, y tuvieron consecuencias en el plano social, en la producción agrícola de consumo y de exportación, así como en la infraestructura caminera. Se estima que hubo una disminución del 15% en la producción del sector agropecuario.

Características demográficas

Según el censo de población de 1982, el crecimiento de la población no siguió las estimaciones y proyecciones efectuadas; el total de la población es inferior al estimado y se produjeron cambios en la relación hombres y mujeres, en la distribución urbana y rural y en la distribución por grupos de edad. En 1974, el total de la población era de 6.829.467 habitantes y en 1982 de 8.382.904, o sea una tasa de crecimiento anual del 2,56%. La pirámide poblacional es amplia en la base; el porcentaje de menores de 15 años disminuye del 46% en 1974 al 41% en 1982 y el de mayores de 65 años aumenta del 3,4% en 1974 al 4,0% en 1982. La distribución urbana y rural fue de 41 y 59 en 1974 y de 49 y 51 en 1982, como promedio nacional; el rango es muy amplio cuando se analiza por provincias: en Cotopaxi es de 18 y 82, mientras que en Pichincha es de 58 y 42.

La densidad demográfica es de 31,0 habitantes por km², con un rango máximo en Tungurahua (15,4) y mínimo en Galápagos (0,8). En 1982, la tasa de natalidad fue de 28,04 y las concentraciones de población según número de habitantes fueron las siguientes: en localidades de más de 100.000 habitantes, 24,2%; en localidades entre 2.000 y 99.999 habitantes, 24%; en localidades de menos de 2.000 habitantes, 51,8%. En 1984, la esperanza de vida al nacer fue de 63,5 años. La población marginada de los centros urbanos ha crecido mucho; se estima que Guayaquil, la ciudad más poblada, de 1.400.000 habitantes, unos 600.000 viven en condiciones marginales; en Quito, la capital, hay 95 barrios llamados clandestinos. La desocupación de la población mayor de 15 años se calculó en 10% en 1984.

Mortalidad

La última información disponible sobre mortalidad es de 1982. Se registró un descenso en el número total de defunciones de 59.150 en 1977 a 53.009 en 1982, con una tasa de mortalidad general de 6,15 por 1.000 habitantes. Esta tendencia podría deberse, entre otros factores, al descenso de la mortalidad infantil y al aumento de la esperanza de vida. También se observó un cambio en las tasas y en el orden de las 10 primeras causas de defunción. Las enfermedades infecciosas intestinales conservan el primer lugar, seguidas de las infecciones respiratorias (cuadro 1).

CUADRO 1
Diez primeras causas de defunción (CIE, 9a Revisión) y tasas por 100.000 habitantes, Ecuador, 1982.

No. de orden	Causas	No.	Tasa por 100.000 habitantes
1	Enfermedades infecciosas intestinales	5.388	62,6
2	Neumonía	3.222	37,4
3	Bronquitis, enfisema y asma	2.325	27,0
4	Enfermedades cerebrovasculares	1.934	22,5
5	Accidentes de tránsito por vehículos automotores	1.887	21,9
6	Otra desnutrición proteinoenergética	1.417	16,5
7	Enfermedad isquémica del corazón	1.278	14,8
8	Tuberculosis	1.273	14,8
9	Tumor maligno del estómago	1.029	12,0
10	Homicidio	691	8,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

CUADRO 2

Diez primeras causas de mortalidad infantil (CIE, 9a Revisión) y tasas por 10.000 nacidos vivos, Ecuador, 1982.

No. de orden	Causas	No.	Tasa por 10.000 nacidos vivos
1	Infección intestinal mal definida (enteritis y otras enfermedades diarreicas)	2.653	122,4
2	Hipoxia, asfixia y otras infecciones respiratorias del feto o del recién nacido	1.341	61,9
3	Bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma	1.192	55,0
4	Neumonía	1.148	53,0
5	Otra desnutrición proteinoenergética	627	28,9
6	Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	537	24,8
7	Bronquitis y bronquiolitis agudas	528	24,4
8	Tos ferina	285	13,1
9	Influenza	174	8,0
10	Sarampión	148	6,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Los accidentes de tránsito por vehículos automotores conservan su importancia y aparecen nuevas causas de defunción como tuberculosis, tumor maligno del estómago y homicidio. El sarampión desaparece de la lista de las 10 primeras causas. Queda en evidencia la importancia de las enfermedades ligadas al subdesarrollo como las diarreas, las infecciones respiratorias y la tuberculosis, y de las otras enfermedades vinculadas con el desarrollo como los accidentes por vehículos automotores, las enfermedades cronicodegenerativas y los tumores.

En cuanto a la mortalidad infantil, si bien la tasa

disminuye de 68,2 por 1.000 nacidos vivos en 1979 a 60,4 en 1982, en la estructura se mantienen las 10 primeras causas de defunción, excepto los síntomas y estados morbosos mal definidos, que en 1979 ocupaban el tercer lugar y en 1982 desaparecen de la lista de las 10 primeras causas; las reemplaza la influenza, que ocupa el noveno lugar (cuadro 2). Persiste como la más importante la infección intestinal; en segundo lugar están otras infecciones respiratorias del feto o del recién nacido. La neumonía ocupa el mismo cuarto lugar y la desnutrición proteinoenergética asciende del octavo al quinto lugar.

Estado de salud

Salud del niño

Las causas de mortalidad perinatal más frecuentes son el crecimiento fetal lento, la desnutrición e inmadurez fetal, el traumatismo del nacimiento, y la

hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido. De las mencionadas, la primera y la tercera figuran entre las 10 primeras causas de mortalidad infantil en 1982. En cuanto a la mortalidad de niños de 1 a 11 meses, las causas más

frecuentes son las infecciones intestinales y otras infecciones respiratorias. Entre las 10 primeras causas de mortalidad infantil, la tos ferina y el sarampión ocupaban el octavo y el décimo lugar, respectivamente, en 1982. En este año aumentaron las tasas de mortalidad por tétanos (1,14 por 100.000 habitantes); también aumentaron las tasas de mortalidad por tétanos en menores de 28 días (0,98 por 100.000). El sarampión tenía una tasa de mortalidad de 6,8 y la tos ferina de 13,1 por 10.000 nacidos vivos. No hay elementos de juicio para determinar si estos aumentos son reales o se deben a un mejor registro.

Las coberturas de vacunación para 1984, en menores de 1 año fueron difteria, tos ferina y tétanos, 48%; poliomielitis, 47%; sarampión, 54%, y tuberculosis, 87,1%. En 1982, las enfermedades diarreicas constituyen la primera causa de la mortalidad general (62,4 por 100.000 habitantes) e infantil (12,2 por 1.000 nacidos vivos). No se dispone de datos sobre morbilidad por diarreas, ya que su notificación obligatoria solo comenzó a principios de 1984. Estudios parciales demuestran que solo el 9% de los casos de diarrea en menores de 5 años solicitan atención en las unidades de salud; el 7,6% de las consultas en estas unidades corresponde a diarreas, y de estas consultas, el 32,1% corresponden a menores de 1 año y 44,6% a niños de 1 a 4 años.

Las infecciones respiratorias agudas también representan un grave problema en el grupo de menores de 5 años. En 1982, en menores de 1 año la proporción de defunciones por dichas infecciones era del 21,9% y en el grupo de 1 a 4 años era del 33,4%; para los menores de 1 año las tasas (cuadro 2) se distribuían así: neumonía, 5,3 por 1.000 nacidos vivos; bronquitis y bronquiolitis, 2,4 por 1.000 nacidos vivos, bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma, 5,5 por 1.000 nacidos vivos.

Los datos disponibles sobre deficiencias nutricionales son escasos y contradictorios. Estudios parciales dan cuenta de porcentajes de desnutrición cercanos al 30% y de anemias cercanos al 15% en menores de 12 años.

En 1982, las patologías más frecuentes en salud oral eran, en la población general: caries (98%); enfermedad periodontal (paradentopatías sin gingivitis, 25 a 35%); maloclusión (25%), y malformaciones congénitas y cáncer oral (2 a 3%).

Salud del adolescente

En el grupo de adolescentes se aprecia un aumento del consumo de cigarrillos, alcohol, tranquilizantes, estimulantes, marihuana y heroína. Se considera que

más del 50% de los jóvenes consume alcohol o cigarrillos; del 5 al 10% consume tranquilizantes sin receta médica, y el mismo porcentaje usa inhalantes; del 6 al 13% usa marihuana, y del 4 al 10% de los estudiantes encuestados utilizan estimulantes sin receta médica. Menos del 5% ha recibido tratamientos por consumo de drogas. El hábito se inicia entre los 12 y 16 años y gran parte de los estudiantes consideran relativamente fácil conseguir marihuana. Las razones para consumir drogas son, inseguridad personal, familia incompleta y condiciones económicas, afectivas y sociales deficientes.

Salud del adulto

Las enfermedades cerebrovasculares ocuparon en 1982 el cuarto lugar entre las primeras 10 causas de defunción, y las enfermedades isquémicas del corazón el séptimo lugar. Las enfermedades cerebrovasculares produjeron 1.934 defunciones (22,5 por 100.000 habitantes) y las isquémicas del corazón 1.278 defunciones (14,8 por 100.000 habitantes). Otras enfermedades que han aumentado en los últimos años son la hipertensión arterial (450 defunciones; 5,58 por 100.000) y la diabetes mellitus (513 defunciones; 6,37 por 100.000); los datos corresponden a 1982.

Está en proceso de organización el registro nacional de tumores. Las localizaciones más frecuentes son las del cervix (21,6%), piel (16,6%) y estómago (12,0%). Según los datos de mortalidad de 1982, de un total de 2.423 fallecimientos por tumores malignos, 1.029 correspondieron a tumores del estómago; 212 a tumores de la tráquea, bronquios y pulmones; 157 a tumores del cuello del útero, y 23 a tumores de la piel. Estos datos no permiten conocer con seguridad las tasas debido a las deficiencias en el registro.

Los accidentes de tráfico de vehículos de motor ocupaban en 1982 el quinto lugar entre las 10 primeras causas de defunción (21,9 por 100.000 habitantes), lo cual indica que este problema ha ido en aumento en los últimos años. Las provincias más afectadas fueron Pichincha y Guayas, y las menos afectadas Morona Santiago y El Oro. Los accidentes registrados en el área urbana representaron el 74,6% del total. Según tipo de accidente, los porcentajes se distribuyeron así: choques, 50%; atropellamiento, 18%; estrellamiento, 13,3%, y rozamiento, 12,5%. Las causas más frecuentes fueron imprudencia del conductor, 24,5%; embriaguez, 17%, y exceso de velocidad, 13%.

Con respecto a las enfermedades mentales, ha continuado la tendencia ascendente que se insinuó en el

decenio de 1970. En 1981, la psicosis, la epilepsia y el retardo mental fueron las causas más comunes de internación de pacientes en instituciones psiquiátricas estatales, privadas o mixtas. En 1982 se había incrementado la psicosis, otras enfermedades mentales, la farmacodependencia y el alcoholismo. En ese mismo año hubo 374 suicidios, con una relación de hombres a mujeres de 1,4 a 1; la tasa de suicidios fue de 4,6 por 100.000 habitantes. No hay patrones establecidos para el diagnóstico del alcoholismo, pero se nota una tendencia al aumento. Datos preliminares indican que se consume más aguardiente y cerveza durante los días libres; además, también influyen los antecedentes familiares, los conflictos personales y de familia y los problemas económicos.

A pesar de que el Ministerio de Salud Pública desde hace varios años ha prestado atención a los programas de la madre y el niño, no se han obtenido grandes mejoras en la salud de la madre. Se ha avanzado en la atención institucional del parto, que pasó del 24,7% en 1979 al 26,9% en 1983 en las instituciones del ministerio. Las tasas de mortalidad materna siguen siendo altas a nivel nacional en 1982 (1,8 por 1.000 nacidos vivos), pero son más altas en algunas provincias como Cotopaxi (2,4), Loja (2,5), Esmeraldas (2,3) y Los Ríos (2,6). Las causas más frecuentes de mortalidad materna son hemorragia del embarazo y del parto, toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio y otras. Las dos primeras son también las causas más frecuentes de hospitalización. La letalidad hospitalaria por toxemia del embarazo es 2%.

La característica fundamental de la morbimortalidad de los trabajadores del sector industrial, los campesinos afiliados y los jubilados es la presencia de enfermedades producidas por el estrés, las cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares) y los tumores malignos y benignos; las tasas en este grupo son más altas que en la población general, como si en él se concentrara el impacto del proceso socioeconómico, industrial y de urbanización. No se dispone de registros de enfermedades profesionales y es alto el subregistro de accidentes de trabajo, si bien se reconoce que estos están aumentando. En 1966, la incidencia fue de 4,9 por cada 100 afiliados y en 1979 la tasa ascendió a 9,3. No hay información más reciente. Las materias primas nocivas para la salud, como el asbesto y el benceno, que han sido prohibidas en otros países, producen gran impacto en la salud de los trabajadores.

En lo atinente a las personas de edad avanzada, en 1974 la población mayor de 65 años era de 232.700 (el 45,9% eran hombres y el 54,1% mujeres).

Según el censo de 1982, esta población aumentó a 335.400 (el 48,2% eran hombres y el 51,8% mujeres).

El crecimiento mayor se registró entre el grupo de 65 a 69 años y los mayores de 75 años. Los problemas de este grupo de población son atendidos por el Ministerio de Bienestar Social, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto del Niño y la Familia y el Ministerio de Salud Pública. En el país hay 30 asilos que albergan a 3.129 individuos. La población jubilada del IESS, mayor de 55 años, asciende a 52.000 personas y si a ellos se suman los beneficiarios del seguro de viudez y orfandad, la cifra sube a 105.000 personas. La hospitalización de jubilados entre 1978 y 1981 fue aproximadamente del 13% y la consulta externa del 10%. Las patologías más frecuentes encontradas son tumores malignos, enfermedades cardiopulmonares, trastornos cardiovascularios, enfermedades respiratorias no tuberculosas, fracturas, luxaciones y esguinces.

Problemas de salud que afectan a la población en general

El foco principal de la oncocercosis está en la provincia de Esmeraldas, dividida en dos grupos: el principal o foco de Santiago comprende localidades de los ríos Cayapas, Onzole y Santiago, y los focos periféricos están localizados en los ríos Canandé, Cojomíes, Sucio, Verde y Viche. Se estima que la enfermedad afecta a unos 2.000 de los 11.000 habitantes dispersos en el área. Los grupos étnicos más afectados son los negros y los indígenas Cayapas. Las especies de simúlidos identificadas como vectores de *Onchocerca volvulus* son *Simulium exiguum* y *S. quadrivittatum*. En la zona hiperendémica del río Cayapas se encontró un índice de infección superior al 40%, con manifestaciones clínicas en el 57,9% de los infectados; el 34,7% de los positivos a microfilaria habían perdido la agudeza visual.

El área malárica del Ecuador es de 175.462 km² (60% de la superficie del país; 5.200.000 habitantes) y abarca, total o parcialmente, a 18 de sus 20 provincias. La disminución de la cobertura de las medidas antivectoriales está relacionada con el aumento de la incidencia de la malaria, y con una dispersión progresiva de casos a partir de la provincia de Esmeraldas, y con el restablecimiento de la transmisión en las provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas, El Oro, Cañar y Napo. La enfermedad, circunscrita por muchos años al área rural, ha invadido las zonas urbanas. Las inundaciones ocurridas en 1981 y 1982 colaboraron en la dispersión y el aumento de casos. El número de casos de malaria y la incidencia parasita-

ría anual por 1.000 habitantes fueron: 12.745 y 2,6 en 1981; 14.633 y 2,7 en 1982; 51.606 y 10,1 en 1983, y 78.599 y 14,8 en 1984. De estos casos, fueron infecciones por *Plasmodium falciparum* el 27% en 1981; el 21% en 1982; el 32% en 1983, y el 20% en 1984. La malaria representa un problema prioritario de salud, por lo que en 1984 el gobierno inició gestiones para obtener ayuda complementaria externa de AID, con objeto de ampliar las medidas de control.

En cuanto a las enfermedades epidémicas, en los primeros meses de 1984 se inició una epidemia de difteria que afectó principalmente a las provincias de Guayas (87% de los casos), El Oro (9,7%) y Los Ríos (3,8%). De los 53 casos investigados, fallecieron 11. La población más afectada fue el grupo de 5 a 14 años.

En 1983 se produjo un brote epidémico de peste bubónica en la provincia de Chimborazo. La mayor parte de los 65 casos se presentaron en la localidad de Nizag; en Huasuntos se registraron dos casos y cuatro en Quilliqui. No se notificaron defunciones.

Entre las zoonosis, cabe mencionar la rabia humana, que afectó sobre todo a las provincias de Guayas y Pichincha. Se registraron 34 casos en 1981, 34 en 1982 y 29 en 1983.

La facilidad de diagnóstico por tomografía axial computadorizada ha permitido detectar 100 casos de cisticercosis en los últimos años (1981-1984). Las provincias de Loja y Chimborazo parecen ser las más afectadas.

En 1984 se registraron 1.316 casos de leishmaniasis (14,8 por 100.000 habitantes), lo que significa una incidencia 12 veces mayor que la observada en 1980. Este aumento está relacionado con mejores registros, la habilitación de nuevas tierras para cultivos y las migraciones de población. En todas las provincias han aumentado los casos, excepto en Pichincha y Tungurahua. En la provincia de Bolívar la tasa fue de 189,4 por 100.000 habitantes.

En 1983, los casos de lepra en el Ecuador ascendieron a 270 por 100.000 habitantes. La mayor concentración por 100.000 habitantes se encontraba en las provincias de Los Ríos (134), Bolívar (89), El Oro (76)

y Loja (39). De estos casos, el 23% eran de tipo tuberculoso y el 35% lepromatoso.

Salud ambiental

No se han logrado resultados significativos con respecto a las metas establecidas para el Decenio de Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento en el ámbito nacional, debido a dificultades de coordinación en el subsector, así como a la falta de información confiable y de decisiones administrativas de las autoridades superiores. Entre 1981 y 1984, los avances de las coberturas con conexiones domiciliarias de agua potable fueron del 72,7 al 75,0% de la población urbana y del 13,5 al 20,5% de la población rural. Durante el mismo período, la extensión de la red de alcantarillado y eliminación de excretas se incrementó del 59,6 al 61,7% en el sector urbano y del 4,4 al 7,6%, en el rural. Las coberturas de los servicios de recolección domiciliar de basuras en las principales ciudades varía del 30 al 60%; el barrido de calles a menudo se efectúa en la parte céntrica y es del orden del 30%. La eliminación final es generalmente a campo abierto. Existen estaciones de medición de la calidad del aire en Quito, Guayaquil y Esmeraldas. En ocasiones, los valores de polvo de sedimento y polvo en suspensión han sobrepasado los límites de referencia y la acidez se ha acercado al máximo permisible. Del mismo modo, en varias cuencas es notoria la contaminación de los cursos de agua por el vaciamiento del sistema de alcantarillado y de desechos industriales. Hay un lago artificial eutroficado y es posible que este fenómeno se presente en embalses en construcción. Varias instituciones están realizando investigaciones y coordinando la futura adopción de medidas de control. Se ha avanzado poco en el conocimiento de la contaminación de suelos por plaguicidas y otras sustancias tóxicas y es poco también lo que se ha hecho en el saneamiento de basurales y otros focos generados por acumulación de materias putrescibles. Se ha estudiado recientemente el ruido ambiental en Quito y Guayaquil y los niveles observados aconsejan que deben controlarse.

Sistema de salud

El sector salud está integrado por los subsectores público y privado. El sector público comprende el Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas, otros ministerios, organismos autónomos como el IESS, y el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), or-

ganismo del Ministerio de Salud Pública que se ocupa del saneamiento ambiental. El Ministerio de Salud Pública presta servicios a alrededor del 80% de la población, el IESS al 10%, y las demás entidades al 10% restante. El subsector privado opera sobre

la base de la demanda. El Consejo Nacional de Salud, establecido en 1980, se encarga de la coordinación interinstitucional. Durante los últimos años los servicios de salud se han caracterizado por:

—El mantenimiento de las tendencias de crecimiento centralizado institucional; el gran impulso que en el decenio de 1970 se había dado al crecimiento de las instituciones de salud va perdiendo fuerzas, pero la disponibilidad de recursos sigue orientándose a las instituciones de alto nivel y a las provincias de mayor desarrollo, especialmente Pichincha y Guayas. Esta propensión se da tanto en el Ministerio de Salud Pública como en el IEOS en lo referente a ampliaciones, remodelaciones y nuevas construcciones, así como a infraestructura de agua potable, y en menor grado, a acciones de tipo sanitario como el alcantarillado.

—El estímulo al aumento de la cobertura de programas y servicios, especialmente en el nivel institucional; en ese sentido ha aumentado la ocupación y rotación de camas y ha disminuido el promedio de días de estancia en los hospitales de corta estancia, mientras que ha ocurrido a la inversa en los de larga estancia. En estos ha descendido la mortalidad hospitalaria debido a una mayor eficacia de los servicios. De acuerdo con el número de interconsultas se notó una tendencia a la especialización. Los egresos por 1.000 habitantes se han incrementado, pero no llegaron a un porcentaje óptimo de utilización de servicios.

—La disminución del crecimiento de los programas de puestos de salud, promotores de salud y algunos programas de atención; el aumento de médicos rurales compensó en parte los déficit de atención, no así la prevención.

—La tendencia progresiva, por parte del Ministerio de Salud Pública y el IESS, al aumento de especialistas y recursos tecnológicos sofisticados que requieren la dirección de personal especializado.

—La falta de coordinación interinstitucional, que se hace patente con la superposición de actividades del seguro social campesino y las acciones de los centros, subcentros y hospitales del ministerio, a pesar de que existen amplias posibilidades de complementación; las Fuerzas Armadas por su parte han mantenido su propia planificación independiente del resto del sector salud. La regionalización de

los servicios ha avanzado más allá de las etapas de estudio y planificación.

—El fortalecimiento de los sectores centrales—tanto en administración como en presupuesto—y el énfasis en los hospitales base repercute en forma negativa en el cumplimiento de la regionalización y extensión de cobertura de los servicios.

—La rigidez en la composición de los recursos médicos, que no va a la par con el desarrollo del sistema de atención general, y el aumento del personal administrativo que pone en evidencia una tendencia a la burocratización.

—Las mejoras en la producción y productividad de los servicios, que no son homogéneas pues aún persiste una baja cobertura del parto institucional y del control posterior al parto.

—La concentración de los orígenes del financiamiento en salud, que proviene de fondos nacionales y aportes de entidades internacionales. Los fondos se destinan mayormente a operaciones, y de ellos el 75% a gastos de personal. Durante 1980 y 1981 estos fondos han respaldado sobre todo a los programas de control y vigilancia epidemiológica y salud familiar. En 1984, el incremento general del presupuesto fue del 21,89%, y se beneficiaron todos los programas del ministerio, salvo el de complementación alimentaria. Las asignaciones provinciales, tuvieron un incremento constante, pero con variaciones de un año a otro y entre provincias. Entre 1980 y 1983, el subsector público creció el 20% considerando el total de establecimientos, y el subsector privado con fines de lucro creció el 50%, sin incluir dispensarios y consultorios médicos privados.

—La debilidad de los sistemas de información, que actualmente sirven para el análisis histórico del proceso de salud y enfermedad, pero no para evaluar año a año el impacto de las acciones de salud.

El proceso socioeconómico tuvo consecuencias para el sector salud, particularmente en el presupuesto general, las inversiones, la producción farmacéutica, la importación de equipos y producción nacional de implementos médicos sencillos y equipamiento de consultorios. El presupuesto para salud disminuyó en relación con el gasto público total, del

6% en 1980 al 5,2% en 1984; en términos absolutos subió con el crecimiento del presupuesto general del Estado. Las inversiones, que habían crecido en forma acelerada en el decenio de 1970, bajaron en el quinquenio 1980-1984. La producción farmacéutica permaneció esencialmente en manos de empresas extranjeras, y se importaron las materias primas y en algunos casos hasta los envases. Los laboratorios nacionales controlaron solo el 5% del mercado. El proceso económico general, al paso que afectó a los laboratorios nacionales, amplió las posibilidades de laboratorios extranjeros de subir los precios de los medicamentos. La importación de equipos médicos creció en forma considerable, con la consiguiente alza en el costo de los servicios.

Entre 1979 y 1984, las políticas de salud fueron variando. En la primera etapa había cierta continuidad con las políticas anteriores, pero más tarde se propone un cambio—sintetizado en la consigna “menos ladrillos, más vacunas”—hacia las inmunizaciones y el control de las enfermedades transmisibles, sobre todo malaria, y se cuenta con un importante apoyo financiero externo. Se fomentan incluso las medidas preventivas, sin afectar el acento histórico en la atención curativa; se inicia el establecimiento del sistema nacional de salud y la regionali-

zación, mediante una reorganización técnica, administrativa y financiera del sector.

En 1984 se proponen dos líneas estratégicas fundamentales: el programa de reducción de la morbimortalidad infantil y el de medicamentos gratuitos para menores de 5 años. Para el primero se cuenta con la ayuda financiera internacional de AID y UNICEF, y se piensa desarrollarlo sobre la base de las estrategias de prevención de la deshidratación por diarreas, vacunación, control del crecimiento y desarrollo, y fomento de la lactancia materna.

La Subsecretaría de Saneamiento Ambiental y Obras Sanitarias del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias tienen a su cargo la definición de políticas, la formulación de planes, la coordinación del subsector, la ejecución de programas y la asesoría en control ambiental y aplicación del código de salud. Con motivo de la elaboración del plan de desarrollo 1984-1988, se están reformulando las políticas para el subsector de salud ambiental. Las empresas municipales de agua potable y alcantarillado, las municipalidades mismas, algunas instituciones de desarrollo regional, el Banco de Desarrollo del Ecuador, universidades y otras entidades formadoras de recursos humanos, comparten las responsabilidades del subsector.



El Salvador

Contexto general

Análisis político, económico y social

En los últimos años, El Salvador ha sufrido un gran impacto en su economía y en los componentes sociales, como consecuencia de la alteración del orden público. En 1980, la población de más de 10 años económicamente activa comprendía el 51%. En 1984, la tasa de dependencia era de 94 por 100 habitantes debido en parte a la alta tasa de fecundidad (157,1 por 1.000 mujeres en edad fértil). Dentro de la estructura de la fuerza laboral, las tasas de desocupación a nivel nacional fueron del 25% en 1981 y 30% en 1982. Del total de la población económicamente activa existían aproximadamente 180.000 desempleados. En el área rural el porcentaje de ocupación se ha venido agravando cada vez más por la situación social. La estructura de producción del sector agropecuario, el gran tamaño de la familia en la zona rural, la concentración de la tenencia de la tierra, el escaso desarrollo de otros sectores y las condiciones precarias del hombre del campo, han dado como resultado que el índice de desocupación global en la zona rural se mantenga superior al 30%. La situación económica es bastante crítica. En 1982, el PIB se redujo en un 24% con respecto al de 1978. A estas dificultades hay que agregar la progresiva retracción de la inversión privada, la fuga de divisas, la disminución de las exportaciones, el rápido incremento de la deuda externa, la emigración de empresarios y profesionales, y los daños físicos a la infraestructura. A partir de 1979 se han venido poniendo en práctica tres reformas fundamentales destinadas a lograr una mejor distribución de las riquezas y desarrollar una acción gubernamental más decidida en favor del pequeño y mediano propietario. Sus resultados aún no pueden valorarse en toda su amplitud. En 1980, el

31,2% de la población de 10 y más años era analfabeta (mujeres, 32,2%; hombres, 26,8%). En el área urbana el analfabetismo es del 25% y en el área rural del 40%. En 1982, la población urbana favorecida con conexión domiciliar de agua potable era del 69,9% y la rural era del 41%. En cuanto a la eliminación de excretas, la cobertura era del 81% en el área urbana y del 26% en el área rural.

Características demográficas

El último censo de población se realizó en 1971; según estimaciones y proyecciones del Ministerio de Planificación, en 1984 había 4.679.326 habitantes, con una densidad de 222 habitantes por km². Aproximadamente el 39,3% reside en el área urbana (hombres, 48,3%; mujeres, 51,7%). El único departamento en el que predomina la población urbana es San Salvador, con 77,8%. La población menor de 5 años en el área urbana representa el 15,5% del total y en la rural el 19,4%. El crecimiento demográfico es acelerado aunque en los últimos años la tendencia ha sido más lenta. Entre 1981 y 1984, la tasa de natalidad descendió mucho, de 35,6 a 29,5 por 1.000 habitantes. De 1980 a 1982, la tasa de fecundidad fluctuó entre 165 y 157 por 1.000 mujeres en edad fértil; la más alta correspondió al grupo de 20 a 24 años con variaciones de 262,4 a 231,7 y le siguió en magnitud el grupo de 25 a 29 años con variaciones de 220,6 a 189,9. En el área rural la fecundidad es mayor.

La esperanza de vida ha ido aumentando; en el quinquenio 1950–1954, era de 46,7 y en 1980–1984 era de 64,6 (62,9 en el hombre y 66,4 en la mujer). Las proyecciones para el quinquenio 1995–2000 son de 70,2 años. De 1981 a 1984, el crecimiento vegeta-

tivo anual fue de 27,4 a 23,4 por 1.000. Debido a la migración, el ritmo de crecimiento de la población ha tenido un notorio descenso en los últimos cuatro años y se estimó que en 1984 era de 16,2 por 1.000 habitantes. En tiempos normales se movilizan alrededor de 400.000 personas en relación con los ciclos agrícolas de cosechas de café, algodón y caña de azúcar, lo cual plantea problemas de capacidad de los servicios de salud para atender esta demanda adicional. Se calcula que son 500.000 las personas que soportan la situación social que atraviesa el país, caracterizada por los desplazamientos de los refugiados de la región rural a la urbana.

Mortalidad

La mortalidad ha disminuido en los últimos cuatro años, si bien todavía es alta. En 1981, la tasa de mortalidad general fue de 7,7 por 1.000 habitantes, y en 1983 bajó a 6,9. Según las regiones de salud, las tasas fluctúan entre 5,4 en la región paracentral y 8,1 en la región oriental. La mortalidad infantil en 1983 parecía haberse estacionado en cerca de 43,8 por 1.000 nacidos vivos; en 1981 era de 44,0. En 1983, las cinco principales causas de mortalidad infantil eran las siguientes: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 25,0 por 1.000 nacidos vivos;

CUADRO 1

Diez primeras causas de defunción, número de defunciones, porcentaje del total y tasas por 100.000 habitantes, El Salvador, 1983.

No. de orden	Principales causas	No. de defunciones	% del total de defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
	Todas las defunciones	31.826	100,0	
	Subtotal, 10 primeras causas	14.027	44,1	
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.552	11,2	75,2 ^a
2	Infecciones intestinales debidas a otros organismos especificados y los mal definidos	2.206	6,9	46,7
3	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	2.198	6,9	46,5
4	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	1.102	3,5	23,3
5	Tumor maligno todas las localizaciones (incluye leucemia)	966	3,0	20,4
6	Bronquitis, enfisema y asma	945	3,0	20,0
7	Enfermedad cerebrovascular	886	2,8	18,7
8	Enfermedades isquémicas del corazón	876	2,7	18,5
9	Accidentes de vehículos de motor	685	2,2	14,5
10	Neumonía	611	1,9	12,9
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	2.607	8,2	
	Las demás causas	15.192	47,7	

^a Tasa por 1.000 nacidos vivos, 20,1.

enfermedades infecciosas intestinales, 8,7; luego bronquitis, enfisema y asma, 3,3; neumonía, 1,4, y anomalías congénitas, 1,1 por 1.000 nacidos vivos.

En general, puede decirse que la elevada mortalidad infantil en El Salvador está relacionada con algunos problemas sociales, la contaminación ambiental, la falta de educación, la deficiencia de los servicios de salud y la discriminación de la mujer, entre otros. La mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos ha descendido en forma irregular, de 0,9 en 1979 a 0,6 en 1981, para luego ascender a 0,8 en 1982. En 1983, esta tasa fue de 0,7 para el país, y osciló entre 0,3 en la región metropolitana a 1,2 en la región oriental.

En 1983 se registraron en el país 31.826 defunciones, de las cuales 2.607 (8,2%) se clasificaron como síntomas y estados morbosos mal definidos. Los diagnósticos mal definidos son frecuentes, en unos grupos de edad más que en otros, porque hay baja certificación y escasa asistencia médica; en 1982, el grupo de 65 años y más fue el más afectado por esta

causa. De las 31.826 defunciones registradas en 1983, fueron certificadas por médicos 15.211 (46,5%), de las cuales 9.096 tuvieron asistencia médica y 6.115 se certificaron por médicos sin asistencia médica. El total de defunciones sin certificación médica fue de 17.504 (53,5%).

Hasta 1979, las enfermedades intestinales ocupaban el primer lugar como causa de defunción, pero desde 1980 pasó a ocupar el segundo lugar con una tasa de 48,7 por 100.000 habitantes; en 1983 fue de 46,7 (cuadro 1). Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente están dentro de las tres primeras causas desde 1978, y en 1983 representaban el 6,9% del total de defunciones con una tasa de 46,5 por 100.000 habitantes. Esto se debe a la situación sociopolítica por la que atraviesa el país en los últimos años. Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las ocasionadas por tumores malignos y las respiratorias van en ascenso de acuerdo con lo observado en el cuatrienio 1981-1984.

Estado de salud

Salud del niño

En el grupo de menores de 1 año, las enfermedades transmisibles, las propias de la edad perinatal, las anomalías congénitas y la desnutrición constituyen los problemas más importantes. Las infecciones intestinales son la primera causa de mortalidad, morbilidad y demanda de servicios de salud. Las tasas correspondientes han descendido en los últimos cuatro años, pero aún se consideran altas. Las infecciones respiratorias agudas relacionadas con las condiciones del medio ambiente tales como vivienda, hacinamiento y desnutrición plantean también un problema. Las enfermedades prevenibles por vacunación son causa de defunción en este grupo, especialmente la tos ferina y el sarampión. La desnutrición proteinoenergética no figura entre las 10 primeras causas de defunción pero es motivo importante de consulta. Desde edad temprana los niños entran en el proceso de desnutrición relacionado con varios factores como frecuentes procesos infecciosos, ablactación precoz, aporte insuficiente de nutrientes y baja cobertura del programa infantil, que descendió de 1979 a 1982 en 7.037 niños inscritos, aun cuando en los dos últimos años tendió a mejorar.

El grupo de 1 a 4 años es el más vulnerable a las

malas condiciones del ambiente y a los problemas nutricionales, y contribuye a un alto porcentaje de la mortalidad general. Dentro de las cinco primeras causas de defunción de 1983 se destacan las siguientes: infecciones intestinales, bronquitis, sarampión, neumonía y desnutrición proteinoenergética. Respecto a la morbilidad, las cinco primeras causas de consulta externa para los últimos años han sido: infecciones intestinales, bronquitis, parasitismo intestinal, rinofaringitis y resfriado común, y además, otras enfermedades parasitarias. La desnutrición proteinoenergética, que se advierte ya en menores de 1 año, figura entre los 10 primeros lugares como causa de mortalidad. Según una encuesta realizada en 1978, la desnutrición grado II y III en niños menores de 5 años, según la clasificación de Gómez, fue de 10,5% para todo el país, con una mayor proporción de desnutrición en los departamentos que conforman las regiones de salud paracentral y oriental. El 51,4% de los niños del área urbana tenían peso normal, frente al 48,6% de los niños con algún grado de desnutrición. En el área rural, el 52,9% tenía algún grado de desnutrición y el 44,1% tenía peso normal. En los últimos cuatro años la situación nutricional se ha deteriorado más, pese a que los programas de salud pública ponen gran empeño en mejorar las

condiciones nutricionales mediante alimentación complementaria y educación en nutrición, en colaboración con entidades internacionales. El sarampión afecta notablemente a este grupo de edad, cuya mortalidad representó para 1982 el 4,7% de las defunciones en menores de 5 años. Cabe señalar que hay brotes de sarampión cada dos o tres años.

El grupo de 5 a 14 años que para 1984 fue estimado en 1.428.652, representa el 30,6% de todos los habitantes del país, es decir, casi la tercera parte. El 36,5% de esta población corresponde a la zona urbana y el 63,5% a la rural. El 3,4% del total de defunciones corresponde a este grupo de edad. Las cinco primeras causas de defunción fueron: infecciones intestinales mal definidas, 7,3 por 100.000 habitantes; accidentes de tráfico de vehículos de motor, 7,0; accidentes debidos a factores naturales y del ambiente, 6,3; otras violencias, 5,6, y ahogamiento y sumersión accidentales, 4,2.

Salud del adulto

El grupo de 15 a 24 años representa el 20% de la población total del país, y en 1983 el 25,4% de las defunciones totales. La violencia es el factor principal del aumento de este último porcentaje en relación al año 1980. La mortalidad masculina en este grupo es mucho mayor que la femenina. Las cinco primeras causas de defunción en el cuatrienio 1980-1983 fueron los accidentes y violencias, en este orden: otras violencias, principalmente acciones de guerra, con una tasa de 154,5 por 100.000 habitantes, lo que representó el 40% del total de defunciones de este grupo de edad; homicidios y lesiones infligi-

das intencionalmente por otras personas, con una tasa de 81,2, o sea el 21% del total de defunciones; suicidios y lesiones autoinfligidas, tasa 23,8; accidentes de tráfico de vehículos de motor, tasa 9,4, y ahogamiento y sumersión accidentales, tasa 9,4. Dentro de otras causas conviene destacar las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, y ya comienza a figurar en las 10 primeras causas el infarto agudo del miocardio.

En el grupo de 25 a 44 años, el primer lugar como causa de defunción correspondió al homicidio y las lesiones infligidas intencionalmente por otras personas, con 22,8% de las defunciones de este grupo. El segundo lugar correspondió a otras violencias con 16,4% del total. Otro grupo importante está constituido por las cirrosis y otras enfermedades del hígado y el síndrome de dependencia del alcohol, que están interrelacionadas. El cuarto lugar correspondió al infarto agudo del miocardio con 106 defunciones. Los suicidios, accidentes y las enfermedades cerebrovasculares ya comienzan a figurar en este grupo de edad.

En el grupo de 45 a 64 años, el primer lugar como causa de defunción correspondió a los homicidios con una tasa de 99,7 por 100.000 habitantes, la cual ha ido ascendiendo en los últimos seis años por las acciones bélicas. La mortalidad por enfermedades crónicas aumentó bruscamente, de manera que el infarto agudo del miocardio pasó a ocupar el segundo lugar, con una tasa de 51,7. El impacto de la mortalidad por esta enfermedad aumentó en el sexo femenino. La magnitud exacta de las enfermedades crónicas es difícil de establecer a través de las defunciones.

En cuanto a las enfermedades transmisibles de

CUADRO 2

Diez primeras causas de morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria, número de casos y tasas de morbilidad notificada, El Salvador, 1984.

No.de orden	Enfermedad	Casos notificados	Tasa de morbilidad notificada por 100.000 habitantes
1	Parasitismo intestinal	137.731	2.943,3
2	Enfermedad diarreica	123.010	2.628,7
3	Influenza	100.908	2.156,4
4	Malaria	66.844	1.428,5
5	Amebiasis	8.692	185,7
6	Escabiosis	8.580	183,6
7	Varicela	5.721	122,3
8	Gonorrea	5.674	121,5
9	Fiebre tifoidea	5.452	116,5
10	Sarampión	4.760	101,7

notificación obligatoria, en el cuadro 2 aparecen las 10 primeras causas de morbilidad en 1984. La contaminación del ambiente, especialmente el agua y los alimentos, la vivienda insalubre, así como la falta de servicios adecuados de aprovisionamiento de agua y eliminación de excretas contribuyen a mantener altas tasas de incidencia de enfermedades transmisibles. Esta situación se agrava aún más debido al consumo de alimentos en calidad y cantidad deficientes y a la falta de conocimientos en los aspectos de salud. En este grupo se destacan las enfermedades diarreicas con una tasa de 47 por 100.000 habitantes en 1983.

La malaria es uno de los problemas más serios de salud en el país debido a su magnitud y repercusión social. En la actualidad la distribución de la enfermedad presenta las mayores tasas de incidencia en

los departamentos de Chalatenango, Usulután, Sonsonate y La Paz; las tasas de morbilidad fluctúan entre 4.100 y 1.800 por 100.000 habitantes. En 1984, las especies parasitarias existentes eran *Plasmodium falciparum* (18,3%) y *P. vivax* (82,7%).

Por lo que toca a salud ocupacional, para el trienio 1980-1982, un 40% de la atención brindada por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social se dedicó a los accidentes de trabajo. Las tasas de accidentes por 1.000 cotizantes fueron de 75,5 en 1978 y de 45,1 en 1982, descenso que podría estar relacionado con el número menor de cotizantes en los últimos años y con la educación en la prevención de accidentes de trabajo. En 1978, los accidentes que ocuparon los primeros lugares fueron las cortaduras, contusiones, abrasiones, fracturas, punturas y torceduras. En 1982 aumentaron las quemaduras y escaldaduras.

Sistema de salud

La política de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como objetivos mejorar el sistema nacional de salud y el medio hostil y ampliar la cobertura de la atención en salud mediante la atención primaria de salud. Los servicios especiales de salud están estructurados en un nivel central, uno regional y uno local.

En 1984 existían 341 establecimientos de salud: 10 hospitales generales, 4 hospitales especializados de pediatría, maternidad, psiquiatría y neumología, 12 centros de salud de 75 a 100 camas cada uno, 100 unidades, 171 puestos de salud, 35 puestos comunitarios y 9 dispensarios. En la actualidad 46 establecimientos permanecen cerrados por problemas de alteración del orden público. Hay un total de 6.087 camas disponibles, de las cuales el 46% están en la región metropolitana. Las camas de medicina y pediatría se distribuyen en todas las regiones en tanto que las de psiquiatría, oncología y endocrinología están solo en la región metropolitana. La red de servicios de salud debería atender al 85% de la población del país, ya que el otro 15% tiene acceso al seguro social y a otras instituciones públicas y privadas. Las 6.087 camas representan en promedio 1,33 camas por 1.000 habitantes. No es equitativa la distribución de camas en las regiones: la única que tiene tres camas por 1.000 habitantes es la región metropolitana; las otras están entre 0,58 y 1,45 camas.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social cuenta con 40 centros de atención, incluidos cuatro hospita-

les, y para hospitalización cuenta con 1.101 camas, distribuidas así: medicina, 289; cirugía, 352; ginecología y obstetricia, 316. Para especialidades, 87 se destinan a psiquiatría y 57 a neumología.

En la atención primaria de salud en áreas rurales, en 1984 participaron 233 ayudantes rurales de salud, 741 parteras empíricas y 2.665 colaboradores voluntarios de la campaña antimalárica. En asistencia ambulatoria, la cobertura de la atención médica tuvo algunas variaciones: 60 consultas por 100 habitantes en 1981; 54 en 1982; 49 en 1983, y 60 en 1984.

En los hospitales del ministerio, en 1984, ingresaron 201.673 pacientes, de los cuales el 97,6% padecía enfermedades agudas y el 2,4% crónicas. Se contaron para esta atención con las 6.087 camas mencionadas antes, con un promedio de estancia de 6,7 días, una ocupación de 66,1% y un giro de camas de 35,2.

Con respecto a los recursos humanos, el Ministerio de Salud contó con 15.784 plazas, de las cuales 1.594 (10,1%) correspondieron a personal médico; 185 (1,2%) a odontología y 4.033 (25,6%) a personal de enfermería. En 1984, la distribución de los recursos humanos por 10.000 habitantes fue de 3,4 médicos, 0,4 odontólogos, 2,9 enfermeras y 6,0 auxiliares de enfermería, cifras considerablemente inferiores a las de 1982. En 1983, los recursos médicos del seguro social fueron de 3.600 personas: 602 entre médicos y odontólogos, 1.382 técnicos paramédicos, 651 administrativos y 965 de servicios. En el Ministerio de

Salud, el 64,3% de los recursos humanos corresponden a los hospitales, donde se concentran los recursos más capacitados.

El presupuesto asignado al Ministerio (8% del total del gasto público del país) viene en descenso desde

1981, lo cual no obedece a un plan determinado, sino que están sujetos a las condiciones imperantes en el país, existiendo siempre insuficientes recursos para la creciente demanda de servicios, pese a que la población va en aumento.



Estados Unidos de América

Contexto general

La población de los Estados Unidos goza generalmente de buena salud y tiene acceso a la atención necesaria. Las tasas de mortalidad han bajado a un punto sin precedentes y la esperanza de vida ha llegado a la marca más alta de todos los tiempos. El ritmo de las mejoras en estos y muchos aspectos del estado de salud se ha acelerado en los últimos 20 años. Si bien todos los grupos se han beneficiado de mejoras generales en el campo de la salud, persisten disparidades entre grupos étnicos y socioeconómicos. Las enfermedades y las discapacidades siguen imponiendo una pesada carga a las personas y a la sociedad. El envejecimiento de la población está creando mayores demandas para los recursos nacionales de atención de salud. Muchas de las enfermedades y afecciones que constituyen los problemas de salud más apremiantes son campos cuyos factores de riesgo se conocen cada vez mejor y en los que se adoptan medidas eficaces para reducirlos. Esos conocimientos se aplican con frecuencia a los programas de fomento de la salud y son adoptados por las personas en su vida diaria, con lo que se espera contribuir a un mejor estado de salud en el futuro.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en los Estados Unidos alcanzó una nueva marca de 74,6 años en 1983. Las mujeres blancas acusaron la mayor esperanza de vida (78,7 años), seguidas de las mujeres negras (73,6 años), los hombres blancos (71,7 años) y los hombres negros (65,4 años). La esperanza de vida ha comen-

zado a aumentar en edad más avanzada; por ejemplo, mientras que una persona de 65 años en 1970 esperaba vivir 15,2 años más o sea un total de 80,2 años, en 1983 esa misma persona podía esperar vivir otros 16,7 años, o sea un total de 81,7 años. Aunque la esperanza de vida se ha incrementado en todos los grupos, los aumentos recientemente registrados han sido mayores entre la población negra que entre la blanca. Como resultado de ello, la diferencia correspondiente entre las poblaciones blanca y negra se ha reducido de 7,6 años en 1970 a 5,6 años en 1983. La diferencia en la esperanza de vida entre los sexos, que se amplió por muchos años, parece estar disminuyendo actualmente. En promedio, las mujeres podían esperar vivir 7,1 años más que los hombres en 1983, en comparación con 7,6 años en 1970. Los Estados Unidos ocupan el decimoquinto lugar entre los países en desarrollo en lo que respecta a la esperanza de vida de los hombres y el séptimo lugar en cuanto a la de las mujeres.

Mortalidad

El aumento de la esperanza de vida refleja la disminución de la mortalidad que ha venido ocurriendo a largo plazo en los Estados Unidos y que caracteriza a grupos de todas las edades y a la mayoría de las causas de defunción. La mortalidad ha disminuido también entre las poblaciones blanca y negra pero la tasa de defunción por casi todas las causas sigue siendo más elevada entre la población negra que entre la blanca.

En 1983, la tasa de defunción ajustada según la edad, en la que se eliminan los efectos del envejecimiento de la población con el tiempo, fue de 550,5 por 100.000 habitantes, la menor cifra jamás notificada en los Estados Unidos. Esa tasa ha disminuido en un 23% desde 1970. Entre 1970 y 1984 disminuyó en un 289% en el caso de las enfermedades del corazón, que son la principal causa de defunción, y en un 49% en el caso del ataque apoplético, que ocupa el tercer lugar entre dichas causas. La tasa de disminución de la mortalidad por enfermedades del corazón en todo el país ha sido la más rápida del mundo. No obstante, los Estados Unidos todavía tiene una de las tasas más altas de defunción por cardiopatía de todas las naciones industrializadas, la cual se situó en 329,2 defunciones por 100.000 habitantes en 1983. En ese mismo año, el 38% de todas las defunciones se atribuyeron a las enfermedades del corazón.

Aunque el ataque apoplético ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción en los Estados Unidos, en 1983 la tasa general de defunción por esa causa (66,5 por 100.000) fue solo una quinta parte de la tasa correspondiente a enfermedades del corazón. La disminución de la mortalidad por esa causa ha sido mucho más favorable que en otros países: mientras que la posición internacional de los Estados Unidos en ese sentido estaba entre las peores en los años cincuenta, hoy en día está entre las mejores. Una de las razones probables de la disminución en la mortalidad por esa causa es el tratamiento más dinámico de la hipertensión.

Las tasas de defunción ajustadas según la edad, en el caso del cáncer—segunda causa más importante de defunción en los Estados Unidos—siguen aumentando paulatinamente; sin embargo, esa tendencia no es uniforme en cuanto a grupos de edad o sitios. Desde 1970, las tasas de defunción por cáncer han disminuido entre las personas menores de 50 años, pero han aumentado entre las de 50 años o más. La disminución entre las personas menores de 50 es probablemente el resultado de la mayor supervivencia debida al tratamiento efectivo de los diversos tipos de cáncer comunes en grupos de esa edad. Los aumentos registrados en los grupos de mayor edad se deben en parte a las tendencias del cáncer pulmonar que, a su vez, son principalmente el resultado del envejecimiento de cohortes de población con proporciones elevadas de fumadores. En el grupo de 45 a 64 años, la mortalidad por cáncer del aparato respiratorio es cerca de 2,5 veces superior a lo que fue en 1950, pero la correspondiente a los demás tipos de cáncer disminuyó en cerca del 10% en ese período. Hoy en día la mortalidad por cáncer pulmonar aumenta más rápidamente entre las mujeres que entre

los hombres. En las mujeres de 55 a 74 años, el cáncer del pulmón ya ha desplazado al cáncer de mama como causa principal de defunción por esa clase de enfermedad.

En 1983, se registraron en los Estados Unidos 40.627 defunciones de niños menores de 1 año. La tasa de mortalidad infantil de 11,2 defunciones por 1.000 niños nacidos vivos fue la tasa más baja jamás registrada en el país. Esa tasa siempre ha sido mucho más elevada entre la población negra que entre la blanca. Aunque la tasa de mortalidad de lactantes blancos y negros disminuyó en cerca del 4% anual entre 1965 y 1983, la de los niños negros es casi el doble de la de los blancos (19,2 en contraste con 9,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1983). Cerca de dos terceras partes de todas las defunciones infantiles en los Estados Unidos ocurren en el período neonatal, época en que los factores asociados con el desarrollo prenatal, la herencia y el proceso de nacimiento ejercen sus mayores efectos. En 1983, la tasa de mortalidad de neonatos negros fue un 94% superior a la registrada entre los blancos (12,4 y 6,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). Las diferencias raciales fueron aun más acentuadas en el período posneonatal. Gran parte de la diferencia entre la mortalidad de lactantes blancos y negros puede atribuirse a la desigualdad en la distribución del peso al nacer en los dos grupos. Independientemente del origen étnico, los lactantes con peso insuficiente al nacer están en mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año. Aunque la incidencia de insuficiencia ponderal disminuyó ligeramente en ambos grupos de niños de 1970 a 1982, entre los niños negros esa incidencia siguió siendo el doble de la observada entre los blancos durante todo ese período.

Las tasas de mortalidad infantil también difieren entre las diversas regiones geográficas y los estados del país. Entre 1981 y 1983, la tasa de mortalidad de los lactantes negros osciló entre 16,0 en la Zona de la Montaña y 22,5 en el este de la Zona Central del Norte. En el caso de los lactantes blancos, el rango fue menor, oscilando entre un mínimo de 9,5 en la región de Nueva Inglaterra y un máximo de 10,7 en el este de la Zona Central del Sur.

Aunque los datos más recientes indican que la mortalidad infantil sigue disminuyendo, la tasa de disminución parece haberse desacelerado. En los años setenta la tasa de mortalidad infantil disminuyó en cerca de un 4,5% anual, mientras que la disminución promedio, basada en datos provisionales para el período comprendido entre julio de 1982 y junio de 1985, fue del 2,6% anual. Hay varios países con tasas de mortalidad infantil mucho más bajas que la de los Estados Unidos; por ejemplo, en Finlandia, el Japón

y Suecia las tasas son inferiores a 7 por 1.000 niños nacidos vivos.

Los accidentes y la violencia son una mayor amenaza para la vida de la población joven de los Estados Unidos que las enfermedades. Entre 1950 y 1982, la tasa de defunción de niños de 1 a 4 años disminuyó en un 60%. Casi toda esa disminución se debe a la reducción de la tasa de defunción por causas relacionadas con enfermedad y no con los accidentes y la violencia. Desde finales de los años sesenta, en el grupo de 5 a 14 años la mortalidad por causas relacionadas con enfermedad ha sido inferior

a la ocasionada por accidentes y violencia. En 1983 los accidentes y los casos de homicidio y suicidio representaron tres cuartas partes de todas las defunciones en el grupo de 15 a 24 años, cifra que representa un aumento en comparación con la del 50% en 1950. Entre los jóvenes blancos de esa edad los accidentes de vehículos de motor son la principal causa de defunción mientras que entre los negros predomina el homicidio. Aunque las tasas absolutas son bajas, hay una diferencia sustancial entre las tasas de mortalidad de jóvenes blancos y negros por causas relacionadas con enfermedad en ese grupo de edad.

Estado de salud

Además de las tasas de defunción, en los Estados Unidos se dispone de varios indicadores para determinar las condiciones de salud y los efectos de las enfermedades y los traumatismos sobre la población. La autoevaluación de la salud es uno de los indicadores. La importancia de la percepción personal de la propia salud radica en el hecho de que a menudo la persona que cree que tiene buena salud se comporte como tal, independientemente de cualquier impedimento, discapacidad o enfermedad. Otro indicador importante de las condiciones generales de salud es la proporción de personas cuya actividad se ve permanentemente limitada por enfermedades crónicas o discapacidades. La limitación de actividad se define como la incapacidad de realizar las principales actividades del grupo al que pertenece la persona según la edad y el sexo; por ejemplo, trabajar, mantener el hogar y asistir a la escuela; limitaciones en la cantidad y clase de actividad principal, y restricciones en otras actividades como las de recreo, y las relacionadas con la iglesia y los intereses cívicos. Un tercer indicador del estado de salud es el número de días de incapacidad, que se refieren a una reducción temporal o breve de la actividad diaria como resultado de enfermedad aguda o crónica. Los datos sobre estos indicadores del estado de salud revelan diferencias entre grupos clasificados por edad, sexo, origen étnico y condición socioeconómica.

En 1983, casi dos de cada tres personas de la población civil no institucionalizada describieron su salud como muy buena o excelente y menos del 11%, como regular o mala; sin embargo, se observaron marcadas diferencias dentro de la población, según el origen étnico y el nivel de ingresos. Cerca del 70% de las

personas blancas declararon que su salud era excelente o muy buena, en comparación con alrededor del 50% de las personas negras. Un poco más de la mitad de las personas con ingresos familiares inferiores a US\$10.000 indicaron que su salud era buena o excelente pero en el caso de las familias que tenían ingresos de \$35.000 o más ese porcentaje fue del 79%.

Alrededor del 14% de la población siente algún grado de limitación en el desempeño de sus actividades a causa de enfermedades crónicas o deficiencias. Alrededor del 10% está limitada para desempeñar una actividad importante o no puede realizar la principal actividad que corresponde al grupo de su edad. La mayor limitación de actividad se encuentra en el grupo de 65 años o más, en el que representa un 39%. Desde 1960 se ha incrementado en forma muy acentuada el porcentaje de personas que notifican limitación de actividad por causa de afecciones crónicas. Aunque algunos investigadores han empleado esos datos para sugerir que el estado general de salud de la población se ha deteriorado, otros alegan que el aumento se debe principalmente a cambios en la estructura de las prestaciones por minusvalía y a las mayores expectativas que tienen las personas respecto de su salud a medida que envejecen. Además, a medida que disminuyen las tasas de defunción y envejece la población existe la posibilidad de que las personas que sobreviven los ataques cardíacos o el cáncer queden con alguna limitación por esas afecciones o con otras deficiencias relacionadas con el envejecimiento, tales como la artritis. En 1982, La población estadounidense tuvo en promedio 14,3 días de actividad restringida por causa de enfermedad y traumatismos. De ese período, 6,4 días representaron

tiempo de invalidez pasado en cama.

La mayoría de los adultos de 20 a 64 años de edad siguen prácticas favorables para la salud, que están relacionadas con un buen estado físico y longevidad; por ejemplo, duermen de 7 a 8 horas, consumen bebidas alcohólicas solo con moderación, no fuman, se mantienen físicamente activos y controlan su peso. Sin embargo, existen diferencias notables entre los subgrupos de población y mientras que cerca del 40% de los adultos con 13 años o más de instrucción seguían por lo menos cuatro de cinco prácticas de buena salud, solo el 30% de los adultos con menos de 12 años de instrucción hacían lo mismo.

El empleo de los servicios de atención de salud también varía según las características de la población. En general, tres cuartas partes de la población consultan a un médico en el curso de un año. En promedio, cada persona hace cinco consultas médicas al año. El número de consultas varía de 7,4 por persona en el grupo de 65 años o más a 3,3 en el de 5 a 17 años. El uso de los servicios dentales es menor, y solo un poco más de la mitad de la población declara que realiza una consulta al año.

Los hospitales no federales para internado corto prestaron 286,3 millones de días de atención a 38,8 millones de pacientes en 1983. La estadía media en el hospital fue de 6,9 días. El uso de los hospitales determinado según el número de días de atención por cada 1.000 habitantes disminuyó en cerca del

10% entre 1979 y 1983 en el caso de los hombres de 15 a 44 años y de las mujeres de 15 a 64 años. El empleo de hospitales de internado corto aumentó cerca del 3% en el caso de los ancianos y el 6% en el de los niños menores de 15 años. La tasa de intervenciones quirúrgicas es más elevada en los Estados Unidos que en muchos países. Cerca del 45% de los pacientes hospitalizados en hospitales no federales para internado corto se sometieron a esa clase de intervención en 1983. Una proporción importante del uso de hospitales puede atribuirse a la cirugía practicada a personas de 65 años o más y a las mujeres. Cerca de 1,4 millones de personas, la mayoría ancianas, residían en instituciones en 1983.

La mayoría de la población estadounidense tiene seguro particular para ayudar a sufragar los costos de la atención de salud. Cerca del 77% de la población menor de 65 años tiene seguro médico particular. Se estima que el 14,7% de la población no tenía ninguna clase de seguro público ni privado en 1982. La población anciana goza de protección en cuanto a servicios médicos y hospitalarios bajo el plan nacional de seguro médico para los ancianos (Medicare). Además, en los dispensarios de salud pública se ofrecen varios servicios y el programa de asistencia médica (Medicaid) presta ayuda financiera a las personas que reúnen los requisitos para asistencia pública y a los indigentes que necesitan cuidados médicos, independientemente de la edad.

Sistema de salud

Gastos en salud y costo de la enfermedad

En 1984 los dispendios por concepto de atención de salud en los Estados Unidos ascendieron a un total de \$387.400 millones—un promedio de \$1.580 por persona—y representaron el 10,6% del producto nacional bruto. Del gasto total, se destinó a atención de salud personal un monto de \$341.800 millones, o sea el 88%. El 12% restante sirvió para cubrir los gastos administrativos, los programas de salud pública, y el trabajo de investigación y construcción. Los desembolsos por atención hospitalaria representan la mayor proporción de los dólares empleados en atención de salud y constituyeron el 40,8% de esos gastos en 1984. Los servicios médicos representaron

el 19,5%, los odontológicos, el 6,5% y la atención en residencias de ancianos, 8,3% del dólar nacional destinado a atención de salud.

El rápido incremento de los gastos nacionales por concepto de salud en los dos últimos decenios se ha convertido en objeto de preocupación. Desde 1965, cuando por enmiendas a la Ley de Seguridad Social se estableció el servicio Medicare y se concedieron subvenciones a los estados para el servicio Medicaid, han aumentado tanto el gasto total como la participación del gobierno federal en el mismo. En 1965 el gasto nacional de salud ascendió a un total de \$41.900 millones, o sea un promedio de \$207 por persona. La participación federal en el gasto de atención de salud personal fue de 10,1% en 1965 en comparación con el 29,6% en 1984. El rápido aumento del costo de la atención de salud ha sido la

fuerza impulsora del enorme crecimiento de dicho gasto.

Los pagos directos efectuados por las personas y sus familias, el seguro médico particular y los gobiernos son las principales fuentes de fondos para la atención de salud. Hoy en día, los pagos directos constituyen una proporción más pequeña del gasto por concepto de atención de salud personal (29,9% en 1984) que en 1965 (51,6%). La participación del gobierno ha aumentado del 22,0% en 1965 al 39,6% en 1983. Tres cuartas partes de la proporción gastada por el gobierno en 1984 provino de fondos federales. El seguro médico particular pagó el 31,3% del gasto total por atención de salud personal en 1984 en comparación con el 24,2% en 1965.

Los estudios del costo económico total de la enfermedad en los Estados Unidos ofrecen información sobre el peso relativo que imponen las diversas enfermedades a las personas y a la sociedad. Se ha estimado que el costo económico total de la enfermedad en 1980 fue de \$427.000 millones (cuadro 1), cifra que incluye los costos directos de la atención médica y los costos indirectos de las pérdidas de producción ocasionadas por las personas enfermas que murieron prematuramente. Del costo total, cerca de \$79.000 millones, que representan el 18%, correspondieron a personas con enfermedades del aparato circulatorio. Los traumatismos y los envenenamientos costaron \$69.000 millones, seguidos de los tumores y las enfermedades de los aparatos digestivo y respiratorio.

En el cuadro 1 se indica el peso relativo que representan las principales enfermedades. En 1980, hubo cerca de 2 millones de defunciones, equivalentes a más de 35 millones de años de vida perdidos. Las enfermedades del aparato circulatorio representaron cerca de la mitad de las defunciones, un tercio de todos los años de vida perdidos y más de una quinta parte de los costos indirectos de la enfermedad. Las afecciones circulatorias ocupan un lugar de importancia entre todas las categorías porque como grupo se caracterizan por tasas de incidencia moderadamente altas, larga duración, discapacidad funcional, atención médica continua y un gran número de defunciones. Las enfermedades del aparato respiratorio causaron un mayor número de días de actividad restringida, de invalidez en cama y de pérdida de días de trabajo que cualquier otro grupo de enfermedades. Las afecciones respiratorias comunes tienen una incidencia muy elevada y son de corta duración. Esas afecciones causan muchos días de actividad restringida, uso frecuente de los servicios médicos y una tasa moderada de mortalidad. Los traumatismos y el envenenamiento son también costosos para la nación ya que representan cerca del 25% de los costos

indirectos de atención de salud. Ocupan el segundo lugar después de las afecciones respiratorias como causa de pérdida de días hábiles.

Prevención

El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen una importante iniciativa de salud pública en los Estados Unidos. Las inmunizaciones contra las enfermedades transmisibles han llegado a erradicar o a reducir pronunciadamente el alcance de varias enfermedades que antes producían tasas sustanciales de morbilidad y mortalidad. En 1983, el 94,6% de los condados del país estaban exentos de sarampión, el 79,6%, de parotiditis y el 91%, de rubéola. En 1982 y 1983, los 21 casos de poliomielitis que se registraron estuvieron asociados con la vacuna. La ocasional reversión temporal de esas tendencias subraya la necesidad de lograr la máxima cobertura posible de inmunización de los niños pequeños.

El principio de prevención se orienta cada vez más hacia las enfermedades crónicas. La disminución de la mortalidad por enfermedades del corazón y ataque apoplético en los últimos 20 años se debe en parte a los cambios en la prevalencia de factores de riesgo tales como el hábito de fumar y la hipertensión. La educación del público y los cambios en la atención médica han ayudado a reducir la prevalencia.

El hábito de fumar cigarrillos es la principal causa prevenible de enfermedad y defunción en los Estados Unidos. En 1965 más de la mitad de los hombres de 20 años o más y una tercera parte de las mujeres adultas fumaban cigarrillos regularmente. Desde entonces, el hábito de fumar ha disminuido de manera significativa entre los hombres adultos y en 1983 solo el 35% de ellos eran fumadores. La disminución de dicho hábito ha sido menor entre las mujeres y en 1983 cerca del 30% de estas todavía fumaba. El hecho de que ese hábito no muestre reducción entre las mujeres en época reciente se atribuye principalmente al incremento del número de mujeres fumadoras de 20 a 24 años, lo que se explica en parte por haber pasado a formar parte de este grupo las mujeres que eran adolescentes en los años setenta, cuando el hábito de fumar se propagaba entre los jóvenes. Además, persisten marcadas diferencias socioeconómicas entre las personas fumadoras; por ejemplo, en 1980, el 52% de la población de 25 a 44 años que no había asistido a la escuela secundaria estaba constituida por fumadores, en comparación con solo el 31% de las que tenían alguna educación universitaria. Los datos relativos al hábito de fumar entre los

CUADRO 1
Medidas de la carga que representan las diversas afecciones médicas para todas las personas, Estados Unidos, 1979-1980.

Afección médica	Defunciones (1980)	Años de vida perdidos (1980)	Días de actividad restric ^a (1979)	Días de invalidez en cama ^b (1979)	Días hábil ^c perdidos ^b (1979)	Gastos en atención de salud personal (1980)	Costos indirec- tos ^d (1980)	Total costos económicos (1980)
Todas las afecciones	1.990	35.144	5.390	1.925	563	\$219 ^c	\$208	\$427 ^c
Enfermedades infecciosas y parasitarias	17	339	363	156	34	4	4	8
Tumores	423	7.239	417	136	39	13	30	43
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	46	772	180	56	11	7	5	12
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	6	121	33	14	*	1	1	2
Trastornos mentales	14	275	159	57	14	20	5	25
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	22	553	270	87	16	17	5	22
Enfermedades del aparato circulatorio	993	12.515	742	244	42	32	46	79
Enfermedades del aparato respiratorio	129	1.788	1.136	517	141	17	22	39
Enfermedades del aparato digestivo	75	1.416	370	139	46	31	12	43
Enfermedades del aparato genitourinario	29	385	200	74	28	12	4	16
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	3	37	77	17	9	6	1	7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	6	109	658	170	37	13	8	22
Anomalías congénitas	14	892	---	---	---	1	3	4
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	29	891	199	77	18	4	6	10
Traumatismos y envenenamientos	161	6.100	537	159	121	19	51	69
Otras afecciones ^e	23	1.690	51	24	6	9	5	14

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

* La cifra no satisface las normas de fiabilidad ni precisión.

^a Incluye complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

^b Una actividad restringida, la invalidez en cama o la pérdida de días hábiles pueden atribuirse a más de una afección médica y por tanto se cuentan más de una vez en el total de días que duró la afección. No fue posible determinar la principal causa en casos en que se citó más de una.

^c Incluye gastos en otros servicios de salud, otros servicios profesionales y atención en hospicios que no pudieron asignarse a las afecciones.

^d Incluye sueldos y jornales y valores imputados de servicios domésticos perdidos entre las personas actualmente empleadas, las mujeres que trabajan en el hogar, las personas que no pueden trabajar y las que mueren. Los valores actuales se descuentan al 6%.

Nota: Es posible que la suma de los números no corresponda a los totales indicados porque se han redondeado las cifras.

estudiantes de último año de secundaria indican una reducción de 35% entre 1976-1977 y 1984 en el porcentaje de los que fuman, de manera que la proporción de estos disminuyó a menos de 20%.

Puesto que en ensayos clínicos importantes se ha demostrado la eficacia de los medicamentos para tratar la tensión arterial aun moderadamente elevada, el gobierno y los organismos particulares han patrocinado programas nacionales para descubrir y tratar a las personas con hipertensión. Entre 1960-1962 y 1976-1980 se duplicó la proporción de personas hipertensas que tomaban algún medicamento y que tenían la tensión arterial bajo control. Esa afección predomina todavía mucho más entre la población negra que entre la blanca. En cambio, la prevalencia de elevadas concentraciones de colesterol sérico fue bastante similar entre las personas blancas y negras de 35 a 74 años entre 1976 y 1980. La prevalencia de la obesidad no ha cambiado mucho desde 1960. Es mucho más alta entre las mujeres negras que entre las de cualquier otro grupo clasificado por origen étnico y sexo.

Envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población impondrá mayores demandas a los recursos de atención de salud de la nación. Las personas ancianas consumen más servicios de atención de salud que las jóvenes. Tienen un mayor número de enfermedades crónicas, más discapacidades y deficiencias físicas. El gasto per cápita en atención de salud personal a las personas mayores de 65 años ha sido equivalente a casi siete veces el observado entre las personas menores de 19 años. En 1980, el grupo de 65 años o más representaba cerca de una décima parte del total de la población pero consumía aproximadamente un tercio del dólar destinado a la

atención de salud. Los ancianos originaron el 17% de todas las consultas médicas y el 38% de todos los días de internado corto en los hospitales.

Decididamente, la mayoría de las personas ancianas de los Estados Unidos siguen llevando una vida independiente. Solo una pequeña proporción equivalente a cerca del 5% vive en residencias de ancianos. En la edad más avanzada, 85 años o más, la proporción atendida en esas instituciones aumenta al 22%. De las personas ancianas que viven en la comunidad, cerca del 12% necesitan asistencia con el cuidado personal y manejo del hogar para mantener su independencia.

Desde 1965 la población de 65 años o más ha crecido a un ritmo equivalente al doble del de la población joven; el 55% en comparación con el 25%, respectivamente. El número de personas muy ancianas crece aun más rápidamente.

La administración de la seguridad social ha estimado que el número de personas de 65 años o más aumentará de 25,9 millones en 1980 a 36,2 millones en el año 2000. La población de 85 años o más aumentará de 2,6 millones a 5,4 millones. La proporción de ancianos también aumentará en relación con otros grupos de la población.

Las proyecciones demográficas varían pero las pasadas fluctuaciones de las tasas de natalidad y mortalidad indican claramente que el aumento en el número de ancianos será muy rápido en los próximos 50 años. Aun si no hubiera otras disminuciones en las tasas de mortalidad, el número de personas de 85 años o más llegaría casi a duplicarse en los próximos 25 años, mientras que el aumento en el grupo de 75 a 84 años sería ligeramente inferior. Los grupos más jóvenes aumentan a una tasa más lenta. La prestación de los servicios necesarios será uno de los mayores desafíos que afrontará el país en el campo de la salud.

Grenada

Contexto general

Análisis político, económico y social

Grenada, antigua colonia británica y sede del gobierno de las Islas de Barlovento, proclamó su independencia política de Gran Bretaña en 1976 y adoptó luego un gobierno parlamentario del tipo existente en Westminster. De 1979 a 1983 asumió el poder el Gobierno Popular Revolucionario y durante esa época hubo muchos cambios en el sector público, inclusive en la modalidad y la prestación de la atención de salud. En 1984 un gobierno interino formado por miembros nombrados por el Gobernador General se ocupó de los asuntos de Estado. El actual gobierno asumió el poder después de las elecciones generales celebradas en diciembre de 1984.

Existe un sistema de educación primaria y secundaria y hay uno de educación terciaria bajo la égida del Centro Extramural Universitario. El inglés es la principal lengua del país y la tasa de alfabetización es de 85%. Existe una facultad de medicina, establecida en St. George en los años setenta, a la que asisten principalmente estudiantes de América del Norte.

La comunicación interna es buena. El país tiene una red vial que permite acceso aun a las zonas remotas. Hay un sistema privado de servicio de autobuses en las zonas rurales y la capital goza de servicios de autobuses público y privado. El sistema telefónico se extiende a toda la isla. Hay servicios de

transporte aéreo y ya está en funcionamiento un aeropuerto internacional recientemente construido. También existe un puerto de aguas profundas.

La economía se basa casi por completo en la agricultura. Los principales cultivos de exportación son la nuez moscada, el cacao y el banano. Las industrias livianas son pocas. La industria turística es próspera y tiene un gran potencial. El producto interno bruto per cápita (PIB) es de US\$679.

Características demográficas

En 1983, la población total del territorio, incluida la dependencia de Carriacou, se estimaba en 110.000 habitantes, el 60% de los cuales tenían menos de 25 años y el 6%, 60 ó más. La densidad demográfica era de 305 por km². La mayoría de la población es de descendencia africana; hay una minoría de personas naturales de las Indias Orientales y otra aun más pequeña de personas de descendencia europea. En los últimos 40 años la migración a otros territorios de las Indias Occidentales, el Reino Unido y América del Norte ha mantenido estable el tamaño de la población. Entre los principales indicadores demográficos se destacan una tasa de natalidad de 26,3 por 1.000 habitantes y una de mortalidad de 7,3 por 1.000 habitantes.

Estado de salud

La información estadística es insuficiente para hacer una evaluación completa de la salud de la población pero en el período de 1982-1983, la tasa de mortalidad infantil fue de 21,2 por 1.000 niños nacidos vivos y la de mortalidad materna, de 1,4 por 1.000 nacidos vivos. Junto con una esperanza de vida al nacer de 67 años, esas cifras demuestran que las condiciones de salud de la población nacional siguen mejorando.

La incidencia de enfermedades infecciosas continúa en descenso. La gastroenteritis en niños menores de 5 años es todavía común pero el fomento de la lactancia natural y la terapia de rehidratación oral han tenido un efecto notable. La isla está exenta de malaria y se ha reducido la infestación con *Aedes aegypti*. Se ha emprendido un programa de erradica-

ción de la lepra. En 1983, del 68 al 78% de los niños menores de 1 año estaban inmunizados contra la difteria, la tos ferina, el tétanos y la poliomielitis pero solo el 7% contra el sarampión.

La hipertensión, la diabetes mellitus y los tumores malignos son los trastornos comunes y, junto con las enfermedades cardiovasculares, representan las principales causas de defunción. Van en aumento las afecciones relacionadas con los accidentes.

El programa de salud mental consiste principalmente en farmacoterapia y la orientación individual recibe muy poca atención por escasez de personal idóneo y el hecho de que, por lo general, la salud mental no se considera como parte integrante de la atención primaria de salud.

Sistema de salud

Se presta atención primaria de salud por medio de un sistema público de 6 centros asistenciales, 27 estaciones de consulta, un centro en la periferia, un centro de maternidad, 8 dispensarios dentales y 6 hospitales. El sistema hospitalario está formado por el principal hospital multidisciplinario (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). Es abundante la atención institucional en el sector privado, que comprende dos casas de convalecencia.

La atención de salud se ha organizado en tres niveles: comunitario, distrital coordinado con otros sectores y comunidades, y central, donde las actividades son coordinadas por el Comité Nacional de Atención de Salud presidido por el Ministro de Salud.

El acceso a la atención de salud se considera bueno. En 1982 había 3,8 médicos, 0,7 odontólogos, 33,7 enfermeras y 15,7 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, no existe un sistema satisfactorio de envío de casos ni un sistema coordinado de información para la administración de la atención de pacientes.

En el Ministerio de Salud existe una división de planificación, vigilancia y evaluación que se encarga de coordinar las actividades de los equipos de los tres niveles de atención. Además, esa división trabaja con el comité de atención primaria para garantizar la incorporación de la estrategia de atención primaria de salud en el enfoque empleado por los equipos en cada nivel.

La coordinación de los sistemas de salud y educación, en el que participan por lo general las personas no especializadas, permite difundir información de salud a la comunidad. Se utilizan los medios de información pública para fomentar los programas en toda la isla.

Los servicios de salud son financiados principalmente con fondos de la renta nacional. Se importan todos los suministros esenciales como medicamentos y equipo. El análisis de recursos humanos indica que hay escasez de personal médico que preste servicios de atención primaria.

El Ministerio de Salud trabaja estrechamente con los Ministerios de Agricultura, Educación, Obras Públicas y Hacienda en el ejercicio de sus funciones. Puesto que el turismo es un importante campo de desarrollo, un medio ambiente inocuo, sano y atractivo constituye una prioridad.

Se estima que el 85% de la población tiene acceso a agua potable. Se proyecta mejorar el control de la calidad del agua, ampliar los servicios de laboratorio, incrementar la protección de las zonas de captación de agua contra la contaminación y ampliar los servicios. St. George, la capital, cuenta con un limitado sistema de alcantarillado y la mayoría de la población tiene servicios de pozos sépticos o letrinas. Diariamente se recolectan unas 12 toneladas de un total aproximado de 50 toneladas de basura. No existen medios mecánicos de comprimir ni cubrir la basura y los camiones de recolección no se mantienen como es debido.

Hay escasez de personal adiestrado para inspeccionar la carne y otros alimentos así como los establecimientos de consumo y anualmente se capacita a dos inspectores.

El programa de salud pública veterinaria se concentra en el control de la rabia y de los roedores. La rabia de la mangosta es endémica.

Las principales fuentes de cooperación técnica y financiera externa son CARICOM, CE, BODA, OPS/OMS, el Proyecto Hope, FNUAP y USAID. Se han suscrito acuerdos de cooperación en la zona del Caribe con CFNI, CAREC y CARICOM.



Guatemala

Contexto general

Análisis económico y social

Entre los rasgos sobresalientes de la evolución de la economía en el curso de los últimos decenios se destaca el dinámico crecimiento económico del país logrado en forma sostenida durante el período comprendido entre 1950 y 1978 en que el PIB creció a una tasa acumulativa anual del 5%. Se diversificó la producción agrícola de exportación y se incrementó la producción industrial, principalmente para el mercado común centroamericano; aumentaron las importaciones de bienes intermedios y bienes de capital. El ingreso real por habitante casi se duplicó. A pesar de ese dinamismo económico, no fue posible mejorar significativamente la distribución del ingreso; al contrario, se amplió la brecha en la escala del bienestar material entre los grupos sociales; los distintos estratos de la población se beneficiaron en forma desigual y se acentuó el grado de concentración del ingreso.

A partir de 1978 hubo una progresiva desaceleración del crecimiento económico que se agudizó en 1982 y 1983 cuando la tasa de crecimiento registró valores negativos sin precedentes de -3,5 y -2,5% respectivamente. Disminuyó el volumen de exportaciones y se redujo la disponibilidad de las divisas debido sobre todo a la fuga de capitales y al deterioro de los términos de intercambio, lo cual obligó a restringir las importaciones.

En cuanto a la demanda global, los factores que más han influido en la desaceleración del producto han sido la persistente disminución de la inversión privada y de las exportaciones, así como una caída del gasto público en 1982 y 1983. El deterioro económico es consecuencia de la crisis económica mundial que repercutió en los niveles de exportaciones y

en los precios de la mayoría de los productos de exportación; es además resultado de las tasas elevadas de intereses sobre préstamos externos y de las dificultades para acceder al financiamiento externo. A partir de 1982 se adoptó una política de austeridad en el gasto público; se redujeron los aportes en proyectos de gran magnitud y baja prioridad y se optó por una política crediticia orientada hacia la utilización mayor del financiamiento externo.

En resumen, el país atraviesa una crisis de dimensiones sin precedentes que afecta el ámbito económico, político y social. Esta situación se refleja en mayores desajustes en los sectores externo y público, en el desempleo y en la satisfacción de las necesidades básicas.

Uno de los problemas más agudos es la alta tasa de subutilización de los recursos humanos, el bajo nivel de ingreso y su desigual distribución funcional, regional y por estratos sociales. A pesar de que el desempleo abierto ha tendido a incrementarse, el principal problema ocupacional del país continúa radicando en el subempleo que, en términos de desempleo, equivalió en 1982 al 33,2%. Se estimó que en 1983 la tasa de desempleo abierto y subempleo equivalente ascendería al 41,7%. Una de las características de la fuerza de trabajo es su bajo nivel de calificación y su escaso grado de instrucción. En 1982 el 42% de la población económicamente activa no tenía ningún grado de escolaridad mientras que el 25% había cursado solo los tres primeros años de enseñanza primaria. Datos de marzo de 1983 provenientes del Departamento de Población y Empleo de la Secretaría General de Planificación Económica indican que el 41,5% de la población que recibe ingresos era analfabeta, el 43,3% tenía educación primaria completa, el 4,3% había recibido educación básica,

el 5,6% tenía algún grado de educación diversificada, el 0,3% había cursado estudios tecnológicos universitarios y el 0,1% tenía estudios de posgrado.

Características demográficas

Se estimó que en 1983 la población ascendía a 7,6 millones de habitantes, con un crecimiento anual medio del 2,9%; para 1984 se estima contar con 7,8 millones de habitantes.

La fecundidad y la mortalidad han tendido a decrecer, aun cuando continúan siendo relativamente altas; en 1982 se notificaron 306.737 nacimientos con una tasa de natalidad de 38,3 por 1.000 habitantes; el 19% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos hospitalarios, el 71% en domicilios y el 10% en otros sitios. El descenso de la mortalidad entre 1950 y 1982 (de 20,5 por 1.000 habitantes a 9,7) elevó la esperanza de vida de 42 años en 1950 a 58 años en 1982. Se calcula que la esperanza de vida al nacer para el período 1980-1985 era de 60,7 (60 años para los hombres y 62 para las mujeres). La tasa neta de reproducción tendió a crecer levemente entre 1973 y 1981 (2,30 hijos promedio por mujer en 1973 y 2,37 en 1980), lo cual demuestra la tendencia a mantener altos niveles de fecundidad. En relación con la estructura por edad el 45,1% son menores de 15 años, el 41,8% de 15 a 44 años y el 13,1% de 45 años y más.

La distribución geográfica de la población ha variado considerablemente durante el período 1950-1981. En el departamento de Guatemala la población ha crecido a una tasa superior al promedio nacional; la población de otras regiones como la de los departamentos de El Progreso, Santa Rosa, Jutiapa y Jalapa ha disminuido constantemente en términos relativos; similar es la tendencia poblacional en la región del altiplano, compuesta por los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quezaltenango, Sololá, El Quiché y Totonicapán. La densidad poblacional promedio del país es de 64 personas por km²; sin embargo, esta varía de 12 habitantes por km² en El Petén y Alta Verapaz a 600 habitantes por km² en el departamento de Guatemala. Las regiones más ocupadas son el altiplano, la costera del Pacífico y la zona del área metropolitana de la ciudad de Guatemala. Se estima que el 35% de la población vive en zonas urbanas y el 65% en el área rural distribuida en unas 18.640 localidades que en su gran mayoría tienen menos de 500 habitantes.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad en 1981 fue mucho más alta en el sexo masculino (11,9) que en el feme-

nino (8,2). Entre el 25 y el 30% de las defunciones tienen certificación médica. El país presenta una patología eminentemente infecciosa y existen problemas de diagnóstico ya que el rubro de estados morbosos mal definidos representa un 14% (1981) del total de defunciones y es el segundo diagnóstico en orden de importancia. En el cuadro 1 obsérvense las cinco principales causas de mortalidad en 1982.

Las estadísticas oficiales de mortalidad reflejan últimamente un deterioro en la situación de salud. Es evidente que la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad general e infantil se ha revertido (cuadro 2) y que la tasa de mortalidad materna se ha mantenido estacionaria. Cerca del 50% de la mortalidad general sucede en niños menores de 5 años.

La mortalidad rural es un 33% más elevada que la urbana y la mortalidad indígena supera en un 50% a la de la población ladina. La tasa de mortalidad tendía a descender en todos los departamentos del país, excepto El Petén. El patrón general de la mortalidad en Guatemala es típico de los países menos desarrollados: elevada mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (30%) y por estados morbosos mal definidos (14%). Las enfermedades del corazón y los tumores malignos ocupan el octavo y décimo lugar entre las causas de defunción.

Con respecto a la supervivencia infantil es bastante crítica la situación del grupo primario madre-niño. Al iniciarse el decenio de 1980 se produjeron más de un cuarto de millón de nacimientos y en 1983 se llegó a 307.000 nacidos vivos. En 1982 fallecieron 69.772 guatemaltecos de los cuales el 42% fueron niños menores de 5 años, en su mayoría por enfermedades diarreicas, respiratorias, parasitarias y otras enfermedades infectocontagiosas. El nivel de instrucción de la madre tiene estrecha relación con la mortalidad en los primeros años. Así, para la madre sin ninguna instrucción, la probabilidad de morir de un niño antes de cumplir 2 años es de 169 por 1.000 niños y para una madre con 10 o más años de instrucción es de 26 por 1.000.

Los homicidios ocupan el primer lugar como causa de defunción en el sexo masculino. Esta causa, sumada a las lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas, representa más del 17,4% (1981) de todas las muertes del sexo masculino para todas las edades (o sea 291 defunciones por 100.000 hombres por año).

Morbilidad

Los datos de morbilidad provienen de tres fuentes: la consulta externa atendida por médicos en los esta-

CUADRO 1
Las principales causas de defunción por 100.000 habitantes, Guatemala, 1981.

País y causas de defunciones (CIE, 9a Revisión)	Todas las edades		Menores de 15 años		15 años y más	
	No. de orden	No. %a	No. de orden	No. %a	No. de orden	No. %a
Todas las defunciones		71.748 100,0		32.179 100,0		39.029 100,0
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)		10.217 14,2		4.884 15,2		5.220 13,4
Total de defunciones por causas definidas ^a		61.531 100,0		27.295 100,0		33.809 100,0
Infección intestinal por organismos específicos y la mal definida (007-009)	1	11.113 18,1	1	7.784 28,5	3	3.313 9,8
Influenza y neumonía (480-487)	2	8.415 13,7	2	5.538 20,3	4	2.857 8,5
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	3	8.111 13,2	-	177 0,6	1	7.667 22,7
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	4	5.787 9,4	-	550 2,0	2	5.202 15,4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	5	3.432 5,6	3	3.432 12,6	-	-
Enfermedades del corazón (390-429)	-	2.813 4,6	-	56 0,2	5	2.749 8,1
Deficiencias de la nutrición (260-269)	-	2.552 4,1	5	1.262 4,6	-	1.270 3,8
Sarampión (055)	-	2.214 3,6	4	2.117 7,8	-	96 0,3

a El porcentaje por causa se basa en el total de las muertes por causas definidas.

CUADRO 2

Tasas de mortalidad general, materna e infantil, Guatemala, 1970 y 1982-1984.

Tasas	1970	1982	1983	1984
Mortalidad general por (1.000 habitantes)	14,4	9,5	10,1	8,6
Mortalidad materna (por 1.000 nacidos vivos)	1,6	1,3	1,2	0,8
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	80,5	48,3	81,1	68,5

Fuente: Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Marco General de Referencia. Guatemala, 1985.

blecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; los egresos hospitalarios procedentes de los hospitales del mismo ministerio y la notificación de enfermedades transmisibles. La calidad de los datos es limitada debido a algunas restricciones para llevar a cabo una investigación diagnóstica precisa en la gran mayoría de los casos y también a la falta de adiestramiento de los médicos para registrar correctamente la morbilidad. Las enfermedades infecciosas: diarreas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades prevenibles por vacunación y las parasitarias, la malaria y la desnutrición, determinan principalmente la morbilidad en el país. En el cuadro 3 pueden observarse las principales causas por consulta externa registradas en 1983. Se hicieron 1.359.597 consultas, lo que representa una

utilización muy baja de 0,17 consultas (sobre la base de 1.360.000 consultas) por habitante por año. El 20% de las consultas son motivadas por enfermedades infecciosas y parasitarias; la malaria en particular ocupa el octavo lugar y los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos representan el 15,6% de los diagnósticos hechos en consulta externa.

Como es de esperar el patrón de morbilidad atendida en los hospitales es bien diferente del de la consulta ambulatoria. Más de un tercio de los egresos se deben a causas relacionadas con el embarazo. El parto normal es la causa más frecuente de egreso (24,1%); las causas obstétricas directas ocupan el segundo lugar (8,2%) con respecto al total de egresos; las enfermedades del aparato genitourinario ocupan

CUADRO 3

Principales causas de consulta externa, Guatemala, 1983.

Causas principales	No. de consultas	%
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	120.405	10,49
Otras enfermedades del aparato respiratorio	93.910	8,18
Otras enfermedades del aparato digestivo	73.770	6,43
Otras enfermedades del sistema nervioso y los sentidos	71.198	6,20
Enfermedades de la piel y sistema osteomuscular	68.036	5,93
Otras enfermedades del aparato genitourinario	65.373	5,70
Otras infecciones intestinales	53.452	4,66
Malaria	50.231	4,38
Anemias	37.598	3,28
Deficiencias de nutrición	35.100	3,06
Resto de las causas	478.441	41,69
Subtotal, causas conocidas	1.147.514	100,0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	212.083	18,48
Total consultas	1.359.597	
Población total estimada:	7.926.692	

el tercer lugar (5,8%) seguidas de otras enfermedades intestinales (5,1%). Los médicos atienden el 18% de los partos, las comadronas adiestradas el 26% y las parteras empíricas el 56%. El 19% de los partos son atendidos en hospitales y el 3% en casas de salud, lo que representa el 22% de los nacimientos atendidos institucionalmente.

En las zonas rurales se concentra la mayor parte de los niños de bajo peso al nacer y esto se debe a la baja cobertura de atención, la malnutrición materna, el saneamiento inadecuado y los factores socioeconómicos.

Otros problemas relacionados con la salud

Las aguas servidas de los alcantarillados que desembocan en los ríos y otros cursos de agua sin ser

previamente tratadas dan origen al problema crítico de contaminación del agua. En cuanto a los biocidas va en aumento el empleo en la agricultura de productos orgánicos sintéticos como organoclorados, fosforados y carbonatos; muchos de ellos son tóxicos para la fauna y se concentran en la cadena alimentaria; sus concentraciones en el agua aún son bajas.

Las cifras disponibles para 1983 de accidentes notificados por las unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social indican que de un total de 41.604 accidentes atendidos el 66% fueron accidentes de trabajo y el resto accidentes comunes. El grupo de edad más afectado fue el de 21 a 30 años y el 93% correspondió al sexo masculino. El 43% de los accidentes se producen en el sector de agricultura y el 22% en el sector obrero. De los accidentes comunes, que representan un 34% del total, el 45% corresponde a accidentes de tránsito ocurridos en calles y carreteras.

Sistema de salud

Los servicios de salud se brindan a través de diversas instituciones que pueden clasificarse en dos grandes sectores. Por una parte el sector público está compuesto por: a) el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al que por ley le compete la cobertura legal total de la población del país y tiene función coordinadora del sector; b) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que presta atención médica general a los trabajadores y a los familiares dependientes. El régimen de seguridad social es nacional, unitario y obligatorio, está fundado en los principios más amplios y modernos que rigen la materia y su objetivo final es proteger a la población del país sobre la base de una contribución proporcional a los ingresos y de una distribución de beneficios a cada contribuyente y a sus familiares dependientes; c) las municipalidades, que asumen la responsabilidad del suministro de agua, la eliminación de basuras y otros aspectos del saneamiento básico; en algunos casos mantienen dispensarios médicos; d) la sanidad militar que tiene un programa de atención de salud para personal de las fuerzas armadas; e) la Universidad de San Carlos, entidad autónoma que cuenta con una Facultad de Medicina, de Odontología y Farmacia; f) el bienestar social que mantiene guarderías infantiles a través de las cuales proporciona servicios de salud y recreación, y g) el sistema

comunitario que está organizado por el ministerio a través de un programa de incorporación de personal de la comunidad en las acciones de salud; además está orientado a capacitar comadronas tradicionales y promotores de salud y a organizar comités de líderes comunitarios y otro tipo de personal voluntario que colabora en los programas de salud.

Por otra parte el sector privado está compuesto por: a) 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, y b) entidades lucrativas como hospitales, casas de salud, clínicas y consultorios particulares. De los 59 hospitales privados (cerca de 1.200 camas) unos dos tercios están ubicados en la ciudad de Guatemala.

No cabe duda de que es necesario impulsar un proceso de planificación y programación que permita el desarrollo integral y armónico de los servicios tanto en los aspectos técnicos como en los administrativos con objeto de extender la cobertura a las áreas y grupos de población más desprotegidos.

El sector público de salud dispone de más del 90% de los recursos institucionales del país para la atención médica de la población; el 10% restante está constituido por hospitales privados y casas de salud

que en 1982 contaban con 1.619 camas de las cuales el 61% estaban concentradas en la capital. En las localidades de menos de 2.000 habitantes el promedio de habitantes por establecimiento es de 12.475. Si se toma en consideración que en estas localidades funcionan casi exclusivamente los puestos de salud—que en promedio tienen apenas 2.800 horas anuales de personal—es fácil comprender que la cobertura es muy baja. Solo se alcanza un promedio de 0,39 consultas por habitante y casi no existe asistencia hospitalaria de internación. El ministerio otorga en promedio 0,3 consultas anuales por habitante.

Si se agregan las consultas brindadas por la seguridad social la razón de consultas anuales que dispensa el sector público es de 0,4 por habitante. Sin embargo, dado que el 75% de las consultas de la seguridad social son efectuadas en la capital y el 25% restante en localidades de 10.000 a 100.000 habitantes, las tasas de consultas por año por habitante se distribuyen así: localidades de menos de 10.000 habitantes 0,14 consultas; localidades de 10.000 a 100.000 habitantes donde reside el 6,6% de la población se otorgan 1,1 consultas, y en la ciudad de Guatemala donde habita el 19% de la población del país 0,9 consultas. Desde luego, si en la ciudad de Guatemala se agregan las consultas del sector privado institucional y de los consultorios médicos las consultas por habitante por año deben sobrepasar apreciablemente de 1 por habitante.

Las 12.991 camas de que dispone el sector público del país producen alrededor de 300.000 egresos, o sea 25,3 por 1.000 habitantes, de los cuales 18,2 (72%) provienen de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Más de la tercera parte de estos egresos ocurren en la ciudad de Guatemala y más del 83% en las ciudades con más de 10.000 habitantes en las que reside el 25% de la población.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha organizado el sistema en tres niveles de conducción: el decisorio representado por la planta central del ministerio; el técnico normativo que abarca la Dirección General de Servicios de Salud y sus dependencias centrales y el aplicativo que corresponde

a las 24 áreas de salud existentes en el país.

En el área de salud en la actualidad hay una red de servicios de complejidad diversa que permite establecer a su vez tres niveles. En el primero están los puestos de salud que son realmente el primer servicio oficial del sistema. En el segundo están las unidades de asistencia intermedia identificadas con los centros de salud; en ese nivel se dispensa atención médica permanente a través de la consulta externa y estancias cortas para atención maternoinfantil, observación y algunas emergencias; el personal está constituido por médicos y por el grupo de técnicos paramédicos que complementan las acciones de salud. El tercer nivel es integral y está compuesto por el hospital dependiente de la jefatura de área con servicios de prevención de la enfermedad, fomento de la salud, curación y rehabilitación. Este nivel se ve complementado por los servicios de alta referencia especializada ubicados en la capital. En 1983 había 614 puestos de salud, 45 clínicas, 235 centros de salud, 118 hospitales y 12.991 camas. Del total de camas hospitalarias para el país el 18,7% se destina a estancias prolongadas (enfermedades crónicas) y el resto a estancias breves. El número de camas por 1.000 habitantes es de 1,7.

En 1984 el gasto nacional en salud era de US\$177,7, de los cuales al ministerio le correspondió el 56%, a la seguridad social el 33%, y el resto se dividió en partes iguales entre otras instituciones públicas y el sector privado. Este gasto total alcanzaba el 3,7% del PIB y el gasto per cápita era de \$23,38. El gasto público en salud alcanzaba el 12,7% del gasto público total y el financiamiento externo no pasaba del 6,5% del gasto nacional total (público y privado) en salud.

Al analizar los presupuestos asignados en los últimos tres años a las instituciones que conforman el sector se aprecia que los montos han tenido una reducción real significativa originada por la difícil situación económica que atraviesa el país. A este hecho negativo se añade el incremento anual de atenciones derivado en parte del crecimiento vegetativo de la población y de la incorporación de núcleos rurales marginados.

Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica

Contexto general

Análisis político, económico y social

La Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica (cada uno de los cuales tiene la doble condición de región y departamento francés) difieren en sus características geográficas y demográficas y sus condiciones sociales. Sin embargo, pese a sus diferencias, hay muchas similitudes entre los problemas de salud de estos tres departamentos. Entre los problemas sociales persistentes se destacan el desempleo y la existencia de poblaciones muy necesitadas, particularmente en las zonas urbanas periféricas y rurales apartadas.

El sistema de salud sigue el modelo de Francia pero con las particularidades que exige la situación local. En 1982, en virtud de la ley de descentralización, se ampliaron mucho las responsabilidades de las regiones y los departamentos en el sector de salud y en otros campos.

Entre 1981 y 1984, mejoraron las condiciones de salud, a juzgar por los indicadores habituales. El principal esfuerzo fue la búsqueda de un mejor control de costos, especialmente en los hospitales.

Características demográficas

Cada uno de estos tres departamentos tiene características demográficas propias. En Guadalupe y Martinica la población es densa y relativamente estable y en la Guayana Francesa está concentrada en Cayena y en las ciudades de la llanura costera y el resto del país está ocupado solo por algunos miles de

habitantes, aunque el crecimiento demográfico es elevado en esas regiones (censo de 1982).

	<u>Población</u>	<u>Superficie</u>	<u>Densidad</u>	<u>Crecimiento anual</u>
Guadalupe	328.400	1.686 km ²	193/km ²	+0,3%
Martinica	326.700	1.080 km ²	304/km ²	+0,1%
Guayana Francesa	73.000	90.000 km ²	0,8/km ²	+3,8%

La población de los tres departamentos es joven, aunque esa tendencia se está desacelerando en Guadalupe y particularmente en Martinica, donde aumenta la proporción de personas ancianas. El número de habitantes se mantiene estable en la Guayana Francesa, cuyo crecimiento demográfico es un efecto conjunto de la elevada tasa de natalidad y la nutrida inmigración (oficialmente el 13,2% de la población).

	<u>Personas menores de 15 años</u>	<u>65 años o más</u>	<u>Tasa de natalidad</u>
Guadalupe	31%	7,4%	20,2%
Martinica	29%	8,4%	16,5%
Guayana Francesa	33%	4,7%	30,4%

La salud y la condición social de las personas ancianas de Martinica y Guadalupe comienza a adquirir cierta importancia. La Guayana Francesa se enfrenta a necesidades emergentes de proteger a la madre y al lactante (la tasa de natalidad se duplicó entre 1961 y 1981), disponer de las instalaciones y el equipo técnico y humano para atender las exigencias del crecimiento de la población, tratar de resolver los

problemas sanitarios y sociales generados por el rápido crecimiento urbano y resolver las dificultades de acceso a la atención para la población dispersa en el interior.

Mortalidad

En el cuadro 1 se ofrece información sobre las causas de defunción en los tres departamentos en 1983, siendo las principales las enfermedades cardiovasculares, particularmente la hipertensión arterial y sus complicaciones. La esperanza de vida al nacer se estimó en 70,3 años en Guadalupe, 69,4 en Martinica y 66,6 en la Guayana Francesa.

La mortalidad infantil y perinatal ha disminuido considerablemente en los tres departamentos en los últimos 20 años; esa disminución continuó entre 1981 y 1984, aunque a paso más lento.

En los últimos 10 años, ha aumentado el porcentaje del total de defunciones atribuibles a enfermedades cardiovasculares, accidentes, diversas clases de cáncer y diabetes mientras que la incidencia de defunciones por enfermedades infecciosas y causas perinatales ha disminuido, tendencia que seguramente continuará. El alcoholismo y la cirrosis siguen siendo causa directa de defunciones en números elevados y estables. A la luz de estos acontecimientos, los servicios de salud tendrán que cambiar de dirección, ya que hasta ahora se habían orientado principalmente hacia las enfermedades infecciosas y parasitarias.

CUADRO 1
Porcentajes del total de defunciones por causas específicas en la Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica, 1983.

Causa	Guayana Francesa	Guadalupe	Martinica
Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	16,5	7,7	8,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,0	2,7	5,4
Tumores malignos	11,8	16,2	19,2
Enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo	4,8	6,3	5,0
Enfermedades de la sangre	0,2	0,5	0,6
Trastornos mentales	2,5	2,9	3,9
Enfermedades del sistema nervioso	1,9	2,5	2,5
Enfermedades del aparato circulatorio	28,3	37,3	33,0
Enfermedades del aparato respiratorio	5,2	3,5	3,9
Enfermedades del aparato digestivo	4,8	5,2	5,3
Enfermedades del aparato genitourinario	2,0	2,0	1,0
Complicaciones del embarazo y del parto	0,8	0,3	0,2
Enfermedades de la piel	0,4	0,5	0,4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,4	0,3	0,2
Anomalías congénitas	1,4	0,9	1,0
Afecciones originadas en período perinatal	2,7	2,5	2,1

Estado de salud

Salud del niño

Los mayores adelantos de los últimos 10 años corresponden al estado de salud de los niños.

	Defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos	
	1981	1983
Guadalupe	19,4	16,4
Martinica	16,4	15,3
Guayana Francesa	35,6	28,1

La mayoría de las defunciones infantiles ocurren durante el primer mes de vida. Las diarreas y las enfermedades respiratorias agudas ya no presentan mayores problemas ni tampoco la malnutrición, excepto en ciertas minorías aisladas de la Guayana Francesa, en donde la desintegración de la estructura social y familiar tradicional ha tenido graves consecuencias para los niños. Las infecciones representan todavía una tercera parte de todas las hospitalizaciones pediátricas en Guadalupe y Martinica, pero las defunciones y las complicaciones graves por esas causas son poco comunes. Las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles han desaparecido casi por completo pese a una cobertura vacunal todavía no satisfactoria, particularmente en Martinica y la Guayana Francesa; la cobertura con la vacuna antipoliomielítica a los 6 años es del 91% en Guadalupe, el 62% en Martinica y el 72% en la Guayana Francesa.

Después del primer año de vida, los accidentes, traumatismos y envenenamientos representan un elevado porcentaje; del 85 al 90% de los niños tienen problemas dentales, y es pesada la carga que representan las discapacidades, sobre todo las de índole mental, en el período perinatal. Son graves las consecuencias de las enfermedades estreptocócicas, particularmente la artritis aguda y las complicaciones cardíacas. Los parásitos intestinales ya no representan un problema de salud grave. Ha mejorado mucho el pronóstico de la anemia drepanocítica (de 2 a 3 casos por 1.000 nacimientos).

Los servicios de atención de salud infantil se concentran en la atención especial a las poblaciones menos favorecidas: las minorías étnicas de la Guayana Francesa y las poblaciones de las zonas urbanas periféricas y rurales apartadas; el mejoramiento de la

atención prestada a las madres embarazadas y de la calidad de la atención durante el parto, con miras a prevenir los problemas perinatales y las discapacidades resultantes; la prevención de las consecuencias de las enfermedades estreptocócicas; el mejoramiento de la cobertura vacunal, particularmente en la Guayana Francesa y Martinica y la introducción de la vacuna contra el sarampión y la rubéola en Martinica; la prevención de la caries dental y el mejoramiento de la atención prestada a los discapacitados.

Salud del adulto

El adulto de 15 a 64 años. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en los tres departamentos y representan el 10% de todas las causas de hospitalización. La hipertensión arterial y sus complicaciones son la principal patología observada, particularmente en el sistema cerebrovascular pero también en el corazón y los riñones, mientras que las afecciones coronarias son relativamente raras.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en importancia y representa el 4% de todas las hospitalizaciones en Guadalupe y Martinica. En esta última, la incidencia anual es de 175 casos por 10.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 12 por 10.000 habitantes. El cáncer más frecuente en el hombre es el de la próstata (25%), la cavidad oral y la faringe (13%) y en la mujer el del cuello uterino (28%) y de mama (20%). La incidencia de cáncer del pulmón, el colon y el recto es sumamente baja.

El alcoholismo y sus consecuencias directas—afecciones neuropsiquiátricas y cirrosis del hígado—son una importante causa de mortalidad y morbilidad. Los casos ocurren principalmente entre la población masculina (de 5 a 7 veces más que entre las mujeres) y representan cerca del 10% de todas las causas de hospitalización y hasta el 22% de la hospitalización de hombres de 20 a 60 años en Guadalupe (probablemente la situación es comparable en Martinica y la Guayana Francesa).

Los accidentes son un motivo de gran preocupación. Cada año cerca del 1% de la población de esos tres departamentos sufre alguna lesión en un accidente de tránsito. En 1983, la tasa de defunción por esta causa fue de 4 por 10.000 habitantes en Guadalupe y la Guayana Francesa y de 2 por cada 10.000 en Martinica. Esos accidentes fueron la principal causa de pérdida de años de vida potencial entre el primer

año de vida y los 70 años. Los accidentes en el hogar y el lugar de trabajo y como resultado de actividades de recreo ocupan también un lugar muy destacado entre las causas de mortalidad y morbilidad, aunque son menos estudiados.

La diabetes es una causa muy importante de morbilidad (el 5% de las hospitalizaciones). La insuficiencia renal crónica, derivada principalmente de la elevada prevalencia de hipertensión y diabetes, es una carga muy pesada. Por último, los trastornos mentales afectan del 2 al 3% de la población y los pacientes afectados ocupan un 20% de las camas de los hospitales.

Aunque se presta la debida atención a los problemas de salud de los adultos, queda mucho por aprender sobre su epidemiología para encontrar medidas preventivas apropiadas. Deben instituirse programas especiales de prevención de accidentes (particularmente los de tránsito), diabetes, hipertensión arterial y ciertas formas de cáncer (de la orofaringe y del cuello uterino). Conviene ampliar las medidas ya tomadas para combatir el uso indebido del alcohol.

El adulto de 65 años o más. Los principales problemas de salud de los ancianos son las enfermedades crónicas, particularmente las del sistema cardiovascular, tales como insuficiencia cardíaca, enfermedad hipertensiva y accidentes cerebrovasculares, que representan cerca del 40% de las defunciones en este grupo, el cáncer y la diabetes particularmente en la mujer. Los accidentes y el alcoholismo ya no constituyen las principales causas de mortalidad y morbilidad en este grupo. Los servicios se proponen conseguir que esta población, incluida la que sufre algunas discapacidades, mantenga un máximo de independencia y se aplaque o evite por completo la hospitalización.

Problemas que afectan a la población en general

Los problemas comunes a los tres departamentos comprenden la tuberculosis, la lepra, las enfermedades parasitarias intestinales, las enfermedades de transmisión sexual, los síndromes posteriores a las enfermedades estreptocócicas y el dengue. La tuberculosis es una epidemia muy poco propagada en Martinica y Guadalupe pero muy generalizada en la Guayana Francesa (15, 20 y 85 casos por 100.000 habitantes, respectivamente); la enfermedad ataca más particularmente a la población inmigrante. La incidencia de lepra es más elevada en la Guayana Francesa (20 nuevos casos por 100.000 habitantes) que en Guadalupe (2 por 100.000) y Martinica (8 por

100.000); mientras que la incidencia disminuye lenta pero constantemente, aumenta la proporción de casos indeterminados a formas lepromatosas. Los problemas causados por la anquilostomiasis, la anguiluliasis y la ascariasis han disminuido con las mejoras en las condiciones sanitarias; siguen siendo motivo de preocupación para las poblaciones de la Guayana Francesa pero son más benignas en Martinica y Guadalupe. En estos dos últimos departamentos, la esquistosomiasis está en vías de extinción a medida que se interrumpe gradualmente el ciclo de transmisión del parásito; esta enfermedad no existe en la Guayana Francesa. Es difícil determinar la verdadera prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual: se observó un agudo recrudescimiento a partir de los años setenta, pero parece estarse estabilizando desde hace poco. Sin embargo, en 1982 se registraron los primeros casos del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida en los tres departamentos y es de esperar que su incidencia aumente en los próximos cinco años. La fiebre reumática aguda, cuya incidencia es de unos 20 casos por 100.000 habitantes menores de 20 años en Martinica y más de 40 en Guadalupe, sigue representando un problema de grandes proporciones por sus complicaciones cardíacas. Por último, desde la epidemia de dengue tipo 1 en 1977-1978, la única otra epidemia ocurrida fue causada por el virus del dengue tipo 4 en 1981, que no tuvo graves consecuencias en Guadalupe ni Martinica; sin embargo, ninguno de los departamentos estaría completamente protegido contra una nueva epidemia de dengue ni contra la importación de la fiebre amarilla, dado el relativo fracaso de la campaña de control de *Aedes aegypti*.

Existen varios problemas de salud que se limitan solo a la Guayana Francesa. El número de casos de malaria notificados aumentó casi constantemente entre 1970 y 1982 (a una incidencia de 13,5 por 1.000 habitantes) como resultado de la resistencia a la cloroquina; esa tendencia parece haberse revertido con el uso de gametocidas y el establecimiento de estrecha colaboración con las naciones limítrofes. La leishmaniasis se limita solo a las poblaciones de las zonas boscosas y afecta en particular a los inmigrantes. El virus de la fiebre amarilla es probablemente enzoótico en la Guayana Francesa pero la vacunación sistemática ha prevenido la frecuencia de casos humanos.

Entre 1981 y 1984, aparte de unos pocos casos de tétanos en adultos, no se notificó ningún caso de enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, la cobertura vacunal, particularmente en Martinica y en la Guayana Francesa, es insuficiente para proteger a la población contra una epidemia y debe ser objeto de la mayor prioridad.

Sistema de salud

Infraestructura

Un sistema relativamente complejo de salud, financiado casi en su totalidad por seguro médico (seguro social) y en menor grado por las comunidades nacionales y locales, garantiza acceso a la atención a todas las personas, tanto residentes como extranjeros, ya sea que tengan un empleo remunerado o no.

La atención primaria es prestada principalmente por médicos generales establecidos en todas las comunas de Martinica y Guadalupe y en todas las comunas costales de la Guayana Francesa, que se han dividido en ocho sectores, a cada uno de los cuales se asigna un médico que trabaja con la ayuda de un equipo paramédico. Los dispensarios más importantes tienen divisiones de hospitalización y laboratorios básicos. Se está tratando de crear un sistema de establecimientos de convalecencia y de atención en el hogar para los ancianos. En los dispensarios públicos se prestan servicios a las poblaciones de las zonas rurales y selváticas. Los principales campos programáticos son el saneamiento ambiental, el control de la tuberculosis, la lepra, las enfermedades de transmisión sexual, la vacunación, la salud mental, el control del uso indebido del alcohol y las drogas, la parasitología y el control de *Aedes aegypti*, la salud maternoinfantil y la supervisión de la salud de los niños de edad escolar.

Existe un sistema de salud ocupacional financiado por las empresas para proteger la salud de los trabajadores. Algunas asociaciones privadas participan activamente en la organización de medidas preventivas destinadas particularmente a impartir enseñanzas en salud general, el uso indebido del alcohol y la planificación familiar. Hay varios establecimientos de servicio medicosocial encargados de descubrir y cuidar a niños y adultos discapacitados pero su ineficiencia obliga a enviar a los discapacitados a Francia para tratamiento, lo que crea problemas de adaptación y readaptación. Cabe esperar que la situación mejore en el caso de los niños, ya que ha disminuido la tasa de natalidad y se hace hincapié en la prevención de los discapacitados, pero quedan todavía por atender las necesidades de los adultos minusválidos.

Las necesidades de hospitalización se satisfacen parcialmente en los hospitales públicos y también en las clínicas privadas. En Martinica y Guadalupe hay más camas en los hospitales de las que se necesitan. Los hospitales prestan servicios especializados de

consulta ambulatoria y también hay especialistas en consultorios privados. La atención muy especializada como neurocirugía, tratamiento de quemaduras, oncología, medicina nuclear y tomografía, se presta principalmente en los hospitales regionales de Fort-de-France (Martinica) y Pointe-à-Pitre (Guadalupe). De ser necesario, se puede trasladar a los pacientes a establecimientos más complejos en las zonas metropolitanas de Francia.

Otras instalaciones incluyen un centro de transfusión sanguínea en Martinica y otro en Guadalupe y una división de transfusión en el Hospital de Cayena, una unidad de atención médica de urgencia en Martinica y una unidad móvil de emergencia en Cayena, una amplia red de ambulancias de propiedad particular para el transporte de pacientes que no constituyen urgencias, laboratorios de los hospitales y privados, el Instituto Pasteur de Guadalupe y la Guayana Francesa y farmacias particulares (al menos una por comuna) y dispensarios públicos donde se distribuyen medicamentos. En los últimos años se han establecido estaciones regionales de vigilancia del estado de salud de Guadalupe y la Guayana Francesa para prestar servicios de vigilancia epidemiológica de la población y ayudar en la adopción de decisiones mediante acopio y difusión de información sobre salud. Además, se establecerá un centro de fomento de la salud en cada departamento para supervisar la adaptación del reglamento general a las situaciones particulares de cada localidad.

El adiestramiento y la investigación son importantes programas del sistema de servicios de salud. Se adiestra al personal paramédico y a los auxiliares de salud en escuelas que funcionan en los hospitales más importantes. Se pretende establecer un centro regional a nivel universitario para la formación de estudiantes de medicina en el último período de estudios (la primera parte del programa seguirá realizándose en la zona metropolitana de Francia). Entre 1981 y 1984 se realizaron investigaciones principalmente de naturaleza aplicada en los campos de epidemiología, inmunología, parasitología, bacteriología, virología y genética.

Recursos

Recursos humanos. La proporción de profesionales médicos y paramédicos en ejercicio en relación

CUADRO 2

Número de recursos humanos en los campos médico y paramédico y proporción por 100.000 habitantes, Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa, 1983.

Campo	Guadalupe		Martinica		Guayana Francesa	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Medicina	459	140	442	136	111	147
Odontología	102	31	106	33	25	33
Farmacia	145	44	145	45	23	31
Partería	67	20	109	33	24	32
Kinesiterapia	65	30	65	20	16	22
Enfermería	997	304	1,226	313	286	381

con la población es elevada, ha crecido rápidamente en los últimos 15 años y es muy similar entre un departamento y otro (cuadro 2). En promedio hay 140 médicos por 100.000 habitantes. El número de médicos—el 60% de los cuales son generales y el 40% especialistas—es tres veces más elevado que hace 15 años y debe seguir aumentando por varios años. Los médicos y particularmente los especialistas se concentran en la ciudad principal de cada departamento.

Hay un promedio de 32 odontólogos por 100.000 habitantes y el número de esos especialistas ha aumentado más lentamente que el de médicos. El número de farmacéuticos, cuya proporción es de 44 por 100.000 habitantes en Guadalupe y Martinica y de 30 por 100.000 en la Guayana Francesa, se duplicó entre 1969 y 1983; la gran mayoría maneja sus propias farmacias. La escuela de parteras que existe en Martinica sirve para explicar el elevado número de personas que practican la atención del parto: 32 por 100.000 habitantes en Martinica y la Guayana Francesa y 20 por 100.000 habitantes en Guadalupe. Hay 20 kinesioterapeutas por 100.000 habitantes en los tres departamentos. El número de enfermeras asciende a 310 por 100.000 habitantes en las Antillas Francesas y a 380 por 100.000 en la Guayana Francesa. Aunque su número se quintuplicó entre 1969 y 1983, principalmente por la creación de varios cargos en el sector público entre 1970 y 1980, disminuyó mucho en el período de 1981-1984.

Hospitales. El número de camas de hospitales públicos y privados es de 8,9 por 1.000 habitantes en la Guayana Francesa, de 10,5 en Martinica y de 11,2 en Guadalupe en grupos análogos. Las camas empleadas en medicina, cirugía, ginecología y obstetricia representan el 75% del total, en psiquiatría, el 15% y en servicios de

convalecencia y rehabilitación, el 10%. En general, los establecimientos de salud se hallan distribuidos en forma satisfactoria y se emplean activamente: el equivalente del 20% de la población emplea los servicios de algún hospital cada año. Se han abierto dos modernos hospitales regionales en los últimos años, uno en Fort-de-France y el otro en Pointe-à-Pitre. Se ha hecho todo lo posible por renovar y mejorar la tecnología en los hospitales públicos, inclusive por introducir equipo como aparatos de hemodiálisis, cámaras de centelleo de rayos gamma y rayos laser oftalmológicos; pese a lo anterior, muchos hospitales están todavía en mal estado.

Organización

Según la ley de descentralización, el gobierno central está encargado de la supervisión de los fondos de seguridad social y los hospitales públicos, el control de otros establecimientos y servicios, el saneamiento ambiental, la salud mental, el control del alcoholismo y el uso indebido de drogas, las epidemias y la salud de los niños de edad escolar. Varios departamentos se ocupan de la protección de la salud materno-infantil, vacunaciones, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y lepra mientras que las regiones se encargan de la construcción y el mantenimiento de instalaciones y equipos y de las investigaciones. La mayoría de las actividades de salud se encuentran divididas por sectores con miras a lograr una completa cobertura del territorio.

Financiamiento y costos

El seguro social paga del 70 al 80% del costo de la atención médica, que representa la mayor proporción del gasto de salud. Los gastos de prevención son

compartidos por el gobierno central y las comunidades locales, que también sufragan el costo de la atención médica gratuita a los habitantes no afiliados al seguro social. Durante el período de 1975-1980, el gasto por concepto de salud aumentó a un ritmo muy rápido, alcanzando un promedio de más del 20% anual pero disminuyó a uno del 15% entre 1981 y 1984.

El monto del gasto de salud en las Antillas France-

sas es muy elevado, situándose en cerca de US\$410 por habitante en 1983. Aunque no se ha calculado el gasto por concepto de salud en la Guayana Francesa, teniendo en cuenta el personal y las estructuras existentes, debe tener casi la misma proporción. La política de control de costos para los años venideros se destinará a limitar el aumento del gasto por concepto de salud al del PIB, manteniendo siempre la calidad de la atención.



Guyana

Contexto general

Análisis, político económico y social

Guyana, antiguamente llamada Guayana Británica, proclamó su independencia en 1966. Aunque siguió siendo parte de la Comunidad Británica, se convirtió en república cooperativa en 1970. En 1980 se introdujo una nueva constitución, de conformidad con su filosofía socialista y política de no alineamiento, en virtud de la cual se establecieron el congreso nacional de órganos democráticos locales, el parlamento y el congreso popular supremo como los tres órganos deliberantes centrales de la nación. La presidencia y el gabinete son los órganos ejecutivos supremos. El país está dividido en diez regiones. El gobierno se ejerce a nivel regional por medio de los consejos democráticos regionales cuyos presidentes y secretarios ejecutivos son las autoridades encargadas.

La actividad económica está sujeta a planificación central, pero se realiza por medio de empresas públicas, privadas y cooperativas. Los principales recursos naturales están constituidos por tierra (para agricultura y zootecnia), silvicultura, agua, oro, diamantes y manganeso. Los mayores contribuyentes al producto interno bruto son la agricultura, la minería y las manufacturas, que en conjunto representan más de la mitad del PIB. La tasa real de crecimiento del PIB (a precios constantes de 1970) ha disminuido del 10,1% en 1974-1975 a -10,6% en 1982, a causa de la depresión económica que atraviesa el país. En 1984 el PIB fue de US\$225 millones.

La depresión de los principales sectores de la economía que se inició en la segunda parte de los años setenta, continuó al comienzo de los ochenta, hasta llegar a su punto más bajo en 1983, recuperándose levemente en 1984. El sector que experimentó mayor

reducción fue el de minería y explotación de canteras y los productos más afectados fueron la bauxita y la alúmina. El gasto de consumo en los sectores público y privado disminuyó drásticamente de 1976 a 1984 y la tasa de inflación subió a más del triple. La importación de comestibles se redujo en 1981-1984, a consecuencia de la política adoptada por el gobierno de fomentar la autosuficiencia en materia de alimentos.

En 1980 había 192.636 personas empleadas: el 77,3% de los hombres y el 22,7% de las mujeres; el 30% trabajaba en el sector primario (agricultura y minería), un 15% en manufacturas y el resto en otras ocupaciones. En general, la depresión económica ha afectado la salud como servicio de consumo, ya que el sector público proporciona el mayor volumen de servicios de salud en el país y la inversión pública en el sector ha disminuido gradualmente desde 1983.

La tasa de alfabetización fue del 86% en 1984. De 233.687 estudiantes matriculados en 1982-1983, el 13% asistía a jardines infantiles, el 54% a escuelas primarias, el 29% a escuelas secundarias, el 1% a escuelas técnicas y vocacionales y el 2% a la Universidad de Guyana y otras instituciones de educación terciaria.

Las condiciones de vivienda de los grupos de bajos ingresos son peligrosas debido al hacinamiento, los incendios y los accidentes ocasionados por estructuras y mantenimiento deficientes.

El transporte en las regiones costeras se basa en un sistema de caminos pavimentados que van más o menos paralelos a la costa por unos 300 km desde el río Pomeroon en el occidente hasta el río Corentyne en el oeste. El sistema está vinculado por transbordador en los ríos Essequibo y Berbice y por un puente sobre el río Demerara. El sistema de comunicación es

precario y suele aislar a la región de Essequibo (región II) aunque es posible usar la pista de aterrizaje de Anna Regina en casos de emergencia.

Características demográficas

En el cuadro 1 se presentan las tendencias demográficas de Guyana en 1970 y en 1980-1984 y se señala que, en este último año, la población total se estimó en 781.762 habitantes, con una proporción casi igual de hombres a mujeres; el 83,6% de la población vive en la llanura costera y el 16,4% restante está disperso en pequeños poblados, aldeas y asentamientos del interior. Las siguientes son cifras aproximadas para las zonas urbanas: Georgetown, 167.839, Nueva Amsterdam, 19.287; Linden, 30.043; Corriverton, 13.718 y Rose Hall, 5.311. La población rural representa el 69,8% del total. La población en general está formada por descendientes de pobladores de las Indias Orientales, negros, portugueses, chinos, amerindios y blancos y varias mezclas. Los dos primeros grupos citados son los más numerosos y representan más del 80% de la población.

El promedio anual de nacimientos se estimó en 23.000. La esperanza de vida al nacer se calculó en 64 y 69 años para los hombres y las mujeres, respectivamente. En 1980, el número de hogares ascendía a 149.734 y la familia media estaba formada por 5 o

más miembros.

La gran discrepancia observada entre la migración neta notificada y la migración neta aparente (cuadro 1) explica las diferencias en las cifras de población oficiales y oficiosas, las tasas de crecimiento demográfico y las estimaciones derivadas entre un censo y otro. Más de dos terceras partes de la población incremental del país emigra. Con este ajuste, la tasa anual de crecimiento demográfico se convierte en una cifra que oscila entre el 0,8 y el 1,0% en lugar de 2,5 y 2,6%. Por tanto, el aumento natural contribuye más a la dinámica de población de la región que a la del país. A largo plazo, la pérdida de esta gran proporción de jóvenes puede tener efectos fundamentales en la configuración demográfica.

Mortalidad

Las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen una parte mínima de la tasa total de mortalidad en Guyana (6-8%) en comparación con la mayoría de los países en desarrollo. Por otra parte, la contribución de las llamadas enfermedades del estilo de vida—accidentes, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y trastornos mentales—es casi tan elevada como en las sociedades más desarrolladas.

En 1984, la tasa bruta de defunción fue de 7,6 por

CUADRO 1
Tendencias demográficas de Guyana, 1970 y 1980-1984.

	1970 ^a	1980	1981	1982	1983	1984
Población total	699.156	756.960	763.078	769.256	775.484	781.762
Número total de nacimientos ^b	23.703	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000
Número total de defunciones ^c	4.808	5.575	6.000	6.000	6.000	6.000
Aumento natural	18.895	17.425	17.000	17.000	17.000	17.000
Migración neta aparente ^d	-13.309	-11.307	-10.822	-10.772	-10.772	-10.670
(Migración neta notificada)	(-4.756)	(11.000)	(10.000)	(10.010)	(11.000)	n. a.
Aumento neto de población	5.586	6.118	6.178	6.228	6.278	6.330
Tasa bruta de natalidad (por 1.000)	33,9	30,3	30,0	29,8	29,5	29,3
Tasa bruta de defunción (por 1.000)	6,9	7,3	7,8	8,1	7,7	7,6
Tasa de aumento natural (%)	2,7	2,3	2,2	2,3	2,2	2,2

Fuente: Oficina de Estadística de Guyana.

^a El censo del 7 de abril de 1970 indicó que la población era de 669.848 habitantes, excluidas las personas internas en instituciones.

^b Estimación para 1980-1984.

^c Estimación para 1980-1984.

^d Es igual al aumento neto menos el aumento natural de la población.

1.000 habitantes y la de mortalidad infantil, de 45 por 1.000 niños nacidos vivos. La mortalidad de los hombres es elevada en comparación con la de las mujeres. Las defunciones infantiles representan por lo general un 20% del total.

En los últimos años, la proporción de defunciones atribuidas a síntomas u otras afecciones mal definidas ha sido elevada; solo la sobrepasan las defunciones por enfermedades cardiovasculares, en las que se ha notado un gran aumento. Las otras causas principales de defunción fueron las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias, los accidentes y lesiones externas, las complicaciones del embarazo, las deficiencias metabólicas y nutricionales, los tu-

more, las infecciones gastrointestinales y otras enfermedades.

Los cambios en la configuración de la tasa de mortalidad correspondiente a 1981-1984 abarcan una disminución en el grupo menor de 5 años, que resulta en el envejecimiento de la población; un aumento en las enfermedades no infecciosas en comparación con las infecciosas; el posible peligro de la propagación epidémica de arbovirosis; un incremento progresivo del número de defunciones por accidentes, particularmente de personas menores de 44 años y un aumento del número de muertes por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y diabetes mellitus.

Estado de salud

Salud del niño

En 1983 se notificaron un total de 4.861 casos de gastroenteritis, 2.494 de estos en niños menores de 5 años. De esa cifra total, 3.709 casos recibieron atención y tratamiento en la división de rehidratación oral y 766 fueron hospitalizados en el pabellón pediátrico. Las infecciones respiratorias agudas están entre las principales causas de defunción infantil en Guyana. Las estadísticas totales de salud (que incluyen información sobre los adultos) acusan un aumento del número de casos de influenza en 1984 en relación con los tres años precedentes. Hubo 517 casos de neumonía en 1981, que fue la mayor cifra registrada entre 1981 y 1984. La cobertura de inmunización contra la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis disminuyó ligeramente aunque aumentó la correspondiente a DPT, en 1983. Se observó una disminución del número de casos de sarampión y tétanos; no se registró ninguno de difteria ni de poliomielitis. La incidencia de parotiditis entre la población infantil aumentó a proporciones epidémicas, habiéndose registrado 680 casos y, además, en 1981 hubo un incremento de la incidencia de tos ferina a 99 casos. Las deficiencias nutricionales son la cuarta causa principal de defunción infantil en Guyana y el estado nutricional de los niños menores de 5 años parece haberse deteriorado. Las cifras correspondientes a 1983 indican que, de conformidad con la clasificación de Gómez, el 35% de los niños de esa edad sufren de malnutrición de primer grado, el 9,6% de segundo grado y el 1,1% de tercer grado. Los

resultados de una encuesta sobre la salud oral de los niños de edad escolar indicaron que la proporción de niños menores de 12 y de 15 años con dientes cariados, perdidos u obturados en 1983 fue la más baja registrada en el Caribe, hallazgo que podría atribuirse al fluoruro del agua en Georgetown, South Ruimveldt, Anna Regina y Lethem.

Salud del adulto

Según los datos más recientes sobre las tasas de mortalidad (1979), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en Guyana. Las estadísticas indican que, en 1979, el 13,4% de las defunciones fueron causadas por enfermedades de circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, 11,9% por enfermedades cerebrovasculares y 6,1% por enfermedad isquémica del corazón. Los datos de mortalidad correspondientes a 1976 indican que el 4,9% de todas las defunciones fueron causadas por tumores malignos y que los que ocurrieron con mayor frecuencia fueron diversas clases de cáncer del estómago, los intestinos, la tráquea, los bronquios, los pulmones, el cuello uterino y el útero propiamente dicho en las mujeres. El número de muertos en accidentes de tráfico disminuyó a 167 en 1983 (de los cuales 116 eran adultos) en comparación con 286 en 1982. Sin embargo, parece que están aumentando las defunciones causadas por accidentes entre personas menores de 44 años. La principal causa de muerte accidental son los accidentes de tránsito, seguidos de caídas accidentales, suicidio y

lesiones autoinfligidas. En los últimos años, parecen haber aumentado los problemas de salud mental, a juzgar por el número de personas que acuden a los dispensarios y que se observan en las calles. Es notable el mayor número de jóvenes con problemas psiquiátricos.

Salud materna. La salud materna presenta varios problemas entre los que se destaca la anemia durante el embarazo. Las estadísticas correspondientes a 1984 indican que el 69,6% de las mujeres examinadas tenían una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/100 ml. En 1975-1980 la tasa de mortalidad materna fue de 1,1 por 1.000 partos. Según una encuesta realizada en 1982, las tres causas más comunes de mortalidad materna fueron la toxemia durante el embarazo, la hemorragia y la sepsis. De los niños nacidos en 1984, el 19,5% acusaron insuficiencia de peso al nacer.

La atención prenatal prestada en los dispensarios de Guyana es particularmente baja, situándose en un 42% en 1980 con un promedio de 6,6 consultas por persona. La tendencia observada en 1983 revelaba que para final del año disminuiría aún más el número de sesiones de enseñanza celebradas en los dispensarios. Los datos correspondientes a 1983 señalan que ha habido una disminución del número de partos atendidos en el hogar y que un creciente número de madres opta por el alumbramiento en el hospital.

Salud del joven y del adolescente. La información más reciente sobre las tasas de mortalidad en este grupo parece indicar que las causas más comunes de defunción son lesiones (no se determina si fueron accidentales o causadas a propósito), anemias, síntomas y otras afecciones mal definidas y enfermedades cerebrovasculares. En los últimos dos años se ha observado un notable aumento del número de casos de tuberculosis pulmonar. Las enfermedades de transmisión sexual parecen ser más predominantes en este grupo y la cifra total de todos los grupos ascendió a 4.713 casos en las mujeres y a 6.173 en los hombres en 1983; 756 fueron casos de sífilis y 2.025 de gonorrea. El suicidio por envenenamiento y otros medios es muy común en este grupo y el uso indebido de drogas sigue propagándose entre los jóvenes. Los embarazos de adolescentes son motivo de preocupación.

Salud de los trabajadores. Las estadísticas indican que hubo 9.150 accidentes de trabajo y 704 enfermedades profesionales en un año, cifras alarmantes al considerar la población relativamente pequeña del país. La seguridad y la salud ocupacionales encuentran graves obstáculos en la gran escasez de personal

adiestrado, insuficiencia de fondos, falta de legislación específica sobre la salud ocupacional, falta de datos estadísticos precisos y mala coordinación entre los ministerios, departamentos y organismos. Entre los principales problemas están la presencia de asbesto, sílice (en los campos de arroz) y bagazo (en los ingenios azucareros); la antigüedad de las fábricas de elaboración; la falta de medidas para prevenir la exposición profesional a los contaminantes; la exposición al ruido y a los peligros de vibración; los accidentes de vehículos en parte como resultado del uso inapropiado de medios de transporte en el trabajo; represas peligrosas en épocas lluviosas; la renuencia a emplear equipo protector y la falta de equipo y ropa apropiados; el desconocimiento de los peligros que representa el empleo de plaguicidas y la falta de primeros auxilios y de tratamiento de urgencia en casos de intoxicación con plaguicidas y, además, la falta de control de la fabricación, la distribución, el transporte, el embalaje, la rotulación y el empleo de esos productos.

Salud del anciano. Los ancianos representan el 5,4% de la población total, cifra que se ha mantenido bastante constante en los últimos 20 años. Los trastornos más importantes de este grupo son hipertensión, deterioro de la visión, enfermedades del corazón, accidentes, artritis, diabetes, apoplejía, demencia senil, afecciones que producen discapacidades, malnutrición y deterioro de la audición.

El sistema regional de atención de salud, el Ministerio de Salud y el Hospital Palms prestan atención ambulatoria y servicios de hospitalización de casos agudos, inclusive atención médica, rehabilitación, atención personal y servicios sociales. Existen 18 residencias para ancianos donde se atiende por lo general a las personas que están en un estado razonablemente bueno y pueden cuidarse a sí mismas; no se prestan servicios médicos en esas residencias. El Hospital Palms y las residencias pueden atender a 1.012 personas o sea al 2% de la población anciana estimada en 1980. Los ancianos representan del 15 al 80% de todos los pacientes atendidos por médicos y el personal de salud de nivel intermedio, según la localidad. Los datos de egresos del Hospital de Georgetown indican que hay subutilización de los servicios de hospitalización por parte de los ancianos.

Problemas que afectan a la población en general

La malaria es la enfermedad tropical endémica de mayor importancia en Guyana. Si bien las pobladas zonas costeras se mantuvieron exentas de la transmi-

sión entre 1981 y 1984, en la mayoría de las zonas del interior hubo una creciente incidencia de la enfermedad. El número anual de casos notificados aumentó de 2.003 en 1981 a 3.006 en 1984. El agente infeccioso predominante fue *Plasmodium vivax* pero *P. falciparum*, que está limitado a la región Rupununi al sur del país, causó hasta un 28% del total anual de casos. Esta última especie es resistente a la cloroquina y muestra cada vez más señales de resistencia a la sulfadoxina-pirimetamina. El mosquito *Anopheles darlingi* es el principal vector de la malaria en las zonas endémicas.

La filariasis es un conspicuo problema de salud pública en la capital, donde la tasa de prevalencia de microfilarias es superior al 6%. En otras ciudades importantes como Nueva Amsterdam no se dispone de datos recientes. Los signos crónicos como elefantiasis e hidrocele son manifestaciones comunes de la enfermedad. La elevada densidad urbana del vector *Culex quinquefasciatus* es la causa de la transmisión permanente.

La fiebre amarilla ocurre en todas las regiones selváticas del interior. En 1982 murieron dos personas con casos confirmados de fiebre amarilla y otras con casos no confirmados cerca de la frontera de Guyana con el Brasil. Aunque la fiebre amarilla urbana no se ha notificado en las Américas desde 1954, existe una elevada densidad de población de *Aedes aegypti*, el vector urbano, en la mayoría de las zonas costeras. Esa misma especie vectorial representa un riesgo aun mayor de transmitir el dengue, que se ha propagado

en todo el Caribe en los últimos años.

Durante el período de notificación también se han comprobado casos de leishmaniasis cutánea y de la enfermedad de Chagas pero su distribución y magnitud no se han definido todavía con claridad.

El programa de control de la lepra es financiado parcialmente por la Asociación Holandesa de Socorro para la Lepra y es uno de los principales campos de la atención de salud nacional en los que se ha logrado avanzar en los últimos años. A finales de 1984 se habían tratado 202 casos domiciliarios, de los cuales el 69% eran graves; otros 14 casos graves recibieron atención en el Hospital Mahaica.

Salud pública veterinaria

La prevalencia de tuberculosis en la población humana parece estar aumentando. Las principales zoonosis son la leptospirosis y la tuberculosis. De los 225 especímenes de suero humano sometidos a examen en un período de tres meses en 1983, 66 (29,7%) acusaron infección pasada o presente con varios serotipos de leptospira. La rabia está bien establecida en el ganado de la zona de Essequibo y es transmitida por murciélagos infectados; sin embargo, nunca se han notificado casos de rabia humana ni canina. Las parasitosis siguen siendo un problema de grandes proporciones no solo entre los animales sino entre los niños que trabajan, viven y juegan en estrecho contacto con los animales domésticos.

Sistema de salud

El Ministerio de Salud es la autoridad nacional responsable de todos los asuntos pertinentes al mejoramiento y a la protección de la salud de toda la población de Guyana. Establece, mantiene y vigila las normas, la política y la estructura del sector de salud para alcanzar las metas nacionales; fija normas y vigila la calidad de los alimentos y los medicamentos importados o producidos en el país; garantiza la prestación de servicios de salud eficientes, apropiados y eficaces vigilando todos los establecimientos asistenciales (inclusive los privados y semiprivados); ejerce las funciones que le corresponden en el campo del abastecimiento del agua y del saneamiento ambiental y formula estatutos y reglamentos sobre todo lo relacionado con la salud pública.

El sector de salud comprende los subsectores privados, semipúblico y público. El subsector privado está representado por médicos particulares, muchos de los cuales trabajan también en el sector público, y por siete hospitales particulares (seis en la zona de Georgetown y uno en Nueva Amsterdam), que en total tienen 380 camas. El subsector semipúblico está formado por servicios prestados por compañías públicas (minería y producción de azúcar) y municipios principalmente para los trabajadores y sus familiares como parte de acuerdos negociados con los sindicatos de trabajadores; proporcionan algunos de los servicios—no todos—ofrecidos dentro del sector público en cuatro hospitales (200 camas) y dispensarios (14 camas). El subsector público está represen-

tado por el Ministerio de Salud, que ofrece servicios tanto en los hospitales como en las comunidades, inclusive de saneamiento ambiental y lucha antivectorial, salud materno-infantil, salud dental y otros elementos de la atención primaria de salud.

El programa nacional de seguro, en el que deben participar obligatoriamente todos los trabajadores de 16 a 60 años, ofrece beneficios por accidentes industriales y enfermedad que comprenden reembolso de la totalidad o parte de los honorarios médicos, exámenes y hospitalizaciones y cubre parcialmente la pérdida de ingresos durante enfermedad, paga beneficios por defunción y hace las veces de un plan de pensiones en la vejez.

En 1970 se formuló un plan nacional de salud en el que se definió la política del sector. Hace varios años se comenzó a planificar la regionalización de los servicios de salud, de conformidad con la estructura política regional. Como resultado de ello, se estableció una oficina central de servicios regionales de salud, se nombraron oficiales regionales de salud, se definieron y aplicaron parcialmente varias metodologías regionales relativas a equipos y se fortaleció el equipo nacional con el nombramiento de supervisores regionales de los centros de salud contratados exclusivamente para esa tarea.

En 1981, el Ministerio de Salud estableció un comité de política encargado de proponer políticas de atención de salud y de administración al ministro, consolidando así un proceso anteriormente fragmentado, y creó el puesto de gerente principal de operaciones, con la responsabilidad específica de fortalecer los servicios de apoyo administrativo. Se han puesto en marcha medidas de fortalecimiento de los siguientes sistemas: programación y preparación de presupuestos, información administrativa financiera, supervisión regional, suministros generales, análisis y desarrollo de recursos humanos, mantenimiento biomédico, radiocomunicación bidireccional y personal. Se ha preparado una lista de unos 60 medicamentos esenciales para empleo en los centros de salud. Han sido limitados los adelantos logrados en el sistema de transporte.

Se entiende que la atención primaria de salud implica la prestación de servicios básicos preventivos gratuitos (principalmente salud materno-infantil, atención a los adolescentes, inmunización, atención dental, nutrición, educación sanitaria y saneamiento ambiental); servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; servicios a los ancianos y los impedidos y reconocimiento de que las personas, las familias y las comunidades deben participar en la atención de salud y asumir responsabilidad por la salud y su conservación.

Respecto de la cobertura de los servicios de salud,

el 93% de la población que reside en la zona de la costa tiene acceso razonable a la atención de salud por medio de una red de hospitales y centros asistenciales; para la población del interior se ha establecido cobertura por medio de varios centros asistenciales, servicios móviles y servicios de auxiliares de salud de la comunidad.

El programa de salud materno-infantil está dotado de personal de salud visitante y parteras/auxiliares de enfermería; los visitantes prestan servicios principalmente a lo largo de la costa mientras que las parteras trabajan también en el interior. Como resultado de un programa iniciado en 1977 para adiestrar auxiliares de salud de nivel intermedio y asignarlos a lugares apropiados, se han ampliado los servicios de los centros de salud rurales.

Se ha comenzado a incluir a los inspectores de salud pública en el grupo que trabaja en los centros asistenciales con el fin de integrar sus actividades de saneamiento ambiental a las de otro personal de salud. Se insta a la comunidad a participar por medio de los órganos democráticos locales y otras agrupaciones comunales oficiales e informales.

Capacidad instalada

Los servicios de salud, la mayoría de los cuales son de propiedad del Estado, se prestan en varias instalaciones: 4 hospitales regionales, 5 hospitales especializados, 20 hospitales distritales, 159 centros de salud, 16 dispensarios, 15 puestos de salud, 4 puestos especiales y 7 hospitales privados. Esta capacidad instalada es más que adecuada para prestar atención moderna basada en la comunidad y la mayoría de los establecimientos están muy bien equipados. Las unidades de salud se clasifican desde el nivel I hasta el V, según la clase de atención que presten y el personal asignado. La mayoría de los pacientes entran al sistema al nivel II y se envían a niveles superiores o inferiores según sea necesario. Un hospital regional (nivel IV) es el establecimiento asistencial más grande e importante de una región ya que sirve como punto de referencia para envío de casos desde otros más pequeños de la región y, por lo general, ofrece servicios de cirugía general, medicina, pediatría, obstetricia, ginecología, oftalmología y otorrinolaringología y además de rayos X y de urgencia. Los cuatro hospitales regionales tienen un total aproximado de 1.400 camas. El hospital regional más grande es el de Georgetown, que sirve de punto máximo de la atención de salud (nivel V) y ofrece la más amplia variedad de servicios más especializados.

Los cinco hospitales especializados ofrecen servicios de atención de casos de lepra, atención psiquiá-

trica, tuberculosis, rehabilitación infantil y cuidados de los ancianos y los inválidos. Los hospitales distritales de menor tamaño (6-50 camas, nivel III) de las zonas rurales y del interior prestan servicios de medicina general y de partería y están dotados de ordinario de un médico de dedicación exclusiva, una enfermera/partera, auxiliares de salud de nivel intermedio y, algunas veces, un experto en tecnología médica.

Los centros y las estaciones de salud (nivel II) están dotados de auxiliares de nivel intermedio, una enfermera de salud pública, un ayudante de enfermería y una partera, o ambas personas, de dedicación exclusiva o parcial, y prestan servicios de atención maternoinfantil, inclusive inmunización, evaluación del estado nutricional de los niños, atención prenatal y posnatal para las mujeres embarazadas; tratamiento de afecciones menores comunes y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión; algunos de estos centros prestan atención dental. Los puestos médicos remotos (nivel I) son pequeñas cabañas de una habitación localizadas generalmente en aldeas del interior y son atendidos por un auxiliar de salud de la comunidad y visitados periódicamente por auxiliares de nivel intermedio que prestan servicios básicos de primeros auxilios; tratan resfriados y casos de tos, fiebre y diarrea; fomentan el saneamiento ambiental y el abastecimiento de agua, la buena nutrición y la salud dental; aplican vacunas y se encargan de la vigilancia de la malaria. Por último, los dispensarios, la mayoría de los cuales pertenecen a la compañía azucarera, constan de dos habitaciones, están dotados de una enfermera administradora y prestan servicios curativos básicos.

Organización y participación de la comunidad

En Guyana existen muchas organizaciones profesionales, religiosas, culturales y comunales. El movimiento laboral tiene muchas subdivisiones por

industria y localización. Las organizaciones femeninas ocupan un lugar muy destacado en el panorama social. Estas y otras agrupaciones informales ofrecen oportunidades para hacer participar a la comunidad en la atención de salud. Oficialmente, el sistema de órganos democráticos locales ofrece medios para que las personas se organicen, desde la aldea hasta el nivel nacional. El sistema hace uso de los servicios de varios comités con responsabilidades especializadas, entre ellos el de salud. La sección de educación sanitaria del ministerio de salud se propone preparar a los trabajadores de salud para que sean agentes de cambio dentro del sistema de órganos democráticos locales.

Financiamiento del sector

Se entiende que el gasto nacional de salud es el gasto público por ese concepto. Son escasos los datos sobre la participación de los subsectores privado y semiprivado. En los últimos diez años, el gasto per cápita en salud ha aumentado mucho y el gasto público por ese concepto como porcentaje del PIB subió del 2,4% al 7,7%; la participación de la salud en el gasto público total se incrementó del 4,5 en 1975 al 7,8% en 1981, aunque ulteriormente disminuyó al 5,1% en 1984.

Salud ambiental

La Administración de Abastecimiento de Agua de Guyana, una entidad semiautónoma con su propia junta y su propio presupuesto, se encarga del abastecimiento de agua y del saneamiento. En 1982 se efectuó una reorganización que dejó a esta institución bajo el control del Ministerio de Salud y la convirtió en organismo consultor de los servicios regionalizados de ese sector. Los problemas actuales consisten en mantener la presión del sistema de abastecimiento de agua que ya tiene 50 años y en reemplazar y ampliar la red de alcantarillado.



Haití

Contexto general

Análisis político, económico y social

La Constitución permite al Presidente de la República designar a su sucesor, sujeto a referéndum popular. El poder legislativo está compuesto por la cámara de diputados, 56 en total, elegidos por seis años. El poder judicial tiene jueces designados por el Presidente por términos de 7 a 10 años. El sistema legal está basado en el código napoleónico. El poder ejecutivo tiene un consejo de 14 ministros. Con propósitos administrativos el país está dividido en las regiones norte, transversal, oeste y sur, y cada una tiene entre 1 y 2 millones de habitantes. Hay además subdivisiones administrativas llamadas distritos, comunas (132), secciones rurales (407) y habitaciones (pequeños conglomerados de casas). Todas estas divisiones son unidades gubernamentales estandarizadas, con excepción de los distritos, que varían en número y límites, de acuerdo con el ministerio correspondiente; por ejemplo, el sector salud tiene 15 y el de agricultura tiene 20.

Haití ocupa el vigesimotercer lugar en la lista de los 36 países de menores ingresos en el mundo preparada por el Banco Mundial en 1980. En 1984, el PIB fue estimado en US\$1.000 millones aproximadamente. El ingreso anual per cápita está calculado entre \$200 y \$300 pero se reconoce que gran parte de la población tiene ingresos inferiores a \$100. En el decenio de 1970, el PIB creció a un promedio anual del 4% y el ingreso per cápita en un 2%; en el período 1980-1984 hubo un leve descenso. Las inversiones domésticas brutas subieron a un promedio anual del 11% y comprendieron el 16% del PIB en 1980. Esta expansión económica fue interrumpida por la recesión mundial que comenzó en 1981. Para

1984, el ingreso per cápita real descendió al 8,5% con relación al nivel de 1980.

La tasa de participación laboral en 1982 fue del 50 al 60%. El desempleo y subempleo son considerables.

El sector agrícola—que representa el 30% del PIB, el 50% del comercio de exportación y el 68% de la fuerza laboral—genera productos de exportación como el café, fibra sisal, aceites esenciales, cacao, azúcar y carne. La depresión del precio del café a lo largo del período ha tenido efectos dañinos en la economía. Se importa trigo, carne y arroz para satisfacer la demanda interna. En los últimos años han cobrado importancia las industrias ligeras de montaje para la reexportación, pero han repercutido negativamente en la economía el cese de la producción mineral de la bauxita y la disminución del turismo.

Se ha producido un deterioro acelerado de la balanza de pagos. En 1981, las reservas en divisas han bajado \$12,2 millones y en 1982 unos \$55 millones. A partir de 1980, la deuda externa creció a un promedio anual del 24%, llegando a \$479 millones al final de 1982 (29% del PIB). Esta tasa de crecimiento ha seguido estrechamente las necesidades de financiamiento del sector público. A finales de 1982, más del 45% de la deuda externa correspondía a deudas con organizaciones internacionales: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 25%; Banco Mundial (BIRF), 20%, y Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEC), 1%. Alrededor del 23% correspondía a gobiernos extranjeros, principalmente los Estados Unidos de América y Alemania, y el 17% a varias instituciones comerciales. Desde 1919, la moneda corriente conserva un valor estable de 5 gourdes por \$1.

En 1984, los planes de desarrollo del gobierno

pusieron más énfasis en el sector agrícola, asignándole el 17% del presupuesto. Los otros sectores reciben las participaciones siguientes: energía 15,5%; comunicaciones, 14,8%; desarrollo urbano, 14,1%; salud, 8,85%, y desarrollo comunitario, 8,85%. El presupuesto de 1984 fue de \$170 millones, de los cuales el 72% se financiaron con recursos externos.

La cultura del país tiene raíces en África, Francia y el Caribe. Actualmente crece la influencia de costumbres norteamericanas en ciertos sectores urbanos. Las tasas de crecimiento, a veces débiles o negativas, de la actividad económica general, así como de las ramas principales de la producción, no han permitido frenar el alza gradual de los índices de desocupación en la economía, ni de los índices de subempleo que afectan particularmente a la agricultura y el comercio. El ingreso del campesino se ha deteriorado considerablemente en los últimos tiempos; por una parte han influido las sequías y por la otra ha desaparecido el ganado porcino, que era una fuente tradicional de ingresos utilizada en el campo haitiano. Las tierras han sido abandonadas o liquidadas, se ha producido una gran migración a la capital o al exterior, y se ha agravado la pobreza de este sector de la población. La inflación y la desocupación han contribuido al descenso del nivel de vida, sobre todo en las zonas marginales de las ciudades. Las fuertes alzas de los precios de los productos alimentarios y el alquiler de las viviendas, que juntos absorben 75% del ingreso, probablemente hayan influido negativamente en el poder de compra de esos grupos de la comunidad.

Características demográficas

El censo de 1982 arrojó un total de 5 millones de habitantes, de los cuales el 74% es población rural. Puerto Príncipe (719.617 habitantes) representa el 14% de toda la población y el 58% de la población urbana. La tasa anual de crecimiento entre 1950 y 1982 fue del 5,17%. Cabo Haitiano, la segunda ciudad del país en tamaño de población, tiene 64.406 habitantes. La densidad estimada por km² es de 198 habitantes y sube a 611 por km² cuando se considera en términos de territorio cultivable (30% de la superficie del país). Se estima que el 70% de la población es analfabeta. La asistencia a la escuela es obligatoria pero solamente asiste el 43% de los niños de 6 a 12 años. La insuficiencia de la capacidad instalada no permite aplicar la ley. El gobierno está realizando esfuerzos importantes en el sector de educación.

En las zonas urbanas, las viviendas se construyen con bloques de hormigón y ladrillo; en cambio, en

las áreas rurales predominan las casas hechas con materiales rudimentarios y techos de paja. El promedio es de 5 a 6 habitantes por vivienda. En ciertos barrios, donde la densidad de la población es elevada, las viviendas se construyen con tablas y residuos industriales y comerciales ingeniosamente utilizados.

Haití posee 3.157 km de carreteras, de las cuales el 10% es de asfalto. Una moderna vía pavimentada de dos carriles atraviesa el país y conecta la capital, Puerto Príncipe, con Cabo Haitiano en el norte y con Les Cayes en el sur, incluido un ramal a Jacmel. Se tiene acceso a vastas áreas agrícolas solo mediante vehículos para todo terreno, utilizando animales o bien a pie.

La electricidad en la capital es satisfactoria excepto en épocas de sequía, en que la fuerza hidroeléctrica se reduce a 30 megavatios y es necesario rotar el servicio. Las demás ciudades tienen plantas diesel, excepto Les Cayes, que dispone de otra planta hidroeléctrica. En las zonas rurales únicamente el 3% de las viviendas tienen acceso a la electricidad. Las radioemisoras desempeñan una importante función en la comunicación. Además de los programas informativos y comerciales se ofrecen servicios de mensajes personales a bajo costo. La estación emisora nacional brinda dicho servicio en forma gratuita. Se estima que en las zonas rurales hay alrededor de 20 receptores de radio por 1.000 habitantes.

El 15% de la población es menor de 5 años y el 40% menor de 15 años. Los mayores de 65 años constituyen el 3,8%. La tasa bruta de natalidad es de 36 por 1.000 habitantes y hay un promedio de cinco niños vivos por mujer. La cifra es superior en el medio rural e inferior en el medio urbano. La tasa bruta de mortalidad está entre 16 y 17 por 1.000 habitantes; la tasa de crecimiento anual fue del 1,42% entre 1971 y 1982. De un análisis de las 130 comunas del país se deduce que en la quinta parte de ellas el crecimiento ha sido superior al 2%; en el resto ha habido un éxodo rural o una emigración más o menos intensa, con un crecimiento del 1 al 1,9%. Las proyecciones de la población de Haití para el año 2000 permiten inferir que habrán 7,2 millones de habitantes, dando por supuesto que se producirá una disminución de la mortalidad, de la fecundidad y de la emigración internacional. De esa población, el 36% vivirá en el medio urbano.

Según información proveniente del Ministerio de Asuntos Sociales, se puede estimar que durante el período de 1980-1984 había una población activa de 2.558.000 habitantes. De este total, alrededor del 67% se dedican a actividades agrícolas; el restante 33% se dedica principalmente a actividades secundarias y terciarias en el medio urbano.

Mortalidad

Con una tasa bruta de mortalidad de 17 por 1.000 habitantes, una esperanza de vida al nacer de 48 años y una tasa de mortalidad infantil de 124 por 1.000 nacidos vivos, Haití se aleja del grupo de países del Caribe que tienen una mortalidad menos elevada. La mitad de las defunciones totales ocurren en niños menores de 5 años. Las publicaciones oficiales de Haití sobre las causas de mortalidad tienen como fuente las instituciones hospitalarias. En 1981, las primeras cinco causas fueron las infecciones intestinales y mal definidas, la tuberculosis pulmonar, las cardiopatías y enfermedades de la circulación pulmonar, las neumonías y la desnutrición. En 1983 se constataron los cambios siguientes: la desnutrición ocupó el tercer lugar, las enfermedades de las glándulas endocrinas y los trastornos de la inmunidad ocuparon el cuarto lugar, y las cardiopatías y enfermedades de la circulación pulmonar el quinto lugar. Las infecciones intestinales y la tuberculosis continuaron ocupando los dos primeros lugares.

Con respecto a la distribución por edades, en el caso de las infecciones intestinales la mayor frecuencia se observa en menores de 1 año (70%, excluidas las defunciones sin edad determinada). La tuberculosis pulmonar afecta sobre todo al grupo de 15 a 44 años. La desnutrición afecta a los menores de 1 año y al grupo de 1 a 4 años; cabe añadir que los menores de 5 años constituyen el 80% de las defunciones por

desnutrición que se han registrado con precisión de la edad. El 89% de las defunciones por bronconeumonía son menores de 5 años, de los cuales el 70,2% ocurre en menores de 1 año.

Durante el período 1981–1984, la tasa de mortalidad materna se redujo de 3,2 a 2,3 por 1.000 nacidos vivos. El resto de los indicadores no mostró tendencia similar. El informe anual de 1983 de la Dirección de Higiene Familiar sobre mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos da una tasa nacional de 2,9 y tasas regionales de 9,7 para la región sur; 3,8 para la región norte; 1,6 para la región transversal, y 2,0 para la región oeste. Actualmente en las regiones se otorga especial atención a la salud maternoinfantil.

En cuanto a la mortalidad infantil, el análisis de datos correspondientes a varios años pasados (1972–1976) revela una tendencia neta hacia el deterioro en el área metropolitana y, por el contrario, en el medio rural hay una discreta mejoría. Una de las razones para explicar esa situación es que en las zonas rurales las madres trabajan esencialmente en la agricultura; esto les permite permanecer cerca del hogar, vigilar a su niño y amamantarlo. En cambio, en los barrios marginales de las zonas urbanas hay una ruptura entre el hogar y el medio de trabajo; la madre se ve obligada a separarse del niño, no puede asegurarle una adecuada vigilancia ni amamantarlo. Esta situación no se ha modificado sustancialmente pero hay programas en marcha que pretenden mejorarla.

Estado de salud

Salud del niño

Los niños de menos de 15 años representan el 40% del total de la población de Haití, los menores de 5 años el 15% y los menores de 1 año el 3%.

Las muertes por diarrea constituyen algo más del 50% del total de defunciones debidas a enfermedades transmisibles y el 36% del total de defunciones debidas a las 10 primeras causas de mortalidad notificada por los hospitales en 1983. En ambas listas de mortalidad, la diarrea ocupa el primer lugar. Esta situación no difiere mucho de las de los dos años precedentes. El grupo de menores de 5 años es el que registra más defunciones, en particular los que aún no cumplieron 1 año; la proporción de muertes por diarrea entre los menores de 1 año varió del 52 al

75% entre 1981–1984. Por otra parte, la morbilidad por diarrea se ha ubicado a lo largo de este período entre las tres causas de mayor frecuencia dentro del grupo de las enfermedades notificables.

En cuanto a las enfermedades respiratorias agudas, la morbilidad y mortalidad por bronconeumonía figuran entre las primeras causas, y cerca del 71% de las defunciones corresponden a los menores de 1 año. La tasa de mortalidad por esta causa es de 4,5 por 100.000. Este problema todavía no ha sido incluido entre los seis considerados como prioritarios en el país.

Según los informes epidemiológicos nacionales, el 45% de las defunciones corresponden a enfermedades transmisibles, de las cuales el 25% son enfermedades prevenibles por vacunación. Las defunciones

CUADRO 1
Casos notificados de algunas enfermedades transmisibles, Haití, 1981-1984.

Enfermedades	Años			
	1981	1982	1983	1984
Tuberculosis	6.550	3.337	6.839	5.803
Difteria	24	26	23	29
Tos ferina	730	1.559	524	748
Tétanos ^a	252	223	245	283
Tétanos neonatal	...	68	...	139
Poliomielitis ^b	35	34	162	63
Sarampión	2.502	1.064	869	1.693

^a Los casos de tétanos en 1981 y 1983 incluyen todas las formas.

^b La poliomielitis ocurrió principalmente en menores de 3 años, no vacunados, de sectores pobres del área metropolitana.

más frecuentes son por tétanos y tuberculosis; es probable que haya una subestimación para el sarampión y la tos ferina, clasificadas en los registros según el diagnóstico de la complicación que precedió al fallecimiento (neumonía, gastroenteritis) y no según la enfermedad primaria. La tuberculosis, el sarampión y la tos ferina están ubicadas entre las 10 primeras causas de morbilidad notificadas en los últimos años. En el cuadro 1 aparecen los casos notificados de 1981 a 1984. La red de notificación está constituida por los informes de enfermedades transmisibles producidos por los establecimientos de salud atendidos por médicos. Hay serias dificultades en la remisión oportuna de informes a niveles superiores y la utilización de datos a nivel local no es una práctica sistematizada. Aun cuando la cantidad y la calidad de la información no son ideales se observa que las frecuencias de casos entre 1981 y 1984 mantuvieron una tendencia estacionaria.

En el cuadro 2 se presentan las coberturas de vacunación en menores de 1 año en 1984.

Las deficiencias nutricionales es uno de los mayores problemas de Haití. Su incorporación entre las prioridades de salud revela el interés del sector en su atención. La encuesta nacional de 1978 reveló que había un 77% de desnutrición en los niños; en el 40% de los casos la desnutrición era entre moderada y grave, según la clasificación de Gómez. Además, el 30% de preescolares y el 38% de las mujeres estaban anémicos.

En lo atinente a salud oral, la profilaxis está poco desarrollada, pues hay menos de 100 dentistas en el país. La carencia de materiales y equipos hace también que gran parte de la atención dental no sea restaurativa y se limite a extracciones.

Salud del adulto

No existen programas nacionales para el control de las enfermedades cardiovasculares y para los tumores malignos que por ahora no constituyen prioridades en Haití. Las defunciones notificadas por las instituciones hospitalarias demuestran que las enfermedades cardiovasculares se han incrementado de 198 en 1981 a 504 en 1983, y los tumores malignos de 712 en 1981 a 1.386 en 1983. Tampoco hay un programa nacional de prevención de accidentes y es mínima la información acerca de los tipos y frecuencia de accidentes. Las estadísticas hospitalarias citan 0,2% como la proporción de muertes por accidentes de tránsito con relación al total de muertes en 1981. La salud mental no figura entre las prioridades vigentes; no obstante, nueve asilos mentales están destinados a quienes tienen necesidad de atención institucional.

En cuanto a la salud de la madre, las tasas generales de fecundidad entre 1971 y 1982 eran de 162 por 1.000 mujeres en edad fértil y la mortalidad materna

CUADRO 2
Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año, Haití, 1984.

Vacuna	Dosis	Menores de 1 año vacunados	%
BCG	Unica	125.927	68,8
DPT	3a	24.550	13,0
Poliomielitis	3a	23.010	12,5
Sarampión	Unica	14.754	8,0

de 2,9 por 1.000 nacidos vivos. Entre 1981 y 1983, según el informe anual de 1983 del Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP), del total de mujeres embarazadas estimadas en el país, entre el 44 y el 50% consultaron la clínica prenatal, con una concentración de dos consultas por persona. En el mismo documento se menciona que en 1980 y 1983 el 20% de los partos fueron institucionales; de ellos, el 90% fueron normales. Unas 8.182 matronas comunitarias adiestradas en todo el país hasta 1984, atendieron un 15% adicional, lo cual eleva a 35% los partos atendidos por personal capacitado.

Problemas de salud que afectan a la población en general

La malaria es uno de los seis problemas que reciben atención prioritaria por parte del ministerio, dado que el 75% del país, en el que habita el 85% de la población, es área malárica. En los últimos cuatro años, las autoridades nacionales han notificado alrededor de 50.000 casos por año, con tasas de positividad en láminas que llegaron al 21% en 1982.

Hay evidencia serológica y virológica de la existencia de los cuatro serotipos de dengue durante los últimos 20 años en la isla La Española (Haití y República Dominicana). En octubre de 1983 se aisló el virus serotipo I en los Centros de Control de Enfermedades de Puerto Rico en sueros de Haití durante un brote ocurrido en la comuna de Belladere. Informaciones clínicas, entomológicas y serológicas sugieren que la vigencia de la transmisión de dengue en algunos puntos del país plantea la necesidad de continuar los esfuerzos interrumpidos de vigilancia y control.

El ántrax y la rabia son las dos zoonosis de impor-

tancia en Haití. Entre pobladores rurales y manipuladores de carne ocurrieron en áreas endemicozoonóticas los siguientes casos de ántrax: 52 en 1981, 20 en 1982, 116 en 1983 y 188 en 1984. Respecto a la rabia humana se informaron 2 casos en 1981; 1 en 1982; 1 en 1983, y 3 en 1984.

Salud ambiental

Se ha estimado que en 1984 solamente el 32% de la población (54% en el medio urbano y 25% en el medio rural) tenía acceso al agua salubre. Dentro del marco del Decenio Internacional del Agua Potable y el Saneamiento, se han propuesto y están en su fase inicial de operación 17 proyectos prioritarios con un costo total de \$143 millones. Solamente el 19% de la población urbana y el 12% de la población rural dispone de instalaciones sanitarias. Los servicios de eliminación de desechos sólidos continúan siendo muy limitados. Únicamente la capital se beneficia de manera regular. Desde 1981 se cuenta con la asistencia del BID para un proyecto de \$4 millones que durará cinco años y está destinado a reforzar la infraestructura correspondiente. La Dirección de Higiene Pública del MSPP tiene la responsabilidad del control sanitario del medio. Las condiciones de insalubridad en las cuales vive la población de las zonas periurbanas en expansión constante son un problema mayor. No existe todavía ningún programa o estrategia nacional para luchar contra la contaminación física y química que se agrava cada día. Las aguas negras, industriales y municipales no son purificadas. Aunque se trata de impedir que los desechos sólidos sean vertidos en el cauce de las aguas y a lo largo del litoral, las medidas concretas con ese propósito no se cumplen.

Sistema de salud

La estrategia fundamental de la política de salud del Ministerio de Salud Pública y Población abarca grandes campos de acción: enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles por vacunación, salud maternoinfantil, desnutrición, tuberculosis y malaria. Todas están respaldadas por programas de control específicos y de apoyo a la infraestructura administrativa, educación sanitaria, participación de la comunidad y coordinación multisectorial.

La oficina de planificación, evaluación y estadística del ministerio tiene a su cargo la definición de planes, estrategias y normas para el sector salud y trabaja en relación con una contraparte del Ministerio de Planificación para garantizar la coherencia entre su programación y la política nacional. Esta coordinación está prevista por la ley en el nivel regional, en virtud de la cual los directores regionales de salud deben participar en consejos regionales de planificación. La Asociación de Obras Privadas de Salud (AOPS) y la Asociación Haitiana de Agencias Voluntarias (HAVA) representan el 50% de las instituciones privadas del sector salud que se coordinan con el MSPP para cumplir la política de salud.

En 1982, el personal de salud activo en el país comprendía 810 médicos, 83 dentistas, 758 enfermeras, 1.564 auxiliares y 403 agentes de salud. Además, la práctica tradicional o empírica de la medicina está muy extendida en el país. Se estima que cada 10.000 habitantes hay 50 individuos que practican la medicina tradicional, entre ellos, parteras, herbolarios, inyeccionistas, sacerdotes o sacerdotisas vudú y doctores brujos y magos. Se capacitó a 8.000 parteras comunitarias y se las dotó de un equipo básico.

El sistema de servicios de salud cuenta con un total de 451 establecimientos para atención médica. La capacidad instalada del país alcanza a 4.956 camas de hospitalización, de las cuales el 60% pertenecen al subsector público, en especial a instituciones de corta estancia; solamente un 15% se destinan a dolencias crónicas. A pesar de los esfuerzos realizados no se ha podido aumentar el número de camas, que apenas alcanzan a una cama por 1.000 habitantes; hay notables diferencias entre el área metropolitana y el interior del país.

En el período 1980-1984 se ha incrementado el número de establecimientos de salud, especialmente en el subsector público, y ya funcionan unos 100, sobre todo en el interior del país. Existe un programa de construcciones, respaldado por el BID y la AID, que incluye hospitales, centros de salud, dispensa-

rios, garages y depósitos, que se han levantado fuera del área metropolitana. Se espera completar este proyecto en los próximos dos años y, por cierto, extenderlo. No obstante el empeño puesto en descentralizar los recursos para la atención de las personas, todavía se observa una mayor proporción en el área metropolitana, constituida por Puerto Príncipe y sus alrededores. La región oeste, donde se halla el área metropolitana, concentra la atención de mayor complejidad, con un total de 35 establecimientos, mientras que en las restantes regiones la situación es totalmente diferente; la región norte cuenta con 12 establecimientos y la región sur con 17, lo cual explica la migración de la población y la referencia de casos hacia las regiones dotadas de servicios de mayor complejidad.

Las principales debilidades del sistema hospitalario se han encontrado en los servicios de emergencia y en el conjunto de actividades de apoyo: radiodiagnóstico, laboratorio, banco de sangre, instalaciones de cirugía y obstetricia, rehabilitación y anatomía patológica. En la cuestión de servicios generales hay muchas deficiencias, en particular el mantenimiento, la alimentación, el servicio social, la formación continua de personal y los transportes y comunicaciones. En la mayor parte de los establecimientos del interior el promedio de ocupación no llega al 50%, aun en las zonas rurales donde proporcionalmente el número de camas es mínimo. Se estima que los servicios cubren solo al 60% de la población.

Si bien el sistema de información sobre la utilización de la capacidad instalada ha mejorado, no es todavía posible obtener datos completos sobre la cobertura lograda en consultas externas y egresos hospitalarios. Sin embargo, ciertas investigaciones permiten suponer que a finales de 1984 se producían algo menos de dos egresos hospitalarios por 100 habitantes/año, lo que indica una de las relaciones más bajas de la región. El Hospital Universitario es el de mayor tamaño (700 camas) y complejidad de la red estatal de establecimientos. Se han producido evidentes progresos en materia de saneamiento básico, servicios ambulatorios, laboratorio clínico central y la construcción de una nueva morgue que servirá también a los fines judiciales. Existe un anteproyecto de rehabilitación de la capacidad instalada del Hospital, basado en las recomendaciones de consultores internacionales y agencias bilaterales.

Con la cooperación técnica de la AID, las autoridades sanitarias han comenzado un vasto programa

relacionado con los medicamentos, que va desde una lista de medicamentos esenciales a la promoción de la producción, distribución y comercialización de los mismos a través de farmacias comunitarias e institucionales. Una agencia paraestatal (AGAPCO) ha emprendido las tareas que facilitarán a la población más necesitada la accesibilidad a los medicamentos básicos a precios convenientes. El UNICEF y otras agencias internacionales cooperan en estas actividades y en la provisión de vacunas y sales para rehidratación oral.

Las perspectivas futuras en materia de desarrollo de los sistemas de servicios de salud se hallan liga-

das principalmente a la coordinación de los recursos de los subsectores público y privado; a la rehabilitación de la capacidad instalada, en vez de la creación de nuevos establecimientos que incrementarían los gastos de funcionamiento que luego serían difíciles de afrontar, y sobre todo están ligadas al mejoramiento sustancial de la planificación, ejecución y evaluación de los programas de atención médica. En ese sentido la ayuda técnica y de inversiones de origen externo adquieren una importancia primordial para el sistema de servicios de salud, si se quiere dar respuesta a los apremiantes problemas que deben resolverse.

Honduras

Contexto general

Análisis económico y social

En el período 1980-1983 se produjo una desaceleración en la actividad económica de Honduras. El PIB, que entre 1976 y 1979 había crecido a una tasa del 5,7% anual, entre 1980 y 1983 descendió a una tasa negativa del 0,4%; esto se debió entre otros factores a la disminución de las inversiones privadas tanto nacionales como extranjeras, a la reducción de las exportaciones, a la fuga de capitales y al aumento de los gastos de defensa. Dadas las medidas adoptadas y la recuperación económica mundial la economía nacional comenzó a mostrar síntomas de mejoría en 1984; el PIB ganó en un 2,8% por efecto del crecimiento de las exportaciones y de la inversión pública.

El crecimiento del país ha sido financiado mediante el endeudamiento externo de mediano y largo plazo, que ascendía al finalizar 1984 a US\$2.781,4 millones. En ese año la deuda representaba el 86,1% del PIB y el pago de los servicios de la deuda absorbían el 20% de las divisas generadas por las exportaciones. La población económicamente activa en 1984 totalizó 1.256.349 habitantes, y el desempleo, que en 1974 fue del 11,3%, en 1984 ascendió al 25,0% debido a la escasa capacidad del sistema de producción para generar puestos de trabajo durante la recesión. En 1984 el presupuesto de la República ascendió a \$762.042.964, o sea que el gasto público representaba el 37% del PIB. El PIB fue de \$3.231,5 millones y la tasa de inflación por índice general de precios del consumidor en el período 1981-1984 fue del 7,7%.

El plan de desarrollo se orientó a superar la contracción de la economía para lograr su recuperación mediante estrategias dirigidas a favorecer a los sectores más afectados por la crisis a través del incre-

mento económico. En el sector social el énfasis ha sido más declaratorio que real pues el gran esfuerzo ha estado en el sector productivo.

Características demográficas

En julio de 1985 la población de Honduras se estimaba en 4.372.487 habitantes. La tasa de crecimiento estimada es del 3,4% anual (148.600 habitantes por año), lo cual quiere decir que la población se duplica en un período de 20,5 años. Según el censo de 1974 en la población hondureña el 47,8% son menores de 15 años, el 49,4% corresponde al grupo de 15 a 64 y el 2,8% al grupo de 65 años y más. En las estructuras actuales el 21,6% son mujeres en edad fértil; de estas el 60,4% viven en pareja en unión libre. Se estima que en el año 2000 el 42,3% serán menores de 15 años, el 56,4% estará entre los 15 y 64 años y el 3,3% serán mayores de 65 años. La tasa de natalidad (44 nacidos vivos por 1.000 habitantes) combinada con la tasa de mortalidad (8,3 por 1.000 habitantes) conducen a altas tasas de crecimiento. La densidad poblacional es de 37,8 habitantes por km².

La tasa global de fecundidad ha evolucionado de 7,05 nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil en el período 1950-1955 a 6,50 en el período 1980-1985. Los resultados preliminares de la segunda encuesta demográfica nacional la sitúan alrededor de 6, una de las más altas de América Latina. La tasa de natalidad es más alta en los departamentos rurales.

En 1980 el 36% de la población era urbana y el 64% rural; en el año 2000 esas cifras serán 51,6 y 48,4% respectivamente. En el período 1950-1975 la proporción de población que vivía en las zonas urbanas casi se duplicó y las proyecciones al año 2000

indican que para esa época Honduras dejará de ser predominantemente rural. La población urbana crecerá a una tasa del 5% anual mientras que la población rural crecerá al 2% anual. En Tegucigalpa, la capital, y San Pedro Sula se ubican los centros administrativos y económicos y hacia ellos se dirige la migración interna que ha conformado un cinturón de población marginada en las zonas suburbanas donde hay elevados niveles de morbilidad y mortalidad.

El analfabetismo en mayores de 10 años llegó en 1974 al 40,5%; se estima que la tasa de analfabetismo es del 41,4% para los hombres y del 49,9% para las mujeres.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general se ha reducido de 10,8 por 1.000 habitantes en 1980 a 8,3 en 1983; la esperanza de vida al nacer es de 62 años y una proyección al año 2000 estima que llegará a 67,8 años. La mortalidad infantil ha bajado de 98,5 por 1.000 nacidos vivos a 78,6 en el mismo período. Entre las 10 primeras causas llama la atención la tendencia ligeramente descendente en padecimientos como diarreas, algunas enfermedades del corazón, neumonías y tumores malignos (cuadro 1). Una tendencia ascendente se observa en muertes violentas; esta última podría explicarse por el evidente

incremento de las acciones violentas y de tipo bélico.

Es pertinente señalar que solamente el 11% de las defunciones son certificadas por médico, el resto queda a cargo de autoridades del Ministerio de Gobernación, alcaldes y personal auxiliar de enfermería o de guardianes de salud que tienen un nivel mínimo de conocimientos. No hay una estimación del subregistro de información; la mayoría de los diagnósticos son clínicos y casi nunca hay confirmación de casos proveniente del laboratorio. Es frecuente el entierro de niños sin ninguna formalidad de registro de natalidad o mortalidad.

Morbilidad

En Honduras predominan las enfermedades transmisibles como causa de morbilidad. En 1984 la primera causa de morbilidad fueron las diarreas que condujeron a una tasa de 4.373 consultas por 100.000 habitantes (cuadro 2), seguidas de las infecciones de las vías respiratorias como la influenza y la angina estreptocócica. Entre las 10 primeras causas se encuentran otras enfermedades transmisibles tales como las prevenibles por inmunización y las de transmisión sexual y por vectores. Comparando los datos de morbilidad de 1980 y 1984 se observa una tendencia a la mejoría en influenza, malaria y amebiasis y un empeoramiento en lo que se refiere a

CUADRO 1
Diez primeras causas de mortalidad general en 1983 y tasas por 100.000 habitantes, Honduras, 1979 y 1983.

No. de orden	Causa	Tasas por 100.000 habitantes	
		1979	1983
1	Infección intestinal mal definida (009)	56,5	33,5
2	Disritmia cardíaca (427)	17,5	16,2
3	Descripciones y complicaciones mal definidas de las enfermedades del corazón (429)	15,4	12,6
4	Neumonía, organismo causal no especificado (486)	11,7	9,5
5	Ataque por otros medios y por los no especificados (E-968)	9,5	8,7
6	Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas (E-928)	8,8	8,4
7	Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas (437)	...	8,3
8	Tumor maligno de sitio no especificado (199)	9,6	6,8
9	Ataque con armas de fuego y explosivos (E-965)	...	6,6
10	Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779)	...	6,4

Fuente: Departamento de Estadística, MINSALUD.

angina estreptocócica, infección gonocócica, todas las formas de sífilis y varicela. Por otra parte, han

mostrado una tendencia estable la diarrea, el sarampión y la parotiditis.

CUADRO 2

Principales causas de morbilidad en 1984 y tasas por 100.000 habitantes, Honduras, 1980 y 1984.

No. de orden	Causa	Tasa por 100.000 habitantes	
		1980	1984
1	Enfermedad diarreica	4.346,5	4.373,2
2	Influenza	4.401,5	2.767,0
3	Angina estreptocócica	1.779,0	2.688,6
4	Malaria	1.159,9	645,9
5	Infección gonocócica	153,1	195,7
6	Sarampión	113,5	118,8
7	Sífilis, todas las formas	71,6	111,0
8	Varicela	55,3	74,0
9	Parotiditis	63,6	61,6

Fuente: Boletín de Estadística e Información de Salud, 1984.

Estado de salud

Salud del niño

Los niños representan el grupo más vulnerable de la población y en él predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias; las diarreas y las infecciones respiratorias, junto con las infecciones mal definidas originadas en el período perinatal, ocupan los primeros lugares en la lista de causas de mortalidad infantil (cuadro 3). En el período que va de 1971 a 1983 la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 117 por 1.000 nacidos vivos a 78,6. Hay un predominio de mortalidad infantil en las zonas rurales (93,5 en 1983) sobre las zonas urbanas. Los departamentos de Copán y Lempira registran la mortalidad infantil más alta y los de Francisco Morazán, Cortés, Gracias a Dios, Valle y Choluteca la más baja. Este último sector geográfico es muy importante puesto que allí ocurre el 45% de todos los nacimientos.

La mortalidad general y en especial la infantil guardan estrecha relación con el nivel educacional de la población. En un análisis comparativo elaborado por el Centro Latinoamericano de Demografía

(CELADE) la tasa de mortalidad infantil del país en hijos de mujeres de 20 a 24 años fue de 82,6 por 1.000 nacidos vivos; esta tasa resultó más alta entre los hijos de mujeres del área rural (90,6). En el grupo de madres sin instrucción la tasa llegó a 110,1, mientras que en el grupo de mujeres con siete o más años de instrucción fue de 30,2. La mortalidad más elevada correspondió a los hijos de mujeres sin instrucción del área rural (113,6). En relación con la clase socioeconómica, las tasas fueron de 35,2 entre los hijos de mujeres de clase media; 60,7 en los de mujeres trabajadoras agrarias y obreras y 100,0 en los de campesinas.

En cuanto a las deficiencias nutricionales, la situación de extrema pobreza generada en parte considerable por el elevado grado de concentración del ingreso da lugar a que el 63% de las familias hondureñas no satisfagan sus requerimientos nutricionales básicos. La evaluación nutricional de 1966 reveló que casi dos tercios de la población padecía de desnutrición proteinoenergética, el 72,5% de los menores de 5 años estaban afectados y el 13% eran casos moderados o graves. En cifras absolutas signi-

CUADRO 3

Principales causas de mortalidad infantil en 1983 y tasas por 100.000 nacidos vivos, Honduras, 1979 y 1983.

No. de orden	Causa	Tasas por 100.000 nacidos vivos	
		1979	1983
1	Diarrea (009)	645,5	342,1
2	Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779)	192,6	158,8
3	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer (765)	...	74,5
4	Neumonía (486)	107,2	73,9
5	Bronquitis (490)	119,9	62,3
6	Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido (770)	67,7	53,1
7	Infecciones del período perinatal (771)	73,4	49,5
8	Disritmia cardíaca (427)	...	40,9
9	Tos ferina (033)	62,1	33,6
10	Bronconeumonía (485)	48,0	26,3

Fuente: Departamento de Estadística, MINSALUD.

fica que 196.631 niños tenían algún grado de desnutrición y que 130.000 tenían formas graves. Para 1981 las cifras absolutas se elevaron a 600.000 y 240.000 niños, respectivamente, y el problema tiende a agudizarse. Aproximadamente la mitad de la población en edad escolar, o sea unos 500.000 alumnos, padece de deficiencias proteinoenergéticas que se traducen en retardo en el desarrollo físico y mental, ausentismo, deserción y bajo rendimiento escolar.

Durante 1984 se registró un brote de poliomiélitis que abarcó todas las regiones de salud del país, con un total de 58 casos confirmados por laboratorio o clínica; entre ellos se aislaron los tres tipos de poliovirus, además de otros enterovirus distintos de los de la poliomiélitis. El 91% de los casos fueron menores de 5 años. No hubo diferencia en la distribución por sexo. El 28% de los casos confirmados no habían recibido ninguna dosis de vacuna antipoliomielítica y el 41% habían recibido tres o más dosis.

En menores de 15 años el alcoholismo constituyó el 0,5% de la morbilidad ambulatoria en 1980 y el 1,9% en 1982; en las estadísticas de egresos hospitalarios el síndrome de dependencia del alcohol ocupó el cuarto lugar en 1984.

Salud del adulto

En lo que se refiere a salud de la madre en Honduras se presentan aproximadamente 200.000 embarazos

al año, de los cuales el 53% tuvo en 1983 algún tipo de atención prenatal, brindada sobre todo por parteras tradicionales capacitadas y auxiliares de enfermería. La cobertura de atención prenatal está limitada por la accesibilidad geográfica, cultural y económica. En 1983 el 24% de los partos se atendieron en instituciones; un 26% recibieron atención de parteras tradicionales capacitadas y el resto de personal empírico. La presencia de 17 casos de tétanos neonatorum registrados en ese año indica que la calidad de la atención es deficiente. El 84,6% de los egresos hospitalarios por causa obstétrica corresponden a parto normal, lo que denota que todavía no funciona la referencia de pacientes bajo criterio de riesgo. Se produjeron 6.510 abortos en 1981 y 7.194 en 1983. La prevalencia del uso de anticonceptivos eficaces en las mujeres de edad fértil en unión libre es del 26,9%; la mayoría de las usuarias pertenecen al grupo socioeconómico más bajo. Las causas de morbilidad y mortalidad materna son: aborto, complicaciones del embarazo, toxemia, sepsis puerperal y hemorragias.

El 40% de las embarazadas sufre de anemia por deficiencia de hierro, asociada a déficit de cianocobalamina, folatos, vitamina A y otros oligoelementos; padecen también de desnutrición proteinoenergética.

El problema nutricional—profundamente arraigado en la estructura social predominante en el

país—está relacionado con una baja producción (monocultivo) y con una comercialización de los alimentos en la que participan muchos intermediarios; un bajo poder adquisitivo y limitados niveles educacionales y de saneamiento del medio, y un deficiente control de las enfermedades parasitarias e infecciosas que ocasionan pérdidas de nutrientes.

Entre las enfermedades transmitidas por vectores la malaria fue la que ocasionó mayores problemas, a causa principalmente de la supresión del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. No se pudo lograr que las actividades se realizaran con participación de la comunidad pues esta no había recibido capacitación previa. El mejor ejemplo del deterioro del programa antimalárico está dado por la ciudad de Choluteca (45.000 habitantes), en la que en 1981 se diagnosticaron 7.200 casos de malaria, incluidos 2.500 por *P. falciparum*. Si se mide la incidencia de la malaria por el índice parasitario anual se observa un descenso de 16,8 láminas positivas por 1.000 habitantes en 1976 a 14,1 en 1981 y a 7,0 en 1984. En números absolutos se registraron 48.804 casos en 1976; 49.377 casos en 1981 y 27.332 casos en 1984. La confiabilidad de la notificación de malaria es bastante alta; sin embargo, puede haber algún subregistro en el volumen total de la incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores.

Según datos de 1983 los accidentes de trabajo más frecuentes fueron las contusiones, abrasiones, cortaduras, laceraciones y cuerpos extraños en los ojos.

La población de 65 años y más representa el 2,8% de la población total. En 1981 solo 892 personas tenían algún tipo de prestación por jubilación, proporcionada por alguna de las instituciones de seguridad social del país. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social atiende a la población de edad avanzada pero no cuenta con un programa específico para ellos.

Salud ambiental

En este aspecto en Honduras se presenta el cuadro general típico de un país en desarrollo caracterizado

por: crecimiento poblacional muy elevado, asentamientos urbanos en áreas de escasos recursos hídricos y de difícil acceso, explotación acelerada de los recursos naturales, el agua, el suelo y la vegetación que ocasionará en poco tiempo escasez de agua especialmente en áreas urbanas, y escasez de servicios de infraestructura sanitaria en áreas marginadas de las ciudades y en zonas rurales.

Estimaciones oficiales indican que 843.000 habitantes (51%) del área urbana tienen servicio de agua potable y 685.000 tienen acceso en alguna forma al servicio; asimismo, 1.567.000 habitantes del área rural (60%) tienen acceso a alguna fuente de aprovisionamiento de agua. La población urbana con servicios de alcantarillado es de 759.700 (46%); en el área rural 1.225.000 habitantes (43%) disponen de un sistema adecuado de eliminación de excretas. La evacuación final de los desechos urbanos se realiza directamente sin tratamiento a cauces naturales. La falta de alcantarillados para agua de lluvia en varias ciudades del país produce daños en los sistemas de agua potable y eliminación de excretas, lo que trae aparejada la contaminación por dispersión de los desechos sólidos y aguas servidas. Menos de la mitad de la población urbana está cubierta por un sistema adecuado de eliminación de desechos sólidos. Solo en tres ciudades hay vehículos compactadores. El procedimiento final es deficiente pues solo existen rellenos sanitarios en las principales ciudades.

Dos tercios de la población hondureña está afectada por malas condiciones habitacionales; para 1982 el déficit cuantitativo se estimó en 450.000 unidades. En suma, son muy deficientes los servicios básicos de agua, alcantarillado, electricidad y transporte, y a ellos se agregan las deficiencias físicas de las viviendas.

Hay contaminación creciente y no controlada del aire, el agua y el suelo, especialmente de carácter orgánico, ocasionada por un crecimiento urbano acelerado. La contaminación química industrial y la producida en procesos agroindustriales es incipiente; la producción, transporte y manipulación de alimentos se hace en condiciones sanitarias inapropiadas.

Sistema de salud

El sector social está firmemente respaldado por normas jurídicas claras; en cuanto a la salud, si bien la Constitución de 1982 no la define rotundamente

como un derecho, en cambio ordena a todos los organismos centralizados y descentralizados que se desempeñen bajo la coordinación del Ministerio de

Salud Pública y Asistencia Social mediante un plan nacional de salud que da prioridad a los grupos más necesitados.

El sector salud ha definido sus políticas en función de la meta de salud para todos en el año 2000 como país signatario de la declaración de Alma-Ata, y ha establecido como estrategia fundamental la atención primaria de salud. En el período 1982-1986 los objetivos del sector salud se centran en el mejoramiento del nivel de salud a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Específicamente se orientan a: extender la cobertura de los servicios a áreas urbanas y marginales y a mejorar la calidad de los mismos; intensificar la coordinación institucional sectorial y extrasectorial con los organismos que intervienen directa o indirectamente en el sector; desarrollar actividades específicas en salud maternoinfantil y disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por inmunización, las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y la malaria, y por último mejorar las condiciones del medio ambiente con especial interés en el saneamiento básico, control de vectores y control de alimentos.

Sin embargo, varios postulados del plan de salud han resultado meras declaraciones porque las instituciones no están realmente comprometidas en el quehacer nacional o porque no existe un órgano coordinador que practique el seguimiento del plan. Hay debilidad por parte del sector en lo referente a las distintas instancias de toma de decisiones, planificación y coordinación sectorial, institucional y local, y no están bien definidos o hay escasa compatibilidad entre los programas sectoriales. El esquema organizativo se basa en el principio de la centralización administrativa, lo cual no facilita el funcionamiento de las regiones sanitarias. La capacidad del sector salud para la generación, formulación, seguimiento y evaluación de proyectos es incipiente y está en proceso de organización.

Las prestaciones de salud están a cargo de los subsectores públicos y privados. El subsector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como entidad reguladora, los servicios médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, la Junta Nacional de Bienestar Social y el Departamento de Higiene Ocupacional y Seguridad Social del Ministerio de Trabajo.

Están disponibles 610 establecimientos estructurados según la complejidad de los niveles de atención: 482 centros de salud rurales, 197 centros de salud con médicos, nueve hospitales de área, seis regiona-

les y seis nacionales, con un total de 3.448 camas en los hospitales del Estado.

El sistema de seguridad social cuenta con dos hospitales regionales y tres dispensarios para un total de 505 camas. Hay 1.083 camas privadas distribuidas en 26 hospitales-clínicas. Las camas existentes en el país son insuficientes y han disminuido entre 1980 y 1984. La razón de camas por 1.000 habitantes bajó de 0,89 a 0,81 en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; de 2,07 a 1,36 en el IHSS y de 0,28 a 0,24 en el sector privado. Sin embargo, los egresos hospitalarios de los establecimientos del ministerio y la seguridad social aumentaron.

La disponibilidad de recursos humanos en salud llega a 14.253 personas: profesionales 20,7%; técnicos 9,8%; auxiliares de enfermería 37,4% y administrativos y de servicios generales 32,1%. De este personal el 59% labora en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el 14,2% en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Hay 4,2 médicos por 10.000 habitantes, 1,6 enfermeras, 0,8 odontólogos, 13,1 auxiliares de enfermería y 1,4 técnicos medios (rayos X, laboratorio y anestesia). Estas proporciones han aumentado poco en los últimos años. La distribución de la fuerza laboral continúa siendo desigual, concentrada en las grandes ciudades (74,3%) en detrimento de las áreas rurales y aquellas menos desarrolladas.

La formación del personal de salud no satisface totalmente las exigencias y expectativas de la población. Los procesos educativos no están suficientemente vinculados a las demandas reales de las políticas y estrategias de salud, especialmente en la formación profesional. Hay una tendencia marcada a la especialización; de 1.792 médicos el 46% se dedica a diferentes especialidades, situación que no guarda relación con el perfil epidemiológico de salud del país. La disponibilidad, distribución y utilización del personal de salud no es equitativa, lo que afecta a los grupos de población sin acceso a los servicios básicos de atención de salud. En el ministerio el 66% del personal trabaja en niveles hospitalarios; el 20% en centros de salud, generalmente urbanos, con médicos; el 6% en centros de salud rurales y el 8% en el nivel normativo. En la seguridad social el 26% del personal está en funciones administrativas, el 48% en hospitales y el 26% en consultorios.

Como enunciado figura que la solución de los problemas de salud será una responsabilidad compartida con la comunidad pero la premisa se cumple solo en parte. El ministerio ha establecido que la comunidad está representada a través de guardianes de salud, colaboradores voluntarios, representantes de salud y parteras tradicionales, quienes son seleccionados por sus comunidades con criterios estable-

cidos por el nivel institucional, y su acción está orientada hacia el cumplimiento de las actividades de los programas oficiales. Hasta 1985 se habían capacitado 5.231 guardianes de salud, 3.472 representantes de salud y 13.344 parteras, en total 22.047 agentes comunitarios. Cabe señalar que hay una deserción marcada de este personal (5.160) por falta de suministros, de supervisión y de incentivos económicos.

De la financiación total del ministerio un 22,3% corresponde a fondos de cooperación externa. La inexistencia de contabilidad de costos contribuye al desajuste entre el presupuesto, la programación y las necesidades reales. Del presupuesto anual el ministerio dedica el 40% a sueldos y viáticos del personal, el 24% a la adquisición de materiales y suministros y el resto a construcciones y mantenimiento, transferencias y adquisiciones de inmuebles. El financiamiento del IHSS proviene de las aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado, si bien este último está en deuda.

Se estima que la cobertura de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social llega al

60% de la población. El sector privado cubre un 3% y el seguro social un 7%; un 30% de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud. La cobertura del IHSS en el período 1980-1983 ha disminuido debido al desempleo, al cierre de empresas y a la situación económica nacional. En 1980 había 165.304 asegurados directos o cotizantes y solo 159.875 en 1983. En este mismo año la población derechohabiente del IHSS había ascendido a 286.518, cantidad que representó el 7,0% de la población nacional. De este total, los asegurados directos representaron el 13,2% de la población económicamente activa.

Las actuales cifras de cobertura están condicionadas por factores culturales, socioeconómicos y geográficos; para superar estos inconvenientes el ministerio está desarrollando desde 1983 un sistema de programación local que pretende obtener una visión más realista de la cobertura y buscar una estrategia de intervención más efectiva basada en la entrega a la población de un paquete de servicios básicos para controlar los problemas de salud prevalentes.



Islas Caimán

Contexto general

Análisis político, económico y social

Las Islas Caimán constituyen un territorio de la Corona Británica gobernado por dos cuerpos elegidos: la asamblea legislativa y el consejo ejecutivo, y un gobernador nombrado por la Reina. Las islas han mantenido estabilidad política y económica durante muchos años en parte por el fortalecimiento de la banca y otras industrias relacionadas, el crecimiento de la industria turística y el prudente control del gasto público. La educación, obligatoria para los niños de 4 a 16 años, se basa en los sistemas seguidos en Gran Bretaña y los Estados Unidos. Las dos instituciones de estudios superiores son el Colegio Universitario Internacional y la Facultad de Derecho.

Varios sectores de la economía—comercial, residencial, de apartamentos y condominios, hotelero e industrial—han tenido un vigoroso crecimiento en los últimos cinco años. Dada esta expansión acelerada, se está prestando especial atención a asuntos relativos al medio ambiente tales como la calidad del agua, la disposición de desechos sólidos y el mantenimiento de las zonas adyacentes a las playas, ya que estos son factores muy importantes para las islas en general y para la industria turística, que es una de las fuentes principales de ingresos públicos. El número de visitantes y turistas aumentó en un 26% entre 1980 y 1984 y se prevé una continuación de esa tendencia. Por tanto, se exigirá cada vez mayor tesón

en la vigilancia de las enfermedades infecciosas y el mantenimiento de la calidad de los servicios de salud.

Características demográficas

En 1984 se estimó que las islas tenían 19.350 habitantes. Según el censo oficial de 1979, la población en ese año era de 16.677 habitantes, cifra que representa un aumento del 65,6% en relación con la del censo de 1970. La mayor parte de la población pertenecía al grupo de 1 a 14 años, y el segundo grupo más numeroso era el de 20 a 44 años.

Mortalidad

El perfil de mortalidad de las Islas Caimán es característico de la mayoría de los países desarrollados en el sentido de que las principales causas de mortalidad son las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y las enfermedades del aparato respiratorio. Se observa una tendencia igualmente ascendente en la diabetes. La mayoría de las defunciones ocurren en personas de 65 años o más y, después de este grupo, en las de 45 a 64 años. La excepción a esta tendencia general son las defunciones del grupo de 15 a 44 años, atribuíbles a los accidentes de tránsito.

Estado de salud

Salud del niño

La proporción de niños inmunizados con las vacunas DPT y antipoliomelítica aumentó del 50% en 1976 al 90% en 1984 y, como resultado, la incidencia de estas enfermedades entre los niños es baja. Por otra parte, la incidencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 4 años, que se sitúa en 7,2 por 1.000, es motivo de preocupación.

Salud del adulto

La principal causa de defunción en el grupo de 15 a 64 años son las enfermedades del aparato circulatorio. Además, se estima que 1 de cada 4 de los adultos que acuden a los dispensarios tienen diabetes o enfermedad hipertensiva, o ambas enfermedades. Los tumores malignos constituyen un motivo de creciente preocupación y el gobierno se ha dado a la tarea de establecer un registro de cáncer. Los accidentes son la tercera causa de defunción en importancia; además, los accidentes y traumatismos representaron el 12% de las hospitalizaciones en 1984 y acusaron una tendencia ascendente (de 331 en 1974

a 759 en 1983), lo que puede atribuirse en gran parte al uso indebido del alcohol. Es cada vez mayor la preocupación por los problemas causados por las enfermedades mentales, la farmacodependencia y el alcoholismo. Las instituciones de salud mental no son apropiadas para cuidar a las personas con trastornos psicóticos graves, la mayoría de las cuales se envían a Jamaica para tratamiento. Van en aumento los embarazos de adolescentes y del 10 al 15% de los nacimientos registrados en 1979 correspondieron a madres adolescentes. La atención prenatal y posnatal es una importante actividad del programa de salud materno-infantil. Se somete a las madres a examen para detección de hipertensión, deficiencias nutricionales y enfermedades genéticas. En 1976 se inició un programa de control de las enfermedades genéticas para detectar y atender casos de ataxia cerebelosa, síndrome de Sanfilippo y anemia drepanocítica.

Salud del anciano

Las principales causas de defunción de los ancianos son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las del aparato respiratorio.

Sistema de salud

Infraestructura

El Departamento de Servicios Personales de Salud es uno de los tres componentes del Ministerio de Salud, Educación y Servicios Sociales, encargados de todas las prestaciones relativas a la salud pública. Está a cargo de este departamento un médico jefe que cuenta con la ayuda de un administrador.

Hay un hospital general en Gran Caimán y otro en Caimán Brac en los que se prestan servicios para pacientes internos y ambulatorios. En seis dispensarios distritales se ofrecen atención ordinaria de enfermería, atención materno-infantil, atención prenatal, servicios de planificación familiar, inmunizaciones,

educación sanitaria, asesoramiento en asuntos genéticos y programas de visitas domiciliarias. El servicio de salud dental tiene un dispensario en Gran Caimán y otro en Caimán Brac.

El Departamento de Servicios Personales de Salud trabaja por ampliar los servicios, mejorar la tecnología médica y atender las necesidades de formación de personal como medio de prestar atención primaria de salud a toda la población de las Islas Caimán, inclusive servicios de fomento y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y la discapacidad, prestación de atención básica durante las fases aguda y crónica de las enfermedades, orientación y asesoramiento individual y familiar, y envío de casos

a otros proveedores de atención de salud y recursos existentes en la comunidad, cuando proceda. Sin embargo, el sistema de atención de salud tiene problemas en el sentido de que carece de algunos servicios, como los de atención ampliada para los ancianos, y otros no suficientemente desarrollados, como en el caso de los de salud mental. En la actualidad se está preparando un plan de salud que permitirá abordar esos problemas y determinar los campos prioritarios a los que deben destinarse los recursos disponibles, con el objetivo final de mejorar la salud de la población nacional.

Salud ambiental

La División de Salud Ambiental se encarga del abastecimiento de agua, la disposición de excretas y de desechos sólidos, el control de roedores, la inspección de sitios de construcción y establecimientos comerciales y la remoción de vehículos abandonados. Los tres métodos de abastecimiento de agua son la desalación, la captación de agua de lluvia en cisternas y la extracción de agua subterránea. Se dispone comercialmente de un sistema de conexiones de agua desalada que satisface principalmente la demanda turística. En las demás islas se utilizan conjuntamente las cisternas y el agua subterránea. Actualmente se estudia la posibilidad de explotar las fuentes de agua subterránea locales. Se han ampliado los programas de la vigilancia de la calidad del agua y en un futuro próximo se comenzará a aplicar las normas respectivas. La eliminación de excretas, en los grandes establecimientos, se efectúa en plantas de tratamiento por el sistema de compresión y, en las pequeñas unidades residenciales, mediante pozos sépticos y letrinas. Se prohíben los emisarios oceánicos. Existe un proceso mecánico de ventilación a cargo de una compañía privada para el tratamiento del lodo séptico. El gobierno se propone cambiar las prácticas locales de construcción con el fin de mejorar las cisternas y los sistemas de evacuación de desechos *in situ*. Se ha formulado un programa para las personas indigentes al que se han asignado los fondos necesarios. La División de Salud Ambiental maneja un servicio de recogida y evacuación de cerca de 100 toneladas semanales de desechos sólidos, empleando un método modificado de relleno sanitario. Entre las estrategias para mejorar la administración de los desechos sólidos están el uso de vehículos manuales para limpiar los caminos estrechos y los pasadizos, vehículos motorizados para la recogida ordinaria, campañas periódicas de limpieza y actividades educativas incorporadas a los planes de estudio de las escuelas, los medios de

información pública locales y el fomento de la acción comunitaria.

La protección de los alimentos es una responsabilidad conjunta de los departamentos de salud pública y agricultura. La mayoría de los productos comestibles se importan de los Estados Unidos. El enlace con CARE y el Departamento de Agricultura y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos permite detectar cualquier contaminación de los alimentos. Los restaurantes y otros establecimientos que distribuyen alimentos se someten a inspecciones regulares de las condiciones sanitarias y la calidad del agua. Los animales destinados al consumo local se examinan antes y después del sacrificio. Entre las estrategias para incrementar la protección de los alimentos se incluyen normas operativas para los importadores, programas de clubes de servicio y talleres sobre prácticas de inocuidad para quienes manejan los productos alimentarios.

Los departamentos de planificación, abastecimiento de agua y salud se encargan del control sanitario de la vivienda. Los reglamentos y directrices estipulan los lindes, los arreglos sanitarios y las especificaciones relativas al alumbrado, la ventilación y el tamaño de las habitaciones. El número promedio de personas por hogar era de 3,8 en 1979. Es muy elevado el patrón de vivienda; sin embargo, hay algunas zonas con viviendas de calidad inferior a lo establecido. Las medidas para mejorar la vivienda consisten en iniciar procedimientos para ejercer un mejor control de la construcción, insistir en mejores instalaciones de plomería en cada localidad y prácticas de evacuación de desechos, certificar y licenciar a los plomeros y exigir la aprobación de los arreglos sanitarios. Se ha nombrado un comité intersectorial encargado de examinar los problemas de las urbanizaciones ilegales, especialmente cuando las viviendas son de calidad inferior.

Los peligros de contaminación física y química son menores, ya que no hay grandes compañías industriales y la base de población es pequeña. La mayor parte de las zonas problemáticas están rodeadas de terrenos amortiguadores. En general, las políticas sobre la demarcación de zonas para fines de urbanización y la obligación del cumplimiento con la ley son medidas eficaces para controlar los riesgos de contaminación atmosférica originados por los escapes de automóviles y la quema de basura al aire libre.

Salud pública veterinaria

Se considera que las islas están exentas de zoonosis, incluida la rabia. El Departamento de Agricul-

tura realiza exámenes regularmente para la detección de tuberculosis bovina y ofrece asesoramiento y asistencia a los agricultores locales para el control de garrapatas y otros insectos por medio de inmersiones y fumigación. El programa de control de roedores

está a cargo del Departamento de Salud Pública, abarca toda la isla y se basa en un enfoque integral orientado especialmente a las zonas residenciales, pero que también responde a los problemas del sector agrícola.



Islas Turcas y Caicos

Contexto general

Análisis político, social y económico

Las islas Turcas y Caicos, localizadas a unos 140 km al norte de Haití, comprenden un grupo de ocho islas principales, seis de las cuales están habitadas, y muchos cayos pequeños. Las islas, que son una colonia de la Corona Británica, tienen un gobernador nombrado por el representante de la Reina que preside el Consejo Ejecutivo formado además por el Primer Ministro (elegido por el Consejo Legislativo) y tres miembros oficiales, a saber, el secretario principal, el procurador general y el secretario de hacienda. El Consejo Legislativo tiene 11 miembros elegidos.

El sistema de educación pública está formado por escuelas primarias y secundarias donde está matriculada la mayoría de los estudiantes, aunque hay algunos planteles privados. La vivienda es deficiente y el gobierno trata actualmente de mejorar las condiciones existentes en ese sector. Es limitado el número de conexiones de acueducto y en los mayores asentamientos solo existen depósitos de agua. No hay ningún sistema de transporte público y solo algunos taxis de propiedad particular tienen licencia de funcionamiento. Las islas están vinculadas entre sí y con otros países por servicios de transporte aéreo. El servicio postal es fiable; el correo se recibe de Miami y se despacha a esa ciudad dos veces a la semana. Existe una red de comunicaciones interna y externa y un servicio permanente de observación de señales de emergencia para garantizar la seguridad en el mar.

La economía de esta colonia se basa principalmente en la sal, que es un recurso natural, aunque el fracaso de la industria de explotación de ese producto en 1972 tuvo enormes repercusiones económi-

cas y contribuyó a un elevado índice de desempleo, estimado en cerca del 29% en 1977. Hay algunas actividades de pesca comercial y existen posibilidades de desarrollar el turismo en vista de las buenas playas y excelentes oportunidades de buceo. Prácticamente todos los alimentos se importan. Del presupuesto permanente para 1983-1984, que ascendió a US\$9.825.000, se esperaba recibir ayuda del Reino Unido por un monto de \$1.824.000, y en el mismo período se esperaba sufragar casi en su totalidad un gasto de capital estimado en \$3.128.179 con subvenciones, principalmente de ese mismo país. La mayor fuente de ingresos son los derechos de aduana, cuyo monto se estimó en \$4.409.000 en el período comprendido entre 1983 y 1984. No existe ningún sistema de impuestos sobre la renta ni sobre la propiedad.

Debido a los crecientes costos y el tamaño del déficit presupuestario, es cada vez más difícil para el gobierno prestar los servicios que siempre han estado disponibles al público bajo el sistema colonial británico. La falta de recursos naturales y humanos calificados ha complicado la búsqueda de financiamiento externo, que llevaría al país a depender menos de la ayuda que recibe del Reino Unido. Sin embargo, la política del gobierno de fomentar las operaciones bancarias externas en la isla de Gran Turca y el turismo en la de Providenciales ha aumentado el producto nacional bruto y la renta.

Características demográficas

En 1980 la población total se estimaba en cerca de 7.000 habitantes. La composición aproximada por edad es la siguiente: niños menores de 15 años, el

34%; personas de 15 a 64 años, el 57% y personas de 65 años o más, el 10%. No existen grandes concentraciones urbanas. La población creció en un 18% entre 1977 y 1980, según lo indican los datos disponibles, en parte por la corriente de extranjeros que entraron al país para proporcionar mano de obra calificada (el personal local no está adiestrado) y de construcción; esa corriente de extranjeros aumentó la exposición de la población local a las enfermedades transmisibles.

Mortalidad

En 1983 la tasa de mortalidad era de 3,9 por 1.000 personas, cifra que representa una baja en comparación con 7,0 en 1979. En el mismo período, la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años aumentó de 0,4 a 3,8 por 1.000 y entre 1979 y 1982 la tasa de mortalidad infantil en general disminuyó de 29,4 a 24 por 1.000 niños nacidos vivos.

Estado de salud

Salud del niño

Pese a los problemas de abastecimiento de agua y eliminación de excretas, la incidencia notificada de gastroenteritis es baja. Los principales problemas de salud de los niños de edad escolar son la anemia ferropénica y las discapacidades físicas y mentales. Los embarazos de adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual son otros motivos de preocupación. La exposición de los jóvenes a las drogas fuertes se ha convertido en problema porque estas islas están situadas en la vía del tráfico de drogas entre América del Sur y Miami. La elevada incidencia de caries dental en los niños de edad escolar es causa de preocupación, ya que el país solo tiene un cirujano odontológico y un auxiliar dental que realizan sesiones de consulta en Gran Turca y otras islas principales. Se desconoce la incidencia de las infecciones respiratorias agudas y de las enfermedades de la niñez. En 1984 la cobertura de inmunización en niños menores de 1 año era del 60% con la vacuna antidiftérica, del 62% con la antipoliomielítica, del 44% con la antisarampionosa, del 60% con el toxoide tetánico, del 60% con la antitosferínica y del 100% con la antituberculosa. La evaluación del estado vacunal se ha hecho con el fin de emplear los limitados recursos para reducir la incidencia de estas enfermedades infantiles. En forma análoga, se realizó un estudio sobre la anemia para determinar la gravedad de este problema en los niños y las madres jóvenes.

Salud del adulto

La información al respecto es muy limitada. Las principales causas de defunción son las enfermedades del corazón y las del aparato circulatorio. Es elevada la incidencia de lepra y en algunas islas se ha estimado en 5 casos por 1.000 habitantes.

Problemas que afectan a la población en general

La influenza, la angina estreptocócica, la gonorrea y la gastroenteritis en los niños menores de 5 años son las enfermedades transmisibles que se notifican con mayor frecuencia. Existe una continua amenaza de malaria importada de Haití. Las principales enfermedades no transmisibles incluyen enfermedad hipertensiva, diabetes, asma y cáncer. Hay varios casos de esquizofrenia y de retraso mental grave.

Se ha notificado que la infestación con *Aedes aegypti* fue de grandes proporciones en Gran Turca en 1978. Los estudios realizados en otras islas en 1984 dieron resultados negativos, aunque la población de mosquitos en todas las islas es muy grande y se fomenta su proliferación por la práctica general de guardar agua en recipientes y cilindros en las viviendas.

Puesto que actualmente hay muy pocos vehículos, los accidentes de tránsito son infrecuentes.

Sistema de salud

Política y planificación en materia de salud

Está en marcha el trabajo relativo a la formulación de una política en materia de salud y a la preparación de un plan de salud. Las actividades que se fomentan son compatibles con las estrategias regionales para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000 y dentro de esas actividades se ha dado prioridad a la salud materno-infantil, la salud de los adolescentes y los ancianos.

Los servicios de atención de salud están a cargo del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar. Si bien esos servicios han estado siempre orientados hacia la atención curativa, se ha comenzado a poner en práctica los conceptos de atención primaria. La atención de salud es dispensada principalmente en el hospital general de Gran Turca que tiene 30 camas y en centros y dispensarios de salud de esta y otras islas. Dentro del Ministerio, el departamento de salud está encabezado por el médico jefe, que sirve también de director médico del hospital. En Gran Turca y en Caicos meridional hay otros tres médicos. La sección de salud pública está dotada de dos enfermeras y dos inspectores. Hay 12 centros de salud distribuidos en todas las islas, seis que atienden de tiempo completo y seis de tiempo parcial, donde se prestan servicios de atención prenatal, salud materno-infantil y atención médica general. La atención básica es prestada en casas particulares por parteras empíricas y suplementada con visitas ocasionales de enfermeras de los centros de salud adyacentes.

Los principales problemas que afronta el sistema de servicios de salud se relacionan con la falta de recursos humanos y la deficiencia de su preparación, el desarrollo de una infraestructura que comprenda la provisión de instalaciones de salud más numerosas y eficientes, y el mejoramiento de la administración sanitaria. Se necesita un sistema de administración de información para poder acopiar, analizar y presentar los datos que existen en los dispensarios como instrumento administrativo y parte del proceso de vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas de salud.

Recursos e investigación

Se necesita asistencia internacional para proporcionar las sustancias biológicas y los medicamentos

necesarios y realizar el control de la calidad de los medicamentos, ya que no existe ningún mecanismo local. Entre los campos prioritarios de investigación están los problemas de los discapacitados, la anemia entre los niños de edad escolar y la función que desempeña el sector privado en el financiamiento de los servicios de salud. La actual escasez de recursos humanos para la salud se agrava por la insuficiencia de personal local con idoneidad básica para ingresar a programas apropiados de formación en instituciones del exterior. En consecuencia, la capacitación de personal de salud constituye un asunto de la mayor prioridad y se sigue haciendo todo lo posible por encontrar personas con las debidas calificaciones y con interés en trabajar en el campo de la salud. Desde 1977, se han concedido becas en muchos campos de salud pública, inclusive enfermería, administración, partería, inspección de salud pública, administración de hospitales y técnicas para auxiliares dentales. Se espera que con la importancia que se le ha dado al mejoramiento de los recursos de personal de salud se reduzca la necesidad de contratar personal extranjero, por presentar ello problemas respecto de la continuidad de la prestación de los servicios.

Salud ambiental

Por no existir centros de población ni una industria concentrada, las actividades de salud ambiental se limitan a inspección y control. Se ofrece orientación para la construcción de cisternas, pozos y sistemas de eliminación de excretas, pero la vigilancia es inapropiada. Hay escasez de fondos para controlar la enorme población de mosquitos. En las islas no existe ningún sistema público de acueductos y las principales fuentes de agua para el 90% de la población son los lugares de captación de lluvia en los techos de las viviendas y las cisternas. Los pozos cavados son comunes pero los rendimientos son muy limitados excepto en pequeñas excavaciones en las islas Caicos septentrionales e intermedias, donde se ha estudiado su uso con fines de abastecimiento público de agua. El agua no se trata ni está sujeta a análisis de la calidad. En Gran Turca no existe ningún sistema público de alcantarillado. Los hoteles, los edificios públicos y cerca del 40% de las viviendas dependen de sistemas de limpieza de agua salina que desaguan directamente al mar por emisarios sub-

marinos. La contaminación de los pozos superficiales poco profundos constituye un problema ya que la disposición de excretas de las residencias particulares está mal reglamentada. En general, las formaciones rocosas del terreno dificultan y hacen muy costosa la instalación de tanques sépticos. En la zona urbana de Gran Turca y en Caicos meridional, los camiones públicos recogen y acarrear la basura a vertederos públicos. En las otras islas, la basura de las zonas de recreo es recogida y botada por contra-

tistas particulares en vertederos públicos. El Departamento de Salud Pública tiene un activo programa de inspección de los establecimientos que venden comidas y se exigen certificados a las personas que manipulan alimentos. Actualmente no hay ningún reglamento que gobierne el control sanitario de la vivienda. El PNUD, como parte de un proyecto inter-organismos destinado a ayudar a las islas Turcas y Caicos, ha solicitado servicios para elaborar códigos de construcción y saneamiento para las islas.



Islas Vírgenes Británicas

Contexto general

Análisis político y económico

Las Islas Vírgenes Británicas, formadas por Tórtola, Virgen Gorda, Jost Van Dyke, Anegada y algunas otras islas pequeñas, constituyen un territorio dependiente de la Corona Británica y tienen un sistema ministerial de gobierno con un consejo legislativo y un consejo ejecutivo. Su superficie total es de 153 km². Roadtown, la capital, está localizada en Tórtola, la isla más extensa.

El turismo es el principal sostén de la economía. La renta pública proviene de derechos de aduana, impuestos y licencias. Actualmente, el interés se centra en diversificar la base económica desarrollando los sectores de agricultura, pesca y pequeñas industrias manufactureras. El producto interno bruto del territorio aumentó en un 13% entre 1969 y 1980 y el ingreso per cápita fue de US\$2.456 en 1983. Un 5,5% del producto interno bruto se destina a la salud. La escasez de mano de obra es un problema frecuente.

Características demográficas

De una población total de cerca de 13.000 habitantes (según el censo de 1980), el 64% son naturales de

las Islas Vírgenes, el 23%, de los países de habla inglesa del Caribe y el resto, del Reino Unido, los Estados Unidos y otros países. La población, cuya densidad es de 92 por km², ha emigrado mucho con el transcurso de los años y los resultados de los censos de 1970 y 1980 revelan acentuadas diferencias en su distribución; un aumento del 60% en la población de Virgen Gorda y una disminución del 37% en la de Anegada. La población menor de 15 años representa el 34% del total y la de 65 años o más, el 6%. En 1980, las mujeres de edad fecunda constituían el 25% de la población, cifra que representa un aumento del 6% en relación con 1977. En 1983, la tasa de natalidad era de 22 por 1.000 habitantes y la esperanza de vida al nacer, de 70 años.

Mortalidad

En 1983 la tasa de mortalidad fue de 5,2 por 1.000. En 1982 se registraron 11 defunciones infantiles. Las cardiopatías, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares fueron las tres causas principales de defunción.

Estado de salud

Entre los niños menores de 5 años ha disminuido la incidencia de gastroenteritis y su estado nutricional ha mejorado gradualmente. En 1983, el 89% de los niños menores de 1 año fueron inmunizados contra DPT, el 74% contra poliomielitis y el 89% contra sarampión.

La atención de las mujeres embarazadas, el 85% de las cuales están inmunizadas contra el tétanos, está a cargo de los sectores público y privado y la mayoría de los partos se atienden en el hospital. El número de embarazos de adolescentes es elevado. En 1983 no se registró ninguna defunción materna.

La diabetes mellitus, el cáncer del cuello uterino,

el cáncer de mama y la hipertensión son objeto de atención cada vez mayor. De vez en cuando hay casos de intoxicación con ciguatera.

Las zoonosis más importantes son la salmonelosis, la brucelosis, la tuberculosis, la leptospirosis, el ántrax y la hidatidosis. Actualmente se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia en los puertos de entrada.

Los servicios de abastecimiento de agua potable son bastante buenos y llegan al 90% de la población. En la capital se proporciona agua clorada por cañerías. Los servicios de disposición de desechos se extienden al 85% de la población.

Sistema de salud

El gobierno se adhiere a los principios de la Declaración de Alma-Ata y a la importancia de la estrategia de atención primaria de salud. Su política consiste en prestar atención de salud integral en los sectores público y privado, principalmente a las madres, los niños, los ancianos, las personas con trastornos mentales y los discapacitados. El plan nacional de salud exige que se hagan mayores esfuerzos para reducir los riesgos sanitarios del ambiente y puntualiza la necesidad de hacer participar a la comunidad en la planificación y movilización de recursos destinados a mejorar la salud de sus miembros.

El Ministro de Servicios Sociales está encargado del Departamento de Salud. El médico jefe está subordinado al secretario permanente y se encarga de la administración y dirección técnica de todos los campos de los servicios de salud. La enfermera jefe tiene responsabilidades similares en el servicio de enfermería.

Toda la población tiene acceso a atención de salud en instituciones locales. Ocho centros de salud distritales y el Centro de Salud de Roadtown adscrito al hospital prestan servicios a nivel de la comunidad. Además, existe un centro de planificación familiar, una división de salud ambiental y una división de atención dental. El Hospital Peebles de 150 camas, situado en Roadtown, presta servicios generales. Se

proyecta construir un pabellón psiquiátrico y ampliar las instalaciones de laboratorio de este hospital. El Departamento de Salud está dotado de 6 médicos, 1 odontólogo; 60 enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería y 2 inspectores de salud pública.

Los servicios particulares ofrecidos por los médicos son un importante factor en la prestación de atención de salud. Hay tres médicos particulares residentes y a todos los médicos del sector público se les permite ejercer su profesión en consultorios particulares. Hay un pequeño hospital privado de 8 camas. También se dispone de los servicios de especialistas visitantes de territorios vecinos.

El ministerio fomenta la cooperación entre el sector de salud y otros grupos cívicos como parte integrante de sus esfuerzos por movilizar los recursos nacionales. El oficial de educación sanitaria facilita esa cooperación y fomenta una colaboración análoga dentro del sector de salud y entre este y otros sectores gubernamentales.

Es muy amplia la cooperación internacional recibida de organismos como la Administración del Reino Unido para el Desarrollo de Ultramar (ofrecimiento de becas, personal e instalaciones físicas), FNUAP, UNICEF y OPS/OMS. Aunque el territorio no es miembro de CARICOM, participa en la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe y en actividades relacionadas con CAREC y el CFNI.

Jamaica

Contexto general

Análisis político, económico y social

Jamaica se convirtió en un estado independiente dentro de la Comunidad Británica de Naciones en 1962. Un gobernador general nombrado especialmente representa a la Reina; el Primer Ministro y los miembros de la Cámara de Representantes son elegidos cada cinco años por medio de un proceso democrático. El Primer Ministro establece y preside el gabinete, que es el máximo órgano directivo del gobierno. El país se divide en 14 distritos, cada uno de los cuales tiene un consejo formado por un grupo electo de consejeros. Esta red constituye el sistema de gobierno local semiautónomo.

El principal recurso natural entre los minerales es la bauxita; no obstante, a causa del reciente superávit de bauxita en el mercado mundial, se cerraron muchas fábricas importantes en 1984 y 1985, lo que llevó a miles de jamaíquinos a perder su empleo. Jamaica importa el 99% de la energía que necesita en forma de petróleo. El turismo es una fuente importante de divisas y la agricultura sigue siendo la actividad con el mayor coeficiente de mano de obra. El índice de desempleo es de alrededor del 30%. El dólar de Jamaica se ha devaluado en un 67% desde 1982, lo que ha llevado a un rápido incremento del costo de vida.

Existen 820 escuelas primarias y 142 escuelas secundarias en el país. En 1981, el número total de estudiantes matriculados (en escuelas primarias y secundarias) fue de 604.348, de los cuales más de 440.000 correspondían a la escuela primaria. Las principales instalaciones de la Universidad de las Antillas Occidentales, institución de nivel terciario, están en Kingston. La tasa de alfabetización es del

75,7% entre las personas mayores de 15 años. El número de personas por vivienda ha disminuido ligeramente del 4,3% en 1970 al 4,1% en 1982.

En 1984 había alrededor de 4.120 km de vías principales mantenidas por el gobierno central y unos 11.200 km de vías principales mantenidas por los gobiernos locales. Además, existe una red de vías secundarias bastante desarrollada y otras clases de caminos.

Se dispone de un sistema de telecomunicaciones en los principales centros urbanos. El país cuenta con los servicios de aerolíneas nacionales e internacionales y además hay varias compañías privadas que ofrecen servicios en pequeños aviones fletados. El transporte público es proporcionado por la compañía ferroviaria de propiedad del Estado y por un sistema de transporte en autobús de propiedad particular. Kingston, el principal puerto, tiene instalaciones para operaciones comerciales libres de impuestos y manejo de contenedores. El gobierno maneja una estación de radio y una de televisión; Radio Jamaica, la única otra estación de radio, es de propiedad conjunta pública y privada.

En época reciente, especialmente en los últimos dos años, el gobierno ha introducido drásticas medidas de austeridad con el fin de reducir el déficit de la balanza de pagos y de neutralizar las cuantiosas pérdidas de divisas ocasionadas por la decadencia de la industria de la bauxita. Entre estas medidas están una alza repentina de precios de los artículos básicos (gasolina, servicios y productos alimentarios) así como reducciones considerables dentro de los servicios públicos, inclusive los de salud. En 1985, centenares de funcionarios del sector de salud pública quedaron cesantes cuando el Ministerio de Salud trató de reducir los gastos y de racionalizar el sistema

general de atención de salud. Por primera vez se han instituido honorarios básicos para ciertos servicios y se estudia la posibilidad de pagar por hora a los proveedores de servicios dentro del sector de salud, tales como los odontólogos. A nivel de la atención primaria, se ha despedido a muchos auxiliares de salud de la comunidad (trabajadores de extensión) y se han cerrado varios centros de salud pequeños (tipos I y II). A niveles secundario y terciario, algunos hospitales se han convertido en dispensarios, han tenido que reducir sus programas o se han cerrado por completo. Se ha despedido a un gran número de trabajadores auxiliares del sector de salud. Se prevén mayores reducciones de gastos dentro del sector, especialmente en los servicios de atención secundaria y terciaria más costosos.

Características demográficas

Se estima que en 1983 la población ascendía a un total de 2.135.800 habitantes, con una tasa de aumento natural de 21,5 por 1.000. La población menor de 15 años disminuyó drásticamente durante los años setenta, del 46,1% en 1970 al 37,7% en 1982. Al mismo tiempo, la población de 65 años o más aumentó mucho, del 5,6% en 1971 al 8,2% en 1982. Con el mayor número de mujeres que pasan a integrar el grupo de edad fecunda, la tasa bruta de natalidad, estimada en el 27,5% por 1.000 en 1971, ha acusado un ligero incremento al 28,8% en 1983. La población urbana se calcula en el 46,3% de la población total, y el 23,6% de esta se concentra en Kingston, la capital, y en el distrito metropolitano de St.

Andrew, que queda adyacente. La mayor parte de la población (90-95%) es de descendencia africana y la minoría restante está formada por personas de origen indio, chino, árabe y judío. Aunque la lengua oficial es el inglés, se habla un dialecto local que está muy popularizado.

Los dos factores demográficos que han tenido el mayor impacto en el sector de salud en general son la continua migración de la población de las zonas rurales a las urbanas y el número todavía elevado de jóvenes, especialmente de mujeres, en el grupo de edad fecunda. Si bien el gobierno ha asignado la mayor prioridad a la planificación familiar y al control de la fecundidad, más del 50% de la población tiene 20 años o menos y más del 35% tiene menos de 15 años.

En 1972, la esperanza de vida al nacer era de 70,2 años.

Mortalidad

En el cuadro 1 se enumeran la diez causas principales de defunción en 1978, en todas las edades, por 100.000 habitantes. Indudablemente, el mejoramiento de los servicios de salud y el incremento de la longevidad permitirán que las enfermedades cerebrovasculares y las cardiopatías mantengan su importancia como causas generales de mortalidad. Existe una preocupación cada vez mayor por la hipertensión y otras enfermedades relacionadas. Lo mismo ocurre con los accidentes que en 1978 ocuparon el cuarto lugar entre las principales causas de defunción en los niños menores de 5 años y el quinto entre las de hospitalización.

CUADRO 1
Diez causas principales de mortalidad y tasas por 100.000 habitantes, Jamaica, 1978.

Causa	Tasa
Enfermedades cerebrovasculares	86,2
Enfermedades del corazón	83,3
Tumores malignos	80,1
Accidentes	34,9
Hipertensión	33,1
Diabetes mellitus	31,9
Neumonía e influenza	31,7
Enfermedades intestinales infecciosas	31,5
Causas perinatales	22,2
Enfermedades de las arterias	19,7

Estado de salud

Salud del niño

La tasa de mortalidad infantil es elevada y los datos correspondientes a 1978 indican que en ese año hubo 25,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos. De hecho, la tasa real puede ser más alta ya que es elevado el número de defunciones infantiles no notificadas. Solo el 66% de los niños menores de 1 año reciben atención de personal adiestrado.

Pese a las recientes campañas celebradas para ampliar la inmunización de los lactantes, la cobertura global se mantiene en un punto muy inferior a las metas fijadas. Los recientes brotes de sarampión, poliomielitis y tos ferina (1981-1982) comprueban la necesidad de dar mayor atención a este vulnerable grupo. En 1983, la cobertura de inmunización contra el sarampión fue del 47%; contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, del 54% y contra la poliomielitis, del 51%. La persistencia de bajas tasas de inmunización entre niños y madres son causa de constante preocupación en cuanto a la posibilidad de otra epidemia de enfermedades transmisibles, como ocurrió con la poliomielitis en 1981.

La malnutrición, la anemia y la hipertensión y la diabetes relacionadas con la nutrición constituyen también un grave problema para los niños. En 1982, el 27% de los menores de 5 años acusaron insuficiencia de peso que varió de leve a grave. La anemia representa también un grave problema considerable y afecta al 48% de los niños menores de 4 años y al 24% de las mujeres embarazadas. La meta del gobierno es reducir la malnutrición a 5% en el año 2000, principalmente mejorando la vigilancia y detectando a los grupos más expuestos. Las enfermedades diarreicas de lactantes y niños pequeños constituyen la principal causa de hospitalización en el grupo de edad de 0 a 14 años.

Salud del adulto

En el grupo de 15 a 64 años, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares representan las principales causas de defunción, seguidas de tumores malignos, accidentes, hipertensión y diabetes. Se ha comenzado a reconocer que los trastornos de salud mental cobran cada vez mayor importancia en grupos de todas las edades.

La salud materna sigue siendo motivo de gran preocupación a nivel nacional, junto con el mejora-

miento de las enseñanzas y los servicios de planificación familiar. Hasta 1982, solo el 41% de las mujeres embarazadas estaban inmunizadas contra el tétanos y el 28% no recibía atención prenatal en el servicio de salud pública, aunque 89% recibió atención institucional durante el parto. En 1980, las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio se clasificaron como la causa de morbilidad segunda en importancia (8,5 casos por 100.000).

La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual sigue concentrándose en los adultos jóvenes y fue de 4,4 por 1.000 habitantes en 1982. La fiebre tifoidea es endémica en ciertas comunidades y el dengue sigue afectando a grupos de todas las edades durante brotes esporádicos.

Los accidentes y la contaminación ambiental son graves amenazas para la salud de los trabajadores. En Kingston y St. Andrew, el agua subterránea contiene elevadas concentraciones de nitratos. Constantemente se notifica la contaminación bacteriana de las aguas inmediatamente adyacentes al litoral. En las zonas de explotación de bauxita los desechos industriales no tratados han contaminado el agua subterránea y superficial.

Las enfermedades de los ancianos (65 años o más) siguen clasificándose entre las principales causas de mortalidad notificada y será preciso redoblar los esfuerzos por proporcionar atención básica mínima a este grupo.

Problemas que afectan a la población en general

La población de Kingston y St. Andrew sufre todos los años a consecuencia de las sequías y la poca capacidad de almacenamiento de agua. En 1985, más de la mitad de la población metropolitana estuvo restringida a menos de 4 horas diarias de servicio de abastecimiento de agua por más de 60 días y algunas comunidades estuvieron sin agua por más de 30 días; cuando fue posible, se emplearon camiones y tanques públicos para proporcionar agua a las comunidades más necesitadas. El limitado volumen de agua restante en el sistema principal de la ciudad está muy contaminado debido a la poca presión o la falta de esta. Hay dos proyectos de abastecimiento de agua en marcha con los que se pretende suplementar el abastecimiento de agua potable de la zona metropolitana de Kingston en 1986-1987.

Aunque la erradicación de las principales zoonosis es una máxima prioridad del gobierno, queda todavía mucho por hacer. Hasta 1982, el 29,5% de las muestras de suero humano examinadas para detec-

ción de *Leptospira* fueron positivas. Sigue siendo elevada la incidencia de enfermedades parasitarias intestinales, especialmente entre los niños de las zonas rurales.

Sistema de salud

La política nacional de salud, basada en el logro de la salud para todos en el año 2000, se integrará al plan nacional quinquenal de desarrollo. El secretario permanente está encargado de la administración general del Ministerio de Salud. Un comité superior de administración, compuesto por los administradores de programa y el Ministro y el secretario parlamentario como miembros *ex officio*, sirve de organismo asesor y consultivo al secretario permanente. Este comité es un eslabón indispensable entre los niveles profesionales y políticos del ministerio. La política en materia de salud se concentra en el establecimiento y la expansión de la infraestructura a nivel de la atención primaria de salud y el mejoramiento de los niveles secundario y terciario. El Ministerio de Salud ha asignado prioridad a la atención de grupos especiales tales como las madres y los niños, las personas jóvenes, los ancianos y los discapacitados así como al mejoramiento de ciertos campos entre los que se destacan los sistemas administrativos, el desarrollo de los recursos humanos para la salud, la calidad del agua potable, el abastecimiento de agua, la evacuación de desechos sólidos, la salud materno-infantil y la alimentación y nutrición. Tiene a su cargo todos los asuntos relativos a la salud y colabora con el Ministerio de Seguridad Social en programas destinados a los discapacitados y los ancianos. Ambos Ministerios trabajan también con la división de preparación para situaciones de desastre en la oficina del Primer Ministro. El Ministerio de Salud coopera también con otros ministerios, sectores y organismos en la ejecución de proyectos específicos.

La cobertura y la accesibilidad de los servicios han mejorado mucho con la extensa red de atención primaria de salud que comprende servicios integrados curativos y preventivos y un sistema de envío de casos cada vez más amplio. Los servicios de atención primaria están bajo la administración y supervisión central de una división de atención primaria dentro del Ministerio de Salud. Sobre el terreno, el distrito es la unidad administrativa básica. Los distritos se dividen en zonas de salud que cubren a una pobla-

ción de alrededor de 2.000 habitantes. En cada distrito hay una red entrelazada y escalonada de servicios, de los cuales la unidad menos compleja es el servicio de salud tipo I (4.000 habitantes) dotado de una partera y uno o dos auxiliares de salud de la comunidad. Los centros de los tipos II y III (dispensarios de atención integral) existen solo en algunos centros urbanos. En 1983, había un total de 6.062 camas en los hospitales públicos y 6 de los 29 hospitales eran instituciones especializadas. Las reducciones presupuestarias y las medidas de austeridad dentro del sistema de atención de salud han llevado a convertir algunos de los hospitales más pequeños en dispensarios de atención primaria. En la actualidad, se prestan servicios de atención secundaria y terciaria en 26 hospitales administrados por nueve juntas hospitalarias. Además de los hospitales públicos, en 1982 había 5 hospitales privados con un total de 295 camas y varios dispensarios particulares en los que los médicos ejercen colectivamente en campos multidisciplinarios.

Participación de la comunidad

En el plan de salud para el quinquenio 1978-1983 se destacó la participación de la comunidad en la atención de salud. Entre los mecanismos de fomento se incluyeron la capacitación de oficiales de educación sanitaria, la creación de comités de salud a nivel local y la formación de más de 2.000 auxiliares de salud de la comunidad como vínculo entre la comunidad y el sistema de salud oficial. Si bien los resultados iniciales fueron favorables (por ejemplo, se recaudaron fondos privados), ocurrieron dos atrasos graves: primero, muchos de los comités de salud a nivel local se han desintegrado a causa de rivalidades políticas y, segundo, fue preciso introducir drásticas medidas nacionales de austeridad para reducir la duplicación de servicios de salud pública, lo que llevó al despido de muchos auxiliares de salud de la comunidad.

Movilización de recursos

En 1983 el gasto per cápita por concepto de salud fue de cerca de US\$46, y representó el 3,6% del PIB. En 1982-1983, el presupuesto permanente de salud representaba el 8,9% del total del presupuesto nacional. Pese al compromiso del gobierno de trabajar por la atención primaria de salud, solo el 14% del presupuesto del Ministerio de Salud se dedicó a ese fin; sin embargo, se gastó el 65,1% en atención secundaria. La ayuda internacional se destina principalmente a proyectos de capital como la construcción y renovación de los centros de salud y compras de equipo y representa el 41,15% del presupuesto de capital de \$20,1 millones.

Existe una escasez crónica de médicos, enfermeras, odontólogos y farmacéuticos en el servicio público; por muchos años han estado vacantes varios puestos de físicos, terapeutas de trastornos del habla e ingenieros sanitarios. Más del 80% de los médicos y dentistas disponibles se concentran en las zonas urbanas y su proporción es elevada en la zona metropolitana de Kingston.

Es notable la coordinación que existe entre los sectores para la ejecución de proyectos específicos en los campos de alimentación y nutrición, recursos hídricos, salud pública veterinaria, mantenimiento de las instalaciones de atención de salud, salud escolar, educación sobre la vida de familia y cumplimiento con la legislación de salud pública. Sin embargo, el sector de salud no participa todavía lo suficiente en la política y en la adopción de decisiones a nivel nacional para influir en otros sectores que afectan la salud de la población nacional.

Jamaica colabora con varias fuentes de financiamiento externo tales como USAID en el proyecto de mejoramiento de la administración sanitaria; el BIRF, UNICEF, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población y la República Federal de Alemania en proyectos de asistencia técnica y construcción de centros de salud y el Reino de los Países Bajos en construcción de un importante centro de salud (tipo V) en la zona urbana de Kingston y una institución de atención primaria (tipo III) en el condado de Surrey.

Salud ambiental

En 1982, el 93% de la población tenía acceso a un sistema de abastecimiento de agua potable, el 69%

por medio de conexiones domiciliarias y el 24% en fuentes públicas a poco menos de un kilómetro de su residencia. La expansión de los servicios se ha desacelerado a favor de la consolidación de la producción y la distribución de más de 1.100 sistemas de abastecimiento de agua bajo la dirección de un solo organismo operativo, la Comisión Nacional de Agua. La rápida expansión de la Comisión ha sobrepasado la capacidad que tiene el personal para manejar sus finanzas, recursos humanos y programas técnicos, lo que se ha traducido en demoras en proporcionar fuentes de agua bruta a la zona metropolitana de Kingston; en consecuencia, en los últimos cuatro años se ha racionado con frecuencia el suministro de agua mediante un sistema de cierres periódicos. Los datos sobre control de la calidad del agua indican que menos de la mitad de los sistemas de abastecimiento de agua son objeto de activa vigilancia. En un estudio de 14 sistemas se encontró que solo el 26% de la población recibe constantemente agua que se ajusta a las pautas de la OMS en cuanto a la calidad bacteriológica. El gobierno se propone mejorar la calidad del agua estableciendo una red nacional de vigilancia.

En lo que se refiere a la evacuación de excretas, el 30% de la población tiene acceso a sistemas municipales de alcantarillado, el 40% se sirve de sistemas de inodoros individuales no conectados a la cañería y el 24% usa letrinas de pozo. La mayoría de las plantas de tratamiento de aguas negras son del tipo secundario de compresión, excepto en Kingston que tiene tres plantas del tipo primario; muy pocas de estas funcionan de conformidad con las especificaciones establecidas. La recogida y evacuación de desechos sólidos está bajo la supervisión de los consejos distritales. En la ciudad el servicio es prestado conjuntamente por personal público de limpieza y contratistas particulares. No hay servicios en las zonas rurales. Se ha hecho muy poco a nivel nacional por mejorar la evacuación de desechos sólidos. Todas las subdivisiones de terrenos requieren la aprobación del planificador municipal, que regularmente le pide al Ministro de Salud determine si son apropiadas las disposiciones sobre aguas negras, desagüe y eliminación de desechos sólidos. No se realiza ninguna inspección sanitaria de las obras en construcción. Si bien los inspectores de salud pública solían examinar regularmente los locales existentes para determinar los asuntos relativos a la salud, la frecuencia de esas inspecciones se ha reducido a causa de limitaciones presupuestarias.

México

Contexto general

Análisis político, económico y social

A partir del decenio de 1950 México entra de lleno en la etapa denominada de desarrollo estabilizador, que supone el tránsito de una economía exportadora de materias primas a una economía que evoluciona hacia la industrialización intermedia. El modelo se mantuvo cerca de 20 años, pero en los años setenta entró en declive y llegó a la crisis profunda en los últimos tiempos (1980-1983). En 1979, la deuda externa era de US\$36.000 millones, en diciembre de 1982 de \$80.000 millones y en enero de 1983 pasó a ser de \$85.000 millones. La paridad cambiaria evolucionó de Mex\$23 por dólar en 1979 a Mex\$46 en marzo de 1982 y a Mex\$150 en febrero de 1983. La tasa de inflación en 1980 fue del 26% y en 1982 llegó al 100%.

El gobierno reconoce oficialmente la persistencia de la desigualdad económica y social, manifestada en índices de distribución del ingreso y la riqueza, en los niveles de insatisfacción de las necesidades básicas (salud entre ellos), en los desbalances entre el campo y la ciudad y en la concentración geográfica de la población y la actividad productiva.

Un programa inmediato de reordenación económica plantea las líneas estratégicas de acción para enfrentar la crisis, en las que se incluyen una reducción cuantitativa del gasto público, que mantendrá las inversiones públicas en los proyectos de mayor prioridad hasta su terminación y evitará los gastos no prioritarios.

Las reformas económicas propuestas para ello son: 1) la determinación de la función rectora del Estado y la precisión del ámbito del sector privado en términos constitucionales; 2) la reestructuración de las

formas de organización y producción en el campo a través de la superación del minifundio, el impulso a la agroindustria y la promoción de un desarrollo social más amplio, con prioridad en educación, salud y alimentación, y 3) la reestructuración del proceso de industrialización del país a través de la modernización de la planta industrial, del incremento de la productividad y de su orientación hacia el mercado interno.

Para aumentar el ahorro público será necesario reducir el déficit público a un 8,5% del PIB, lo que equivale a casi la mitad de su tamaño relativo estimado para 1982, un esfuerzo que no tiene precedentes en la historia de México o en el contexto internacional. Ello implica un presupuesto extraordinariamente austero, con reducción no solo en el gasto de inversión sino también en el gasto corriente. Con todo, se mantienen los objetivos de no bajar el bienestar de la población y, en particular, proteger los niveles de empleo. Así, las prioridades presupuestales para 1983 fueron: educación, salud, seguridad social, sector agropecuario e infraestructura de comunicaciones.

Características demográficas

De acuerdo con el censo de población de junio de 1980, la población de México fue de 67.382.000 habitantes, con una densidad de 34,2 habitantes por km². Según las estimaciones oficiales en 1983 la población total alcanzó a 74.980.537 habitantes. México es un país con un alto crecimiento demográfico; de 1950 a 1970 duplicó su población y durante los decenios de 1960 y 1970 mantuvo tasas de creci-

miento de alrededor del 3,5% por año. El Consejo Nacional de Población ha señalado que se ha venido operando un descenso en la tasa de crecimiento, lo que determinó un incremento natural del 2,7% en 1980.

La estructura de la población está dada por una pirámide de base amplia y cúspide estrecha, que señala el escaso porcentaje de la población de edades avanzadas. En 1980, el 45,8% de los habitantes eran menores de 15 años y solo el 17,7% eran mayores de 45 años.

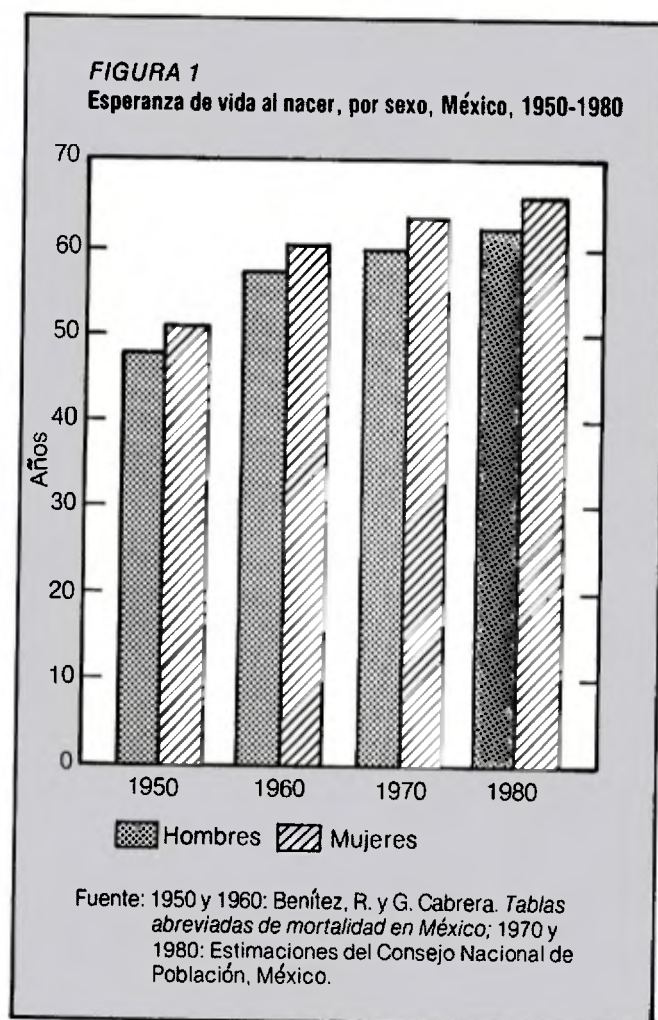
Si se redujera el crecimiento de la población al 1 ó 2% en lo que resta del siglo, disminuiría la proporción de menores de 15 años, pero persistiría un notable engrosamiento de la población entre 15 y 45 años, lo cual tendría un impacto profundo en la estructura productiva del país.

La distribución geográfica de la población no es uniforme. Los 31 estados y el Distrito Federal tienen densidades de población muy diversas y concentración absoluta de la población muy variable. Más del 87% de las localidades del país tienen poblaciones menores de 500 habitantes, al tiempo que cerca del 66% de la población vive en localidades mayores de 2.500 habitantes, las cuales representan únicamente el 1,7% del total de comunidades del país. Llama la atención la gran concentración urbana en la Ciudad de México, que ha tenido una alta y constante tasa de crecimiento en los últimos 40 años. La población se ha incrementado a velocidades poco comunes: de 1,6 millones de habitantes en 1940 pasó a tener 2,9 millones en 1950, 5,2 millones en 1960, 8,9 millones en 1970 y alrededor de 14,4 millones en 1980. Es decir, prácticamente ha duplicado su población cada 10 años, lo que arroja tasas de crecimiento de alrededor del 7%.

La tasa bruta de natalidad alcanzó 34 nacimientos por 1.000 habitantes en 1981. La fecundidad tiene una tendencia al descenso, y pasa de 6,6 hijos por mujer en edad fértil en 1970 a 4,6 en 1981, es decir, una disminución de dos hijos en promedio en los últimos 11 años; esto se debe a la mayor aceptación de prácticas reguladoras de la natalidad.

Mortalidad

La mortalidad general fue de 7,4 defunciones por 1.000 habitantes en 1976 y de 5,9 en 1981. Hay estados como Tlaxcala, Oaxaca y Puebla, donde la mortalidad es mayor de 8,0 por 1.000. Si bien las tasas de mortalidad general se han reducido como resultado del desarrollo económico del país y de la extensión de los servicios de salud, subsiste una



desigual distribución de los beneficios de la salud. La existencia de grupos sociales que no tienen acceso a servicios de salud generalmente coincide con el desempleo o subempleo, la alimentación insuficiente, la vivienda no higiénica y la insalubridad general, lo que en conjunto repercute negativamente en la calidad de la vida.

En 1960 la esperanza de vida al nacer fue de 58,5 años, en 1970 de 61,9 y para 1980 se elevó a 64,2.

Considerando la evolución de 1950 a 1980 de la esperanza de vida al nacer por sexo, ha habido una ganancia de 14,2 años para los hombres y 15,1 años para las mujeres (figura 1). De acuerdo con esta tendencia la esperanza de vida al finalizar el siglo será de 68 años para los hombres y de 72 años para las mujeres, en promedio seis años más que en la actualidad.

El 26% de las muertes ocurren en niños menores de 4 años. En 1981 la tasa de mortalidad infantil fue de 34,5 por 1.000 nacidos vivos (cuadro 1). Cabe

CUADRO 1
Número de defunciones y tasas de mortalidad general y por grupos de edad, México, 1981.

Grupo de edad	Número	Tasa
General	424.274	5,95
Infantil (menores de 1 año)	87.358	34,52
Preescolar (de 1 a 4 años)	24.820	2,74
Escolar (de 5 a 14 años)	14.856	0,74
De 15 a 24 años	25.927	1,79
De 25 a 34 años	26.307	2,75
De 35 a 44 años	28.703	4,67
De 45 a 54 años	33.195	7,78
De 55 a 64 años	39.829	14,31
De 65 y más años	134.846	53,22
Edad no especificada	8.433	-

Nota: La tasa de mortalidad infantil se calculó por 1.000 nacidos vivos registrados. La tasa general y las tasas por grupos de edad son por 1.000 habitantes.

Fuente: INEGI. Tabulación No. 6. Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido según lista básica de causa de muerte, 1981 (listado de computadora), 1984.

anotar que en México se presentan dos patrones de mortalidad por enfermedades típicas del subdesarrollo y las de las de regiones industrializadas. En 1981 dentro de las 10 primeras causas de defunción se

encontraban en primer lugar las enfermedades diarreicas y la neumonía, pero aparecen las enfermedades cardiopulmonares y los accidentes como causa importante de defunción (cuadro 2).

CUADRO 2
Diez primeras causas de defunción, número de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, México, 1981.

No. de orden	Causas	Número	Tasa por 100.000 habitantes
	Todas las causas	424.274	595,58
1	Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	36.163	50,8
2	Neumonía (460-486)	32.176	45,2
3	Enfermedades de la circulación pulmonar (415-429)	30.188	42,4
4	Otros accidentes, incluso los efectos tardíos (E900-E929)	29.231	41,0
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	26.310	36,9
6	Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E810-E819)	17.440	24,5
7	Enfermedad cerebrovascular (430-438)	15.637	21,9
8	Diabetes mellitus (250)	15.430	21,7
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (571)	14.902	20,9
10	Infarto agudo del miocardio (410)	13.406	18,8

Estado de salud

Salud del niño

La mortalidad infantil se redujo de 54,7 en 1976 a 34,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1981. En ese año las causas principales de defunción fueron las afecciones originadas en el período perinatal, las diarreas, las neumonías, las anomalías congénitas y las infecciones respiratorias agudas. En el grupo de

1 a 4 años emergen como importante causa los accidentes de tráfico que están asociados con la complejidad de la vida urbana. Los accidentes adquieren aun más importancia en los escolares pues ocupan los dos primeros lugares como causa de defunción (cuadro 3).

El grupo de menores de 5 años de estrato socioeconómico bajo es el más vulnerable a los factores exter-

CUADRO 3

Diez primeras causas de defunción, número de defunciones y tasas en grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, México, 1981.

No. de orden	Causas	Número	Tasa por 100.000 habitantes
<u>Grupo de 1 a 4 años</u>			
	Todas las causas	28.820	274,99
1	Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	6.307	69,88
2	Neumonía (460-486)	3.163	35,04
3	Otros accidentes, incluso los efectos tardíos (E900-E929)	1.907	21,12
4	Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E810-E819)	895	9,91
5	Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	852	9,43
6	Enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (240-259, 270-279)	830	9,19
7	Enfermedades del sistema nervioso (320-359)	738	8,17
8	Enfermedades de la circulación pulmonar (415-429)	706	7,82
9	Tos ferina (033)	549	6,08
10	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo (530-579)	540	4,95
<u>Grupo de 5 a 14 años</u>			
	Todas las causas	14.856	73,75
1	Otros accidentes, incluso los efectos tardíos (E900-E929)	2.914	14,46
2	Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E810-E819)	2.063	10,24
3	Enfermedades infecciosas intestinales (001-009)	1.337	6,63
4	Neumonía (480-486)	791	3,21
5	Enfermedades del sistema nervioso (320-359)	648	3,21
6	Enfermedades de la circulación pulmonar (415-429)	527	2,61
7	Leucemia (204-208)	436	2,16
8	Caídas accidentales (E880-E888)	430	2,13
9	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo (530-579)	384	1,90
10	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente (E960-E969)	364	1,80

nos que inciden en la aparición de diarreas. Los esfuerzos para disminuir esta morbimortalidad han sido costosos y un poco limitados. El número de casos notificados por diarrea se ha incrementado de 334.032 en 1974 a 4.529.277 en 1982; este incremento se debe mayormente al mejoramiento del sistema de información epidemiológica. La mortalidad por diarreas se presenta particularmente alta en el grupo de menores de 1 año, con una tasa de 875,2 por 100.000 nacidos vivos registrados (el riesgo de morir por esta causa es 19 veces mayor en este grupo de edad que en la población total); en los niños de 1 a 4 años la tasa es de 75,5 por 100.000 y en menores de 5 años es de 238,7 (1981).

Las infecciones respiratorias agudas son otro problema importante de salud. En 1981, casi la cuarta parte de la mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años se debió a infecciones respiratorias que ocupan el segundo o tercer lugar de mortalidad en estos grupos de edad. Una proporción importante de esta mortalidad se debe a la ausencia de atención médica u oportunidad de la misma.

La incidencia conjunta de las enfermedades prevenibles por inmunización presenta una tendencia descendente, interrumpida por alzas que han afectado en forma desigual a las entidades federativas del país en distintos años. La morbilidad por poliomielitis ha descendido de 1,0 por 100.000 habitantes en 1980 a 0,2 en 1984. El grupo de edad más afectado es el de menores de 3 años, con el 83,0% del total de los casos registrados. En lo que se refiere al sarampión, la morbilidad ha bajado de 15,6 por 100.000 habitantes en 1980 a 6,6 en 1984 y la mortalidad de 8,2 en 1977 a 1,1 en 1981. Los grupos más afectados considerando la tasa promedio de morbilidad del período son los menores de 1 año y el de 1 a 4 años, con tasas de 44,8 y 30,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. Para la difteria existen importantes problemas de notificación y registro, lo que da como resultado mayores tasas de mortalidad que de morbilidad. El descenso de la mortalidad fue del 62,5% al reducirse las tasas de 0,08 a 0,03. La tos ferina ha tenido un comportamiento semejante a los demás padecimientos. El descenso de la morbilidad fue del 48,9% al disminuir las tasas de 4,0 por 100.000 habitantes en 1980 a 2,3 en 1984. El descenso de la mortalidad fue del 63,3% con una reducción de tasas de 4,9 en 1977 a 1,8 en 1981. Los grupos más afectados fueron los menores de 1 año y el de 1 a 4 años con tasas promedio de 19,9 y 11,2, respectivamente. La incidencia del tétanos ha sido estacionaria, con una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado considerando la tasa promedio del período fueron los menores de 1 año con 5,2 por 100.000 habitantes. En el resto de la población la incidencia se

eleva conforme la edad avanza, de 0,3 en el grupo de 1 a 4 años hasta 0,6 en los mayores de 65 años. Para esta enfermedad se considera un subregistro de casos de cerca del 75%, lo que explica la existencia de mayor número de defunciones que de casos. El descenso de la mortalidad fue del 61% al reducirse las tasas de 2,3 a 0,9 por 100.000 habitantes.

La incidencia de casos de tuberculosis se ha mantenido estacionaria, con tasas de 16,5 en 1984 y 16,4 en 1985. En cambio la mortalidad muestra un descenso en el período analizado, con tasas de 11,3 a 7,2 por 100.000 habitantes.

En cuanto a las deficiencias nutricionales la situación resulta particularmente grave en los niños menores de 5 años y en madres gestantes y lactantes. Se ha determinado que de los 2 millones de niños que nacen anualmente, 100.000 mueren antes de los 5 años y alrededor de 1 millón sobreviven con defectos físicos o mentales debidos a insuficiencias alimentarias. La actual coyuntura económica del país agrava el estado secular de malnutrición de grupos y regiones marginadas. En este sentido se estima una reducción promedio del 18% en la ingestión calórica entre 1982 y 1984, así como una disminución del 15% en la de proteínas que, en el caso de las de origen animal, alcanzan un 50%. Estas reducciones han afectado primordialmente a los grupos de menores ingresos.

En la cuestión de salud oral puede decirse que, según los estudios realizados en la Universidad Nacional de México (UNAM), escasamente uno de cada cinco niños en edad escolar del Distrito Federal tiene todos los dientes cuando llega a la edad de 14 años. El 90% de la población necesita atención odontológica, lo que demuestra la gravedad del problema en el resto del país. Hay un programa de aplicación tópica de fluoruro con el fin de proteger la salud oral de la población y particularmente prevenir las caries en los niños de edad escolar.

Hay más de 5 millones de personas inválidas, de las cuales el 60% son menores de 14 años. Tal situación se refleja en una creciente y justificada demanda de servicios de atención a los impedidos. En los hospitales pediátricos una tercera parte de los pacientes internados y una cuarta parte de los de consulta externa muestran condiciones de invalidez; lo mismo ocurre con los enfermos crónicos que en creciente proporción requieren los servicios correspondientes.

Salud del adulto

La creciente esperanza de vida de la población mexicana (66 años en 1981), ha determinado que el problema de las enfermedades cardiovasculares, dia-

betes y neoplasias adquiriera cada vez más importancia y consume mayor cantidad de recursos de salud, cuando todavía las enfermedades transmisibles continúan siendo significativas.

Una de las afecciones que causan preocupación a las autoridades de salud es la tuberculosis; su tasa de mortalidad ha mostrado un descenso del 5% anual en los últimos años; en 1981 la tasa de mortalidad por tuberculosis del aparato respiratorio fue de 7,39 por 100.000 habitantes. El infarto agudo del miocardio alcanzó una tasa de defunción de 91,4 por 100.000 habitantes en el grupo de 55 a 64 años y de 310 en el grupo de 65 años y más.

Dentro de los tumores malignos, el cáncer cervicouterino tuvo la tasa de mortalidad más alta, entre 15 y 32 por 100.000 mujeres para los grupos de edad de 35 a 44 años y de 45 a 54 años, respectivamente. El cáncer gástrico y el pulmonar pueden alcanzar una tasa tan alta como 70,0 a 80,0 por 100.000 en los individuos mayores de 65 años.

La tercera causa general de defunción se debe a accidentes y violencias si se consideran los grupos de edad de 15 a 44 años. No hay duda de que la creciente complejidad de la vida urbana favorece esta tendencia.

Se estima que alrededor del 1% de la población sufre alguna afección psíquica y que un 3% padece algún grado de retraso mental. Es bien definido el problema de la adicción al alcohol que presenta parte de la población adulta, en especial los hombres, así como su relación con los accidentes y las violencias. Del mismo modo, el uso de drogas e inhalantes va en aumento.

De acuerdo con encuestas realizadas en 1980 se estima que más de 5 millones de personas (7% de la población) sufren algún grado de invalidez, y de estas el 35% se encuentran en las edades productivas. Dado que los problemas de los discapacitados inciden sobre su núcleo familiar y social se estima que cerca de 20 millones de mexicanos sufren las consecuencias de la invalidez. No obstante el alto número estimado, los registros acumulados desde 1975 a 1982 sobre inválidos en las instituciones dan un total de 40.938, de los cuales 25.600 son mayores de 15 años; de acuerdo con estos registros el 47,8% de las incapacidades se deben a enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, el 15% a enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, el 13% a enfermedades infecciosas y parasitarias y el 86% a anomalías congénitas.

Salud de la madre. Según las estimaciones de población para 1981 había en México 16.466.875 mujeres en edad fértil, esto es, de 15 a 49 años, de las cuales el 43,8% pertenecía al grupo de 15 a 24 años,

el 29,6% al de 25 a 34 años y el 26,6% al de 35 a 49 años. En ese mismo año se registraron 2.530.662 nacimientos, de los cuales un 64% recibió atención médica en alguna institución de salud (pública, de seguridad social o privada). Casi 2 de cada 1.000 partos institucionales corresponden a niñas de 14 años o menos, que no están incluidas dentro de la "edad fértil"; el 50,6% corresponde al grupo de 15 a 24 años, el 40,8% al de 25 a 34 años y el 8,4% al de 35 y más años. La tasa de mortalidad por causas obstétricas directas pasó de 1,40 por 1.000 nacidos vivos en 1978 a 0,98 por 1.000 en 1981, siendo la primera causa de defunción entre las mujeres de 25 a 34 años y la tercera entre las de 15 a 24 años. Estas tasas dan solo una estimación mínima de la tasa real de mortalidad materna, ya que las muertes notificadas por causas como septicemia, anemia y nefritis podrían estar asociadas al parto sin haberse hecho mención de ello en los certificados de defunción. Entre las causas obstétricas directas, la toxemia gravídica y las hemorragias del embarazo y del parto fueron las más frecuentes, seguidas de traumas obstétricos, infecciones y aborto.

No se conoce la magnitud real de los abortos en México; las estimaciones realizadas por encuestas diversas son dispares. Los datos sobre abortos complicados atendidos en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) indican que la proporción de estos con respecto al total de partos atendidos pasó del 11,7% en 1978 al 10,2% en 1980. Datos de la Secretaría de Salud (SS) para 1978 indicaban que la proporción de abortos atendidos, sin especificar grado de complicación, fue del 15,5% en relación al total de partos.

Una encuesta domiciliaria nacional que se llevó a cabo entre finales de 1979 y principios de 1980 señaló que las mujeres extremadamente jóvenes, las mayores de 34 años, las de alta paridad (4 o más hijos), las residentes en áreas rurales y marginadas y las de baja escolaridad fueron las más propensas a sufrir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y a tener nacidos muertos, abortos y niños con complicaciones durante el primer mes de vida. Esto ha permitido configurar grupos de alto riesgo, observándose que paralelamente eran las que menos oportunidades tenían de recibir atención médica.

Salud de los jóvenes. El número de jóvenes de 15 a 24 años aumentó de 14.514.883 a 15.544.652 entre 1981 y 1983, constituyendo el 20,7 de la población de México. Un estudio realizado sobre datos de suicidios de 1981 reveló que hay cuatro veces más varones suicidas que mujeres, pero de estas la mitad tiene menos de 24 años.

Por su parte, estudios sobre farmacodependencia

demonstraron que este tipo de adicción se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes que en los adultos, y mucho más en varones que en mujeres. El 12% de la población estudiantil de 14 a 18 años y el 23% de los universitarios han informado su uso. Las drogas más usadas son la marihuana, las sustancias inhalables, las anfetaminas y otros sedantes psicotrópicos.

Salud de los trabajadores. Según las estadísticas del IMSS, la proporción de trabajadores que sufren accidentes en el trabajo o en el trayecto al mismo, o enfermedades derivadas de su actividad productiva, bajó ligeramente del 9,6% en 1981 al 9,0% en 1983; la población expuesta al riesgo aumentó de 6,5 millones a 6,6 millones entre dichos años. Del total de problemas en 1981, el 88,8% fueron accidentes de trabajo, el 11,6% ocurrieron en el trayecto y el 0,3% fueron enfermedades, manteniéndose relativamente

estables en 1983: 88,1, 11,6 y 0,7%, respectivamente. Cabe destacar que el registro de enfermedades derivadas del trabajo es deficiente debido a errores de diagnóstico de los médicos generales y a consulta muy tardía por parte de los pacientes.

Salud del anciano. Por lo que toca a la salud de las personas de edad avanzada, según las proyecciones basadas en el censo de 1980 el grupo de 65 años y más ascendía a 2.533.680 (3,6% de la población total) y en 1983 llegaba a 2.668.886. La distribución por sexo indicó que el 47% eran hombres y el 53% mujeres. Había tres veces más viudas que viudos. Los ancianos, que constituyen una minoría creciente, tienen necesidades específicas en materia de salud, vivienda, seguridad y bienestar sociales, las cuales se agudizan en las personas que por su situación familiar y económica están desamparadas.

Sistema de salud

Hasta principios de 1981 se había aceptado en México la existencia de dos sistemas diferentes de salud: uno para aquellos con acceso a los servicios de medicina privada o de seguros sociales, y otro para personas con acceso únicamente y en forma precaria a las instituciones de asistencia pública. Pero luego se estudiaron las distintas opciones de integración de un sistema nacional de salud, y así, a mediados de 1981 emergió la voluntad de apoyar un desarrollo equilibrado y armónico mediante el reconocimiento de que el derecho a la salud debe traducirse en la protección de la salud, que implica la accesibilidad de la población a servicios de salud homogéneos, completos, escalonados y permanentes, y que la atención igualitaria sea un requisito para la democratización de la sociedad. En enero de 1983 se instaló el gabinete de salud, se crearon grupos interinstitucionales como apoyo a los procesos de programación sectorial y se revitalizó el consejo de salubridad general. En febrero de 1984 se promulgó la Ley General de Salud, base para dar cumplimiento al derecho a la salud en los planes generales de desarrollo, entendiendo que el concepto de salud se basa en un estado de bienestar integral, biológico, psicológico y social.

Las instituciones que prestan servicios de salud a la población se dividen en las que sirven a la población abierta, las que brindan atención a la población

asegurada y las que constituyen el sector privado. Las primeras se agrupan según el tipo de servicio que prestan y cubren actividades de salubridad y atención médica y actividades de asistencia social. Las instituciones que atienden a la población derechohabiente asegurada son: el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales y algunas entidades que prestan atención médica a su personal. La medicina privada se desarrolla en función de la existencia de personas que pueden afrontar económicamente la atención médica y quirúrgica y de instituciones benéficas que dan servicios sin costo alguno.

En 1984 la seguridad social cubría el 45,1% de la población, las instituciones para población abierta el 31,6% y las instituciones privadas el 4,9%. Se estimó que no tenía ningún tipo de protección el 18,4% de la población.

Para la prestación de los servicios de atención médica, el sector público contaba en 1984 con 9.532 unidades entre centros de atención primaria, hospitales generales y de alta especialidad, con un poco más de 23.000 consultorios de atención médica, distribuidos proporcionalmente entre las instituciones de seguridad social y los sistemas de población abierta (0,33 consultorios por cada 1.000 habitantes).

En cuanto al número de camas se observan dife-

rencias importantes entre los sistemas de seguridad social y los de población abierta, ya que los primeros cuentan con una cama por 1.000 derechohabientes, en tanto que los segundos disponen de 0,6 camas, lo que significa un déficit aproximado de 12.000 camas para la atención a población abierta. El total de camas en el sector público asciende a 57.500, o sea un 15% más de lo registrado en 1980. Sin embargo, el índice de camas por 1.000 habitantes se ha reducido en el período 1980-1984 de 1,30 a 0,77.

La información sobre el volumen de recursos humanos con que cuenta el sector salud no es enteramente confiable. Una de las mayores dificultades radica en el personal que presta sus servicios en más de una institución, así como en las diferencias de jornada. El sector público cuenta con 54.000 médicos y 76.000 enfermeras (un 70% en los sistemas de seguridad social y el 30% restante en los de población abierta). Además, en tanto que en la seguridad social la relación de enfermeras y médicos es de 1,54, en el sistema de población abierta es de 1,12. Puede estimarse que existen aproximadamente 40.000 médicos que ejercen la medicina privada. De ellos, el 68% corresponde a médicos generales y el 32% a especialistas.

De acuerdo con los datos proporcionados por la cámara nacional de hospitales existen en México alrededor de 1.000 hospitales privados, vale decir, aproximadamente el 20% de las instituciones hospitalarias del país y el 25% del total de camas del sector público.

En el área de atención médica, los principales problemas son la coexistencia de esquemas diferentes de atención entre las instituciones, esfuerzos desvinculados, insuficiente atención en núcleos dispersos de población, preponderancia de los servicios curativos sobre los preventivos, inadecuada distribución de los recursos, insuficiente cobertura de los servicios de salud y deterioro de la calidad del servicio por restricciones de orden operativo.

En el área de salud pública se destacan los bajos niveles de operación de los programas debido a insuficiencia de recursos, limitada coordinación interinstitucional, excesiva demanda de atención médica por causas que pueden reducirse con medidas de prevención, restricciones para las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria, escaso apoyo a la investigación, pocas acciones de educación en salud, insuficiente articulación entre las instituciones de servicios y las formadoras de recursos humanos. En el ámbito de la asistencia social se destacan deficiencias cualitativas y cuantitativas en los recursos y carencia de normas para la aplicación de la política del sector; las acciones y servicios apuntan generalmente a la atención de los problemas resultantes y no

a sus factores causales.

Para el desarrollo del programa nacional de salud se identificaron cinco estrategias instrumentales, ellas son: sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad. Los proyectos estratégicos sustantivos de inversión incluyen, en el área de atención médica, la ampliación, rehabilitación y mantenimiento de unidades de primer y segundo nivel, así como la construcción de hospitales especializados y de clínicas-hospitales de campo. En el ámbito de la salud pública se prevén los sistemas nacionales de laboratorios de salud pública, de vigilancia epidemiológica y sanitaria, la cadena de frío, el centro nacional de enfermedades infecciosas, los laboratorios de referencia nacional de contaminación ambiental y los almacenes para el programa de abasto.

El monto asignado al sector salud en 1984 fue el 39% más que el de 1983, incluidos los gastos de la institución para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Es importante hacer notar que las sumas asignadas al sector durante 1983 y 1984 revierten la tendencia a disminuir la participación del presupuesto de salud en relación al total federal, que se observó en años anteriores. No obstante la clara voluntad del gobierno, la profundidad de la crisis económica por la que atraviesa el país desde 1981 ha dado lugar a una sensible reducción en el presupuesto real, pues no se compensan las mayores asignaciones de recursos, los altos índices de precios y el alza de la demanda de servicios.

La participación del gasto público en salud, en relación al PIB, lejos de incrementarse ha disminuido. Así, mientras que en 1978 alcanzó un 2,1%, en 1983 se situó en 1,6%. La estructura del gasto por programa se ha mantenido relativamente constante a lo largo del período 1978-1984. La mayor parte de los recursos se han destinado a la atención curativa, que absorbe en promedio el 70% del presupuesto sectorial. Esto contrasta con los porcentajes destinados a la atención preventiva (6%). A la formación de recursos humanos se ha dedicado un 6% y a la investigación científica y tecnológica tan solo un 1%. En relación al gasto público para la salud, se aprecian desigualdades significativas entre regiones, grupos sociales y en términos institucionales. En efecto, el dinamismo de las fuentes legales del financiamiento de las instituciones de seguridad social ha favorecido la canalización de mayores recursos hacia la atención de sus derechohabientes; mientras tanto, las que otorgan servicios a la población abierta, como sus recursos dependen básicamente de fuentes fiscales y de las cuotas de recuperación, no crecen tan aceleradamente como las de seguridad social.

Montserrat

Contexto general

Análisis político, económico y social

Montserrat ha sido una colonia británica desde el siglo XVII. Un gobernador nombrado por Gran Bretaña es el jefe administrativo de gobierno y el Consejo Legislativo de la isla está a cargo de los asuntos internos, la política externa y la defensa. El Primer Ministro, elegido por el pueblo junto con otros seis miembros del parlamento cada cinco años, es la suprema autoridad política. El Gobierno ha emprendido un plan nacional de desarrollo y sigue reorganizando los servicios públicos, inclusive los del sector de salud.

La economía está dominada por el sector de servicios, principalmente comercio al por mayor y al detal (incluido el turismo), administración pública y bienes inmuebles y adquisición de viviendas, campos que representan tres cuartas partes del producto interno bruto. Los resultados económicos dependen, en gran medida, de las tendencias del turismo que, a su vez, está íntimamente relacionado con los sectores de construcción y de bienes raíces. La agricultura y las manufacturas representan una proporción relativamente pequeña del PIB. La fuerza de trabajo tiene un total aproximado de 5.000 personas, siendo el mayor empleador el sector de construcción. El déficit de la balanza de pagos aumentó notablemente en 1982, llegando a US\$14 millones, o sea el 48% del PIB. A finales de 1982, la deuda externa era de \$2,7 millones. La inflación se moderó considerablemente en el primer semestre de 1983 y los precios aumentaron en 2,4% en relación con el mismo período de 1982. La recesión de 1983 afectó gravemente a toda la economía, inclusive al sector público. El PIB per cápita, que en 1982 era de \$3.565, se estimó en una cifra ligeramente inferior en 1983. Hubo un leve au-

mento del índice de desempleo del 5,6% en 1982 a cerca del 7% en 1983. Montserrat no tiene recursos naturales de energía autóctonos e importa petróleo y gasolina. La isla no ha sufrido ningún desastre natural de gran magnitud en los últimos años, aunque hace poco una sequía afectó la producción de verduras, causando escasez en algunos lugares. Ha aumentado el costo de los alimentos producidos localmente y de los artículos importados.

Características demográficas

En el cuadro 1 se indican las principales estadísticas demográficas y vitales de Montserrat para el período correspondiente a 1981-1983. La población parece haberse estabilizado a comienzos de los años ochenta en cerca de 11.700 habitantes, el 90% de los cuales viven en las zonas rurales. En Plymouth, la capital, está la mayor concentración urbana. La composición por edad es la siguiente: menores de 15 años, un 30,5%; de 15 a 39, 40%; de 40 a 64 años 16,7% y 65 años o más, 12,7%. Está aumentando la proporción de ancianos. La tasa anual de crecimiento es del 0,34%.

Mortalidad

En el cuadro 2 se presenta el número de defunciones y la tasa de mortalidad por las 10 causas principales entre 1981 y 1983. Como puede apreciarse, la principal causa de mortalidad en ese período fueron los accidentes cerebrovasculares seguidos de enfer-

CUADRO 1

Principales estadísticas demográficas y vitales, Montserrat, 1981, 1982 y 1983.

Categoría	1981	1982	1983
Población total	11.620	11.675	11.733
Niños nacidos vivos	231	250	265
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	19,9	21,4	22,6
Total de defunciones	117	114	122
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	10,1	9,9	10,4
Niños nacidos muertos	3	4	3
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes en riesgo	12,8	15,8	11,2
Defunciones infantiles	5	2	7
Tasa de mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	21,6	8,0	26,4
Defunciones neonatales (menos de 28 días)	5	2	4
Tasa de mortalidad neonatal/1.000 nacidos vivos	21,6	8,0	15,1
Defunciones de 1 a 4 años/1.000 habitantes en riesgo	0	0,6	0
Defunciones maternas	0	0	0
Tasa de mortalidad materna/100 nacidos vivos	0	0	0
Tasa de aumento natural/1.000 habitantes	9,8	11,6	12,2

CUADRO 2

Diez causas principales de defunción, Montserrat, 1981-1983.

Causa de defunción	1981		1982		1983	
	No.	%	No.	%	No.	%
Accidentes cerebrovasculares	33	28,2	21	18,1	32	26,2
Enfermedad hipertensiva y enfermedades del corazón	25	21,4	24	21,1	17	13,9
Tumores malignos, todos los sitios	11	9,4	13	11,4	12	9,8
Neumonías y otras infecciones respiratorias	11	9,4	11	9,6	10	8,2
Aterosclerosis (del aparato circulatorio)	4	3,4	4	3,5	9	7,4
Accidentes de vehículos de motor	-	0	3	2,6	4	3,3
Diabetes	6	5,1	5	4,4	3	2,5
Asfixia neonatal	3	2,6	-	0	3	2,5
Septicemia	2	1,7	3	2,6	6	4,9
Infecciones urinarias, incluida la uremia	1	0,9	6	5,3	5	4,1

medad hipertensiva y otras del corazón. En ese lapso de tres años se registró un total de 36 defunciones por cáncer. El tumor maligno más común fue el cáncer del páncreas, que causó 3 muertes en 1981 y 1982 y 1 en 1983; el resto de las muertes por cáncer se distribuyó en forma relativamente igual entre otros

13 tipos de malignidad. En muchos casos, la diabetes estuvo relacionada con la hipertensión y se citó como causa contribuyente de defunción. El control de estas dos enfermedades, que ocasionan elevadas tasas de mortalidad y morbilidad sigue representando un problema.

Estado de salud

Los médicos (empleados por el gobierno y particulares) no notifican todos los casos de enfermedades transmisibles, de modo que la información disponible, recogida en la mayor parte por enfermeras que trabajan en instituciones públicas, quizá no refleje la verdadera situación. Las enfermedades más comunes en 1983, según se registró en las consultas atendidas en los dispensarios distritales, fueron (en orden descendente): las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, la enfermedad hipertensiva, las

causas mal definidas y otras no especificadas, las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo y la diabetes mellitus (cuadro 3). Las personas de 65 años o más y los niños menores de 5 años fueron los principales usuarios de los dispensarios distritales. Las causas de enfermedades más comunes en el grupo de 65 años o más fueron la hipertensión, las afecciones mal definidas y la diabetes. En los niños menores de 5 años y en el grupo de 5 a 14 años las principales enfermedades fueron las infecciones

CUADRO 3

Principales causas de mortalidad observadas en los dispensarios distritales, Montserrat, 1983.

Causas	Menores de 5 años	De 5 a 15 años	De 16 a 45 años	De 46 a 64 años	De 65 años o más	Todas las edades	
						No.	% de todas las causas
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	336	186	20	32	37	611	22,6
Enfermedad hipertensiva	0	0	4	77	347	428	15,9
Causas mal definidas	36	58	17	35	157	303	11,2
Infecciones de la piel y del tejido cutáneo	123	92	19	14	35	283	10,3
Diabetes mellitus	0	1	2	36	112	151	5,6
Otras afecciones de las articulaciones	0	1	2	36	106	145	5,4
Enfermedades de las vías respiratorias superiores	62	41	2	1	3	109	4,0
Otros trastornos digestivos funcionales	30	11	1	3	43	88	3,3
Otros helmintos	40	33	7	0	0	80	3,0
Artritis reumatoide	0	1	0	12	59	72	2,7
Infecciones intestinales mal definidas	49	14	1	1	4	69	2,6
Enfermedades del aparato digestivo	10	9	2	11	22	54	2,0
Trastornos del oído y de las mastoides	22	23	1	2	1	49	1,8
Otras psicosis	0	2	5	17	16	40	1,5
Conjuntivitis	17	14	3	4	1	39	1,4
Neumonías	4	12	0	6	16	38	1,4
Bronquitis	1	3	1	7	23	35	1,3
Enfermedad cardíaca hipertensiva	0	0	0	12	17	29	1,1
Otras enfermedades del aparato respiratorio	15	7	1	2	2	27	1,0
Amigdalitis aguda	5	16	1	1	1	24	0,9
Disrritmias cardíacas	0	0	0	5	19	24	0,9
Total	750	524	89	314	1.021	2.698	100,1

agudas de las vías respiratorias superiores y las de la piel y el tejido subcutáneo.

No se registraron enfermedades sujetas al reglamento internacional de salud. Por primera vez en muchos años se diagnosticó un caso de leptospirosis en un adulto que, aunque fue aislado, sirvió para dar a conocer mejor la importancia del saneamiento ambiental. La isla se mantuvo relativamente exenta de enfermedades transmisibles y epidemias. No se introdujeron nuevos programas pero se hizo todo lo posible por mantener los ya establecidos, especialmente los de inmunización y salud maternoinfantil.

La atención hospitalaria está a cargo del Hospital Glendon de Plymouth, institución principal de referencia para la atención secundaria, con 67 camas; hay 5,7 camas para atención secundaria por 1.000 habitantes. Un cirujano especialista se encarga de todos los casos quirúrgicos y otro médico atiende los casos obstétricos difíciles, inclusive las secciones cesáreas. Todos los médicos empleados por el gobierno tienen privilegios en relación con el internado de pacientes en el hospital y se encargan de la atención de los mismos.

En 1983, la tasa promedio de ocupación de los hospitales era del 38,1%, oscilando entre un 18,3% en el pabellón de pediatría y el 59,4% en el pabellón médico. La estadía promedio fue de 4,8 días, oscilando entre 3 en el pabellón de pediatría y 6,3 en el pabellón médico. Los casos de psicosis representaron el mayor número de hospitalizaciones; otras causas principales de estas fueron la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión. En el hospital se celebraron tres veces a la semana sesiones generales de consulta para pacientes ambulatorios, que estuvieron a cargo del cirujano. Se celebró una sesión de consulta sobre glaucoma una vez al mes para seguimiento de los casos diagnosticados y sospechosos de la enfermedad y un oftalmólogo visitante realizó sesiones diarias durante un mes para las personas con problemas oftalmológicos diagnosticados o potenciales; las principales afecciones diagnosticadas fueron glaucoma, cataratas y errores de refracción. Cerca de la mitad de las personas examinadas en el pabellón de urgencias pertenecían al grupo de la población activa y los accidentes de todas clases fueron la principal razón de la atención dispensada en 1981 y 1983. Muchas personas emplean ese servicio de emergencia como alternativa de los servicios médicos particulares, especialmente durante las horas de la noche y en fines de semana. En el hospital no hay ningún residente que se ocupe de accidentes y es preciso localizar al oficial médico de turno durante el día y llevarlo al hospital para tratar los casos de urgencia que ocurren durante la noche y en fines de semana cuando no puede hacerlo

la enfermera encargada. Tres médicos del grupo que trabaja en el hospital tienen además sus propios pacientes y cumplen diversos deberes en el distrito; uno de ellos supervisa la prisión y se ocupa de los enfermos mentales dentro de la comunidad, otro presta servicios de anestesia y el tercero presta atención obstétrica a pacientes hospitalizadas así como el cuidado prenatal y posnatal en los dispensarios.

Salud maternoinfantil

Hay 12 dispensarios distritales dispersos por toda la isla, que ofrecen fácil acceso a la atención de salud para todos. Ninguna aldea queda a más de tres km y medio de una de esas instalaciones y cada una presta una amplia gama de servicios a toda la comunidad. En los dispensarios se ofrece atención prenatal que está a cargo de enfermeras-parteras y en el Hospital Glendon se celebran sesiones de enseñanzas prenatales una vez a la semana bajo la dirección de un médico; las enfermeras-parteras manejan los casos no complicados pero todas las pacientes se envían al médico después de la primera consulta y él las examina un mínimo de tres veces durante el embarazo. Las mujeres embarazadas con complicaciones se someten a una supervisión más estricta del médico. Pese a que esos servicios son gratuitos, muchas mujeres prefieren ser atendidas por un médico particular. Es sumamente raro encontrar una mujer embarazada que no haya sido atendida al menos una vez por una enfermera-partera o un médico. La mayoría de las consultas en los dispensarios tienen lugar en el segundo trimestre, de ordinario entre las 20 y 28 semanas de embarazo. Muchas mujeres acuden primero a su médico y luego asisten a sesiones dirigidas por enfermeras-parteras en etapas ulteriores del embarazo. Otros servicios de atención prenatal prestados en el dispensario comprenden visitas domiciliarias a las mujeres que se retiran del programa y a las que tienen problemas, y enseñanzas de salud y nutrición.

En 1983 hubo 259 partos en el hospital, el 82% atendidos por enfermeras-parteras y el 18% por médicos, y 6 en la comunidad, todos a cargo de enfermeras-parteras. Entre 1979 y 1983, hubo un aumento del número de partos instrumentales, especialmente de secciones cesáreas, que en ese último año representaron el 8,9% de todos los partos atendidos en los hospitales.

En 1983 el gobierno suscribió un acuerdo con USAID para la introducción de servicios de planificación de la familia como parte de la salud maternoinfantil, si bien la Asociación de Planificación Familiar, un organismo privado, había venido prestando ese servicio por años a un costo nominal a los usuarios. El seguimiento posnatal se

ofrece a todas las madres seis semanas después del parto. Las personas que reciben atención prenatal de médicos particulares por lo general prefieren volver ulteriormente a ellos en el período posnatal. Se estima que más del 95% de las madres reciben atención posnatal.

Los 12 dispensarios distritales ofrecen servicios de atención infantil: inmunizaciones contra ocho enfermedades transmisibles, a saber, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, poliomiélitis, sarampión, parotiditis y rubéola y vigilancia ordinaria del crecimiento y del peso. Se calcula que la cobertura se extiende a cerca del 100% de los niños de 3 meses a 5 años. La inmunización al final del primer año de vida es del 95,3% con la vacuna DPT y antipoliomielítica y del 91% con la BCG. Al final del segundo año, el 92% de los niños que deben ser vacunados han recibido tres dosis ordinarias más una dosis de refuerzo de las vacunas DPT y antipoliomielítica y más del 95%, la BCG.

De los niños atendidos en los dispensarios en 1983, 79 acusaban malnutrición de primer grado partiendo de la base de peso por edad, 6, de segundo grado y 4, de tercer grado y obesidad. La causa más común de enfermedad en el grupo menor de 5 años fueron las infecciones respiratorias agudas (343 casos). Otro trastorno muy común observado en este grupo fueron las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (109 casos).

Salud mental

La enfermera psiquiátrica de la comunidad coordina el servicio con el respaldo de los médicos. En 1983 un psiquiatra consultor efectuó dos visitas, estudió la mayoría de los casos y dictó clases de educación continua para el personal de enfermería. Hay 156 pacientes registrados, 50 de los cuales reciben regularmente quimioterapia; a veces se necesita la ayuda de la policía cuando algunos pacientes se niegan a aceptar voluntariamente el tratamiento. El tratamiento complementario de esos pacientes está a cargo de las enfermeras distritales y son enviados a la enfermera psiquiátrica de la comunidad cuando se observa cualquier clase de conducta aberrante. Algunos son tratados por su propio médico pero pueden ser enviados a la enfermera distrital o a la enfermera psiquiátrica de la comunidad para fines de atención ulterior. Los tipos más comunes de enfermedades tratadas son esquizofrenia paranoide crónica, depresión, alcoholismo y psicosis maniaco-depresiva. Para apoyar los servicios de la comunidad existe una unidad de hospitalización de cinco camas y dos salas de seguridad que se emplean para estabilizar a los pacientes incontrolables o a quienes interna el magistrado para fines de atención obligatoria. En el hospital psiquiátrico de Antigua hay seis pacientes.

Salud dental

En 1983 hubo 4.969 consultas en el departamento de salud dental, en comparación con 4.338 casos en 1982 (el único año para el que se dispone de cifras detalladas). Los odontólogos de la Asociación Dental del Canadá visitan la comunidad a intervalos regulares y ofrecen servicios por períodos que oscilan entre uno y tres meses.

Desarrollo de servicios de salud y saneamiento ambiental

Administración. Los servicios sanitarios y comunales del Ministerio de Educación se encargan de prestar servicios de salud accesibles y adecuados y cuyo costo esté al alcance de la población. Existe una secretaría permanente de servicios sanitarios y comunales que, en cuestiones administrativas, está supeditada al Ministro y este es asesorado por el médico jefe que coordina los servicios de salud. Desde el punto de vista de funcionamiento, los servicios de salud se dividen en comunitarios e institucionales. Los servicios comunitarios comprenden salud ambiental, servicios de salud personales, salud materno-infantil, inmunización, salud escolar, salud dental, salud mental y educación sanitaria. Los servicios institucionales ofrecen instalaciones de internado, atención por períodos prolongados (servicios geriátricos y psiquiátricos), servicios de laboratorio, rayos X y farmacia. La provisión de servicios y equipo, inclusive medicamentos, está descentralizada y la distribución a la comunidad y a las instituciones se basa en la necesidad. Aunque los servicios prestados a nivel de la comunidad son gratuitos para los usuarios, el costo por servicios de laboratorio, rayos X y mantenimiento se pasa a los pacientes atendidos en el hospital; sin embargo, la cantidad que paga el paciente no refleja el costo real de la prestación de ninguno de esos servicios.

No existe ninguna política de salud formulada por escrito, aunque generalmente se acepta que el gobierno se compromete a prestar atención de salud de alta calidad, en particular a los grupos vulnerables como los niños, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas con enfermedades crónicas y mentales y los ancianos. En un plan de salud preliminar presentado a finales de año para inclusión en el plan nacional de desarrollo se expresa el interés del gobierno en los campos y grupos prioritarios y se recalca la importancia del saneamiento del medio y la modernización de las instalaciones clínicas para seguridad y comodidad de los usuarios.

No se ha adelantado mucho en el fortalecimiento del sistema de información de salud. Todas las estadísticas de morbilidad de este informe se acopiaron en servicios públicos y hasta la fecha no se han recibido estadísticas de médicos particulares. Las estadísticas sobre las actividades de los servicios de salud son recogidas por cada uno de los sectores y no se envían a ningún punto central para cotejo ni recopilación. Es preciso normalizar el formato de acopio de estadísticas de salud y establecer un sistema apropiado.

Instalaciones y financiamiento. Como se indicó antes, hay un hospital general respaldado por 12 dispensarios distritales esparcidos por toda la isla. El hospital está dotado de un administrador de servicios de salud bien capacitado, administradores de nivel intermedio, oficiales de servicios de oficina y personal de limpieza, preparación de comidas y mantenimiento general. El mantenimiento de las instalaciones compete por lo general al Ministerio de Comunicaciones y Obras. El monto asignado en el presupuesto de salud para el mantenimiento de instalaciones es muy inferior al necesario.

Del presupuesto total de la isla correspondiente a 1983, se asignó a salud un 13,0% de los gastos públicos permanentes y el 2,8% de los gastos de capital.

Salud ambiental y salud pública veterinaria. En 1980 más de la mitad de los hogares tenían conexiones internas de acueducto, lo que equivale al doble de la cifra registrada en 1970. Durante el año se inspeccionaron todos los manantiales y puntos de captación de agua y se notificaron las condiciones insatisfactorias a la Administración de Aguas para que las corrigiera. Los oficiales de saneamiento del medio disponen del equipo necesario para efectuar pruebas de residuos de cloro. Todavía hay muchos hogares sin instalaciones apropiadas de evacuación de aguas negras. Con el fin de corregir esa situación, el Departamento de Salud Ambiental ofrece gratuitamente a los dueños de casa unidades de concreto

prefabricadas para que puedan construir sus propias letrinas de pozo; cerca del 10 al 13% de los moradores carecen todavía de letrinas particulares. El gobierno ha instalado inodoros públicos en la mayoría de las zonas y en 1983 hizo construir tres nuevas instalaciones.

Entre los muchos problemas que surgen del manejo inadecuado e insatisfactorio del relleno sanitario, el principal es la falta de equipo pesado necesario para cubrirlo regularmente; como resultado, las aldeas más cercanas al sitio son incomodadas por las moscas. La administración de los desechos sólidos se ve obstaculizada además por las averías frecuentes y algunas veces prolongadas de los camiones de recolección de basura.

Las actividades de control de plagas se concentraron en la erradicación de *Aedes aegypti* y otros mosquitos que causan molestias. El índice de presencia en viviendas de *A. aegypti* es del 5% pero en el distrito de St. Anthony, donde reside la mitad de la población, es del 9,7%, lo que indica la necesidad de vigilar intensamente esta zona en caso de que ocurra un brote de dengue. Se realizó el tratamiento perifocal de todos los criaderos reales y potenciales y el tratamiento de todas las zonas de recolección de agua. En 1983 el diagnóstico de un caso de leptospirosis desencadenó intensas medidas de control de los roedores en Plymouth, el aeropuerto y las zonas adyacentes. El equipo de control de plagas encontró larvas de *Anopheles* en el río Belham y caracoles de la especie *Biomphalaria glabrata* y larvas de *Simulium* en el río de Barzey.

Aunque no se han establecido todavía reglas ni normas para el saneamiento de los alimentos, se realizan inspecciones de rutina en todos los establecimientos que manejan alimentos, incluso verificando el control de la temperatura cuando es necesario. A solicitud de los comerciantes, los alimentos dañados se confiscan y eliminan por no ser apropiados para consumo humano. Se siguieron realizando inspecciones regulares del ganado y de las canales en el matadero público de Plymouth.



Nicaragua

Contexto general

Análisis económico, político y social

Desde el punto de vista económico el país vive momentos de grandes dificultades que comenzaron a experimentarse con mayor fuerza desde finales de 1981 y comienzos de 1982 y alcanzaron un punto culminante en el transcurso de 1984. Un diagnóstico general de la situación indica que conjuntamente con los grandes avances producidos en las transformaciones estructurales, se produjeron insuficientes incrementos en la producción, mayor déficit fiscal, sistemáticos y significativos déficit en la balanza de pagos en cuenta corriente, reducción del salario real, ahorro interno reducido, disminución de las inversiones y del consumo privado y fuertes presiones inflacionarias.

Los efectos directos de la crisis económica internacional han sido: un sistemático deterioro en los términos de intercambio al aumentar los precios de los productos importados y disminuir el de los exportados, y el alza de las tasas de interés en los mercados financieros internacionales.

Esta situación—balanza comercial deficitaria y necesidad de reactivar el aparato productor—llevó a que se recurriera a fuertes volúmenes de financiación externa, que elevó la deuda a niveles no compatibles con la capacidad productora del país. Finalmente, y también como efecto parcial de la crisis, se fueron cerrando las fuentes tradicionales de financiación de tal forma que a partir de 1982 la escasez de divisas llegó a ser el problema crucial, provocando un sostenido deterioro de la economía nacional. En 1985 debió destinarse más del 40% del presupuesto nacional a sufragar las necesidades de la defensa, y a ello se agregaron mayores gastos en salud destinados a programas para los damnificados de

la guerra, reasentamientos poblacionales y otros asuntos; esto ha provocado una fuerte rigidez en el gasto y ha incrementado a su vez el déficit fiscal.

Colateralmente, la situación bélica ha implicado fuertes pérdidas económicas debido a la destrucción de la infraestructura básica, a la imposibilidad de elaborar productos de exportación en determinadas regiones y a la utilización de recursos productivos para fines militares; ha significado también el cierre de mercados para Nicaragua y la suspensión de cuotas de exportación, e inclusive el bloqueo ante organismos financieros internacionales. Además, se ha originado una significativa expansión de los servicios sociales (educación y salud fundamentalmente) y fuertes gastos en subsidios a productos y servicios básicos, tratando de mantener precios bajos accesibles a los sectores de escasos ingresos.

Un segundo fenómeno de este tipo se refiere a la política crediticia implantada por el gobierno, la cual, en términos generales, fue expansiva para estimular a los sectores productivos. Por su parte, la política de precios fue otro factor de distorsión pues en ocasiones a los productos se les fijaron precios inferiores a los costos de producción, a manera de estímulo a esta.

A pesar de todos estos obstáculos se ha podido reactivar el sistema de producción, en especial hasta 1982, emprender una serie de transformaciones estructurales—mención especial merece el proceso de reforma agraria dado el alcance de este sector en la economía nacional—y dar una respuesta a las necesidades básicas de la población, particularmente en el ámbito de la educación y la salud.

En el plano interno, la institucionalización del proceso se ha traducido en un permanente mejoramiento de la estructura estatal; en 1982, y como

culminación de todo un mecanismo de progreso, se decretó la regionalización politicoadministrativa del país, lo que ha permitido un mejor manejo del aparato estatal; finalmente, en 1984 se convocó a elecciones generales para las más altas autoridades del país en procura de una verdadera consolidación y un nuevo orden nacional.

Si bien la situación analizada ha tenido fuertes repercusiones sobre la salud de la población, ha sido la guerra la que más ha afectado negativamente. En efecto, las zonas que son escenario de la guerra—regiones I, V, VI y las zonas especiales—son las que han recibido el impacto más serio y las que albergan una tercera parte de la población nacional, o sea 1 millón de personas; de ellas una cuarta parte ha sido desplazada y los campesinos se han visto obligados a abandonar sus tierras y sus hogares en busca de seguridad en los pueblos, las ciudades o los nuevos asentamientos. El gobierno ha hecho enormes esfuerzos para proporcionar atención en salud, vivienda, educación y abastecer a estas familias desplazadas, a costa de otros proyectos sociales necesarios en otras partes del país.

Características demográficas

En general las estadísticas de población del país son limitadas como consecuencia de la irregularidad de los censos. El último de ellos se realizó en 1971, y desde entonces varios fenómenos han incidido en la situación demográfica, tales son el terremoto de 1972, la guerra de 1978 y 1979 y la guerra que se inició en 1981 y que sigue hasta ahora. Así pues, sobre la base de estimaciones y proyecciones se calcula que en 1984 la población total era de 3.163.400 habitantes, de los cuales 1.580.800 eran hombres y

1.582.600 eran mujeres. En 1984 la estructura por sexo y edad era bastante semejante a la de otros países en desarrollo. Había un ligero predominio de los varones hasta el grupo de 15 a 19 años pero luego el mayor número relativo de mujeres era constante. El 46,9% de la población es menor de 15 años y solo el 2,5% es mayor de 64 años. El resto, o sea el 50,5%, se encuentra entre 15 y 64 años. En 1984 el 56,6% vivía en zonas urbanas, mientras que el 43,4% restante en zonas rurales. El aumento de la población urbana observado es resultado directo de la creación de centros urbanos en nuevos polos de desarrollo.

Tras la cruzada nacional de alfabetización de 1980 se ha reducido la tasa de analfabetismo en áreas rurales de un 70 a un 12%; felizmente, con la institucionalización del programa de educación de adultos de 1981 se ha logrado cierta continuidad y grandes progresos en el índice de inscripción, que sube año tras año.

Mortalidad

Los avances experimentados en el sector salud en los años recientes se reflejan en las tasas de mortalidad general que descendieron de 11,9 por 1.000 habitantes en 1977 a 9,7 en 1984. Similar avance se nota en la mortalidad infantil cuya tasa descendió de 121 por 1.000 nacidos vivos en 1977 a 71,5 en 1984 (cuadro 1). La información sobre mortalidad del grupo de 1 a 4 años es limitada, aunque los datos indican una tasa de 1,8 por 1.000 en 1983 y 1,4 por 1.000 en 1984. No se dispone de información por causas de defunción para este grupo de edad.

En cuanto a la mortalidad materna se calculó que antes de las acciones bélicas la tasa de mortalidad

CUADRO 1

Mortalidad general e infantil, Nicaragua, evolución en el período 1977-1984.

Indicadores	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	11,9	12,9	11,7	11,4	11,1	10,9	9,7	9,7
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	121,0	121,6	113,2	98,2	88,2	80,2	75,2	71,5

CUADRO 2

Defunciones por enfermedades transmisibles seleccionadas, según cifras preliminares, Nicaragua, 1983-1984.

Principales causas	No. de defunciones	
	1983	1984
Tuberculosis pulmonar	237	218
Tétanos	130	101
Meningitis	119	100
Hepatitis vírica	41	20
Otras formas de tuberculosis	38	42
Dengue y otras enfermedades víricas	16	9
Amebiasis	14	14
Infecciones meningocócicas	6	5
Sarampión	4	1
Tos ferina	2	1
Leishmaniasis	2	2
Rabia humana	1	1
Sífilis y otras venéreas	1	1

Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), mortalidad general por grupo de edad, causa y sexo.

materna alcanzaba a 19 por 10.000 nacidos vivos; en 1983 fue de 5,47 y en 1984 fue de 4,71 por 10.000.

Respecto a la mortalidad por enfermedades transmisibles, en 1983 y 1984 la tuberculosis, el tétanos y la meningitis ocupaban los tres primeros lugares

como causas de defunción (cuadro 2). Sobresale la tuberculosis pulmonar en primer lugar en ambos años, con un alto número de defunciones, aun cuando en 1984 se observa un ligero descenso. Sin embargo, se eleva su importancia como factor de

CUADRO 3

Cinco causas principales de defunción, Nicaragua, 1983 y 1984.

No. de orden	Causas	1983		1984	
		No.	%	No.	%
1	Accidentes, envenenamiento y muertes violentas	2.288	15,8	2.591	19,1
2	Enfermedades del corazón y aparato circulatorio	1.855	12,8	1.719	12,7
3	Enfermedades infecciosas intestinales	1.523	10,5	1.390	10,3
4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.150	7,9	1.140	8,4
5	Tumores malignos	974	6,7	901	6,6
	Las demás causas	6.681	46,2	5.800	42,8
	Total	14.471	99,9	13.541	99,9

Fuente: Tabulaciones SINEVI, 1982 (Sistema Nacional de Estadísticas Vitales). Tabulaciones preliminares, 1984.

CUADRO 4

Casos notificados de enfermedades prevenibles por vacunación, Nicaragua, 1980-1984.

Enfermedades	No. de casos en:				
	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	21	45	0	0	0
Tos ferina	2.469	1.935	313	97	60
Sarampión	3.784	224	226	112	153
Difteria	5	2	2	4	0
Tétanos	89	132	109	9	195

Fuente: Ministerio de Salud, Lineamientos de Políticas de Salud. Plan de Actividades, 1985.

muerte si se agregan las defunciones por otras formas de tuberculosis que produjeron 38 casos en 1983 y 42 en 1984. Si se estudian las cinco primeras causas de defunción se observa que prácticamente no hubieron diferencias significativas entre 1983 y 1984 (cuadro 3). En ambos años se mantienen los accidentes, los envenenamientos y las muertes violentas (15,8 y 19,1%), las enfermedades del corazón y aparato circulatorio (12,8 y 12,7%) y las enfermedades infecciosas intestinales (10,5 y 10,3%), seguidas de las afecciones originadas en el período perinatal (7,9 y 8,4%) y de los tumores malignos y benignos (6,7 y 6,6%).

Morbilidad

Dentro de las enfermedades prevenibles por inmunización se aprecia una sensible disminución de casos notificados de tos ferina y sarampión. No ha habido casos notificados de difteria desde 1984 y de poliomiélitis desde 1982, respectivamente (cuadro 4).

La desnutrición proteinoenergética representa un serio problema. Los datos más recientes de que se dispone son de 1977, los cuales indicaban una prevalencia del 67,8% de desnutrición en menores de 6 años. En la actualidad se realizan nuevos estudios y se trabaja en la implantación, a nivel nacional, de un sistema de vigilancia nutricional. Por otra parte, la atención institucional del parto ha sido también preocupación permanente en los planes de salud del período. La cobertura de partos institucionales se aproximaba al 40% en 1984.

Dos graves problemas afectaron a la vida nacional y a la salud: el primero se refiere a la guerra cuyos efectos deletéreos sobre la salud de la población ya se señalaron. El segundo problema fueron las inundaciones de 1982 provocadas por el paso del huracán Aleta. Estimaciones de la CEPAL sobre la base de cifras oficiales indican que los daños directos al sector salud alcanzaron a US\$15 millones, en tanto que los daños totales a la economía ascendieron a \$356 millones.

Sistema de salud

En agosto de 1979 se creó el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) que integró a las 23 instituciones relacionadas con la salud existentes en ese momento. El sistema fue el punto de partida para el establecimiento de un plan racional de salud en términos organizativos. El eje es el Ministerio de Salud, y tiene como bases los siguientes principios: la salud es un derecho de toda la población y una responsabi-

lidad del Estado y del pueblo organizado; los servicios de salud deben tener la máxima accesibilidad geográfica, económica, política y cultural; los servicios deben ser integrales, es decir, deben cubrir la atención al individuo y al medio; el trabajo de salud debe realizarse en equipo; la planificación de las actividades sanitarias es necesaria para racionalizar el uso de los recursos, y la comunidad organizada

debe participar en todas las actividades de salud.

A partir de 1980, para facilitar la administración del sistema, se estructuró una organización basada en el concepto de regionalización, lo que implicó la definición de un nivel de gestión administrativa y un nivel de atención. El máximo nivel de dirección lo constituye el Ministro de Salud, asistido en sus funciones por el Consejo Técnico integrado por el propio ministro y cuatro viceministros: administrativo, de servicios de salud, docencia y desarrollo y de abastecimientos médicos, cada uno con sus respectivas unidades. La extensión de la cobertura de los servicios de salud es indiscutiblemente uno de los mayores logros pues ya en 1980 se había llegado a sectores de población y regiones geográficas que nunca habían sido cubiertas.

En 1982 el Instituto Nacional de Seguridad Social y Bienestar se hizo cargo de los servicios sociales y en 1983 el número de personas cubiertas por la seguridad social era de más de 1 millón; de ellos, el 80,3% correspondía al seguro social y el resto a los programas de bienestar, pensiones especiales y atención a los refugiados.

En 1984 se contaba con 484 unidades de atención primaria, 4.859 camas (1,5 camas por 1.000 habitantes) y los servicios habían proporcionado 6.046 consultas médicas (1,9 por 1.000 habitantes). Existe un gran déficit de camas hospitalarias de corta y larga estancia. Mientras la disponibilidad total de camas se ha incrementado de 4.677 en 1980 a 5.015 en 1985, la tasa de camas por 1.000 habitantes bajó de 1,7 a 1,5 en el mismo período. La capacitación y formación de nuevos recursos humanos para la salud fue un esfuerzo constante, traduciéndose en más y

mejores profesionales año tras año. En 1984 había 2.340 médicos (se incluyeron estudiantes de medicina que trabajaban en el SNUS), 250 odontólogos, 4.593 auxiliares de enfermería y 13.196 personas dedicadas a la atención de salud.

El Ministerio de Salud, a través del Programa de Higiene del Medio, es responsable de la salud ambiental de la población. La provisión de servicios de agua potable y alcantarillado es deficiente. En 1983 el 16,8% de la población urbana y el 9,0% de la rural contaban con sistemas de agua potable, mientras que el 39,5% de la población urbana tenía servicios de alcantarillado.

Los recursos ordinarios del presupuesto general han sido la principal fuente de financiamiento y han alcanzado un 89,6% como promedio. El 10,3% restante correspondió a financiamiento externo. Particular importancia han tenido las donaciones, que en promedio alcanzaron el 6,2% del total del gasto. Los recursos ordinarios asignados al sector salud en el período han variado entre el 13 y el 14% del presupuesto general del país entre 1980 y 1983. El análisis del gasto corriente en términos constantes durante el período, tomando 1980 como índice 100, indicó que hasta 1983 ha habido una leve reducción del gasto y un nuevo incremento en 1984. Al comparar esta situación con la producción de servicios, que llega a su punto más alto en 1983, se observa una racionalización de los gastos, lo que a su vez indicaría que el sistema en su conjunto ha sido más eficiente. En 1984 el gasto aumenta y la producción de servicios disminuye, lo cual refleja los estados de crisis económica y la guerra.



Panamá

Contexto general

Análisis económico, político y social

La economía panameña ha crecido entre 1970 y 1980 al 5,5% anual si se consideran como indicadores los valores del PIB y se utilizan precios constantes de 1970; no obstante, debido a la marcada recesión mundial se ha producido una desaceleración de manera tal que en 1983 el PIB tuvo un crecimiento de apenas 0,2% y en 1984 ese valor fue de 0,0% (a precios de 1970). El país atraviesa por una de las peores crisis economicofinancieras de su historia, agravada por su característica de país de tránsito en el cual convergen las rutas del comercio mundial. La deuda externa, que en 1978 era de US\$1.813,3 millones, en 1984 subió a \$3.600 millones. Este aumento de la deuda absorbe la mayor cantidad de divisas para su servicio, lo que no favorece el mantenimiento de la estabilidad social y económica.

La población económicamente activa representa el 30% del total de la población; a esta desventajosa situación para la producción debe añadirse la deficiente dinámica del sistema económico para asegurar empleo a la mano de obra que se manifiesta en una desocupación del orden del 15%. Este desempleo de tipo estructural y las diversas formas de subempleo han estado asociados a un desplazamiento de la fuerza de trabajo agrícola hacia otros sectores. De acuerdo con el censo de 1980 la población activa en la agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca representó un 31,0%, cifra menor que la registrada en el sector terciario, 46,8%, dentro del cual se concentra una importante proporción en servicios personales, o sea, verdaderos subempleados de baja productividad que en modo alguno podrían ser considerados como indicadores de una modernización de la economía.

En 1984 el 19,4% del total de la población se consideraba postergado. Como parámetros se utilizaron el abastecimiento de agua, la eliminación de excretas y el índice de analfabetismo y los resultados coinciden y se complementan con estudios sobre extrema pobreza realizados con la cooperación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y sobre nutrición realizado con la cooperación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Las regiones que mayores problemas presentaron fueron Bocas del Toro, San Blas, Darién, Chiriquí y Veraguas, en las que se identificaron sectores sanitarios con el 80% de su población completamente postergada.

Características demográficas

En julio de 1984 la población estimada era de 2.134.236 habitantes, con una densidad de 27,7 habitantes por km². En un estudio analítico sobre tendencias de los factores demográficos se llegó a establecer que durante el quinquenio 1975-1980 la tasa bruta de natalidad para el país fue de 31,0 nacimientos por 1.000 habitantes y que en el quinquenio siguiente sería de 28,0. La declinación observada en la natalidad va acompañada de una disminución de la mortalidad, cuya tasa varió de 5,3 a 4,1 por 1.000 habitantes en los mismos quinquenios.

Como consecuencia del carácter de su evolución demográfica, Panamá presenta el perfil de población joven con una mediana de edad de 19,3 años, en que los principales servicios sociales tienen las demandas de una población de menores de 15 años, que en 1984 representaba el 38,7% de la población total. En

1978 el grupo de menores de 1 año era de 3,24% y en 1980 se había reducido a 2,4% con respecto al total de la población. Ese mismo fenómeno se observó en el grupo de 0 a 4 años que del 16,5% del total disminuyó al 12,9%. En contrapartida, la población mayor de 65 años se ha incrementado ligeramente al pasar del 3,7% del total en 1970 al 4,6% en 1980.

Paralelamente al crecimiento poblacional se ha producido una migración hacia zonas urbanas; más de la mitad de toda la población habita en localidades urbanas, concentrándose en la capital y sus alrededores (62,1%), donde no se genera la cantidad suficiente de fuentes de trabajo, con los distintos matices que ello implica más otros aspectos sociales de difícil solución.

Mortalidad

En un estudio reciente realizado por demógrafos panameños con la colaboración del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y apoyados por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de

Población (FNUAP) se analizaron la integralidad de los registros de hechos vitales y la confiabilidad de los datos que se recogen. En cuanto a los primeros, en el período 1975-1980 en la Provincia de Panamá, que tiene más del 50% de la población del país, la omisión del registro de nacimientos fue nula y en 1980 la omisión de defunciones fue del 3,6% con respecto a defunciones estimadas.

En Darién los porcentajes de omisión de nacimientos y de defunciones fueron 39,2 y 84,4% y en Bocas del Toro fueron 12,1 y 38,5%, respectivamente. Para la calidad de los datos uno de los indicadores usados fue el de los porcentajes de defunciones certificadas por médico; en ese sentido se produjeron algunas mejoras de 1970 a 1980 en que se pasó del 57,1 al 77,5%, ganancia obtenida principalmente a expensas del área rural que varió del 35,8 al 56,7%, mientras que en el área urbana se mantenía por encima del 96,0%. Otro elemento indicativo de la calidad de los datos son las defunciones por causa desconocida o mal definida. En este aspecto entre 1970 y 1983 hubo una visible disminución del 18,8 al 9,8%; sin embargo, esta reducción no ocurre uniformemente en el

CUADRO 1
Número de orden de las principales causas de defunción, Panamá, 1971, 1975, 1979 y 1983.

Principales causas (se excluyen las defunciones fetales)	No. de orden ^a			
	1971	1975	1979	1983
Enfermedades isquémicas del corazón	1	3		2
Accidentes, suicidios y homicidios	2	1	2	3
Tumores malignos	3	2	1	1
Neumonía	4	5	7	6
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5	6		8
Enfermedades cerebrovasculares	6	4	3	4
Sarampión	7			
Lesiones al nacer, partos distócicos y y otras afecciones anóxicas e hipóxicas de menores de 1 año	8	7	4	
Bronquitis, enfisema y asma	9	9		10
Tuberculosis en todas las formas	10	11		
Otras causas de mortalidad en menores de 1 año	11	8		
Diabetes mellitus	15	12	10	9
Otras formas de enfermedades del corazón		10		
Infarto agudo del miocardio			5	
Otras enfermedades isquémicas del corazón			6	
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón			8	5
Anomalías congénitas			9	7

^a El número de orden se estableció a partir del cálculo de las tasas por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República de Panamá.

CUADRO 2
Tasa de mortalidad general, infantil, neonatal, posneonatal y materna, por área, provincia y ciudades de Panamá y Colón, Panamá, 1978-1983.

Año	Tasa de mortalidad ^a											
	Lugar de residencia											
	Provincia											
Total	Área		Bocas del Toro		Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas de S. Blas	Ciudad
	Urbana	Rural	Urbana	Rural									Comarca de S. Blas	Panamá Colón
1978	4,1	4,0	4,3	4,8	3,6e	5,5	4,1	2,2	4,6	4,7	3,8	3,9
1979	4,4	4,2	4,5	5,2	4,0e	5,6	4,4	2,1	4,7	4,9	3,9	4,2
1980	4,1	4,1	4,2	4,9	4,0e	5,1	4,3	1,4	4,0	4,7	3,7	4,0
1981	4,0	4,0	3,9	5,9	4,0	5,5	3,8	2,5	3,9	4,5	3,7	4,1
1982	4,0	4,2	3,7	4,5	4,0	5,7	3,8	2,7	3,4	4,2	3,9	4,7
1983	4,1	4,2	3,9	4,7	4,2	5,4	3,8	3,8	3,7	4,5	3,9	4,9
1978	24,4	22,3	26,2	29,2	24,4e	28,0	27,0	18,2	23,7	12,8	24,3	23,0
1979	24,7	21,5	27,7	37,4	26,0e	26,5	27,4	22,4	28,9	19,5	20,8	19,6
1980	21,7	19,4	23,9	37,3	26,3e	20,5	26,0	12,4	23,2	14,2	19,7	16,8
1981	22,3	19,7	24,7	49,4	25,7	17,7	22,6	11,3	25,4	14,4	21,0	16,2
1982	20,0	17,1	22,6	34,9	22,6	14,6	20,6	17,6	22,0	13,4	18,8	12,8
1983	20,4	19,2	21,5	31,0	26,2	13,7	23,3	18,9	23,1	8,6	19,5	18,2
1978	14,1	15,6	12,8	8,6	12,6e	10,6	13,8	6,1	18,4	10,0	16,6	17,3
1979	13,4	14,4	12,5	10,8	13,2e	10,8	13,4	12,8	17,3	9,1	14,3	15,4
1980	12,0	12,7	11,4	7,0	14,3e	9,0	12,7	3,1	13,6	7,4	13,7	14,1
1981	12,6	13,3	11,9	10,5	14,0	9,3	12,4	6,8	18,6	7,8	14,3	13,3
1982	12,2	12,8	11,7	1,0	12,3	7,3	12,5	5,9	18,8	10,1	13,4	11,4
1983	11,5	13,0	10,2	10,2	12,4	6,3	13,9	6,3	18,1	5,9	12,6	13,5
1978	10,3	6,8	13,4	20,5	11,9e	17,4	13,2	12,1	5,3	2,8	7,7	5,7
1979	11,3	7,0	15,2	26,5	12,7e	15,7	14,0	9,6	11,6	10,4	6,5	4,2
1980	9,7	6,7	12,5	30,4	12,0e	11,5	13,2	9,3	9,6	6,7	6,0	5,8
1981	9,7	6,4	12,8	38,8	11,7	8,4	10,2	4,5	6,8	6,5	6,8	13,7
1982	7,8	4,4	10,9	24,9	10,3	7,3	8,1	11,7	3,2	3,4	5,4	4,7
1983	8,9	6,2	11,3	20,8	13,8	7,4	9,4	12,6	5,0	2,6	6,9	3,4
1978	0,9	0,4	1,3	...	0,5e	1,0	1,7	-	1,8	1,4	0,5	0,3
1979	0,7	0,4	1,0	...	1,4e	0,8	0,5	-	1,8	1,3	0,4	0,3
1980	0,7	0,2	1,1	0,4	1,6e	1,2	0,5	1,5	0,4	2,0	0,2	0,1
1981	0,6	0,4	0,8	1,2	1,4	1,1	0,4	1,1	0,5	0,7	0,5	0,2
1982	0,9	0,5	1,2	1,1	2,1	0,6	1,6	2,3	0,9	0,7	0,4	0,3
1983	0,6	0,2	1,0	0,7	0,5	0,4	0,7	2,1	-	0,7	6,3	0,2

^a Excluye defunciones fatales.

^b Tasa por 1.000 habitantes, con base en la estimación de la población al 1 de julio del año respectivo.

^c Tasa por 1.000 nacidos vivos.

^d Tasa por 1.000 nacidos vivos. Defunciones por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

^e Incluye residentes de la Comarca de San Blas.

Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República de Panamá.

CUADRO 3
Las 10 principales causas de defunción para todas las edades, y número de defunciones y tasa por grupo de edad, Panamá, 1983.

Causas	Grupos de edad																	
	Total		< 1 año		1-4 años		5-9 años		10-14 años		15-19 años		20-49 años		50-59 años		60 y más	
	No.	Tasa ^a	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total	8.499	40,7	128	204,3	371	16,8	135	5,0	115	4,4	165	7,0	1.304	16,5	680	56,8	4.601	338,7
Total 10 causas	5.329	25,5	841	152,3	163	7,4	68	2,5	69	2,7	105	4,5	821	10,4	420	35,1	2.842	209,2
Tumores malignos	1.046	5,0	3	0,5	6	0,3	8	0,3	9	0,4	11	0,5	168	2,1	156	13,0	685	50,4
Accidentes, suicidios y otras violencias	1.011	4,8	32	5,8	50	2,3	41	1,5	47	1,8	84	3,6	489	6,2	85	7,1	183	13,5
Enfermedad cerebrovascular	740	3,5	-	-	1	0,0	-	-	2	0,1	2	0,1	67	0,9	59	4,9	609	44,8
Infarto agudo del miocardio	567	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	0,3	66	5,5	478	35,2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	472	2,3	472	85,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otra enfermedad isquémica del corazón	443	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,1	17	1,4	421	31,0
Enfermedad de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	323	1,5	3	0,5	2	0,1	1	0,0	2	0,1	2	0,1	31	0,4	26	2,2	256	18,9
Neumonía	297	1,4	61	11,0	31	1,4	3	0,1	3	0,1	5	0,2	17	0,2	9	0,8	168	12,4
Anomalías congénitas	216	1,0	184	33,3	17	0,8	5	0,2	4	0,2	1	0,0	5	0,1	-	-	-	-
Infección intestinal mal definida	214	1,0	86	15,6	56	2,5	10	0,4	2	0,1	-	-	16	0,2	2	0,2	42	3,1
Las demás causas	3.170	15,1	287	52,0	208	9,4	67	2,5	46	1,8	60	2,6	483	6,1	260	21,7	1.759	129,5

^a Tasa calculada por 10.000 habitantes del grupo correspondiente.

Fuente: Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

país y existen grandes variaciones de una provincia a otra. En el área urbana el porcentaje se mantuvo alrededor del 2,0% y en el área rural varió del 25,4 al 18,7%, descenso que debe tomarse con reservas ya que existe un subregistro apreciable.

La mortalidad general ha disminuido de 7,3 por 1.000 habitantes en 1964 a 5,3 en 1975 y a 4,1 en 1983. El descenso de las tasas es más acusado entre 1971 y 1975 (1,5 por 1.000 habitantes) que entre 1976 y 1983, en que la tasa se redujo en un 0,9. Este hecho apunta el inicio de una etapa estacionaria de la mortalidad general, compatible con la transición demográfica. Las diferencias muy marcadas entre mortalidad urbana y rural se han ido reduciendo gradualmente.

En cuanto a la evolución de las principales causas de defunción certificadas por médico durante el período 1971-1983, en este último año las enteritis y otras enfermedades diarreicas vuelven a aparecer dentro de las 10 primeras causas. En 1975 las enfermedades entéricas se encuentran en el sexto lugar y la tuberculosis en el decimoprimer lugar (cuadro 1).

La esperanza de vida al nacer en 1970 alcanzaba los 65,2 años, lo cual ubicaba a Panamá como el quinto país en América Latina con más alta espe-

ranza de vida; sin embargo, en Darién solo alcanzó 49,6 años y en la Provincia de Panamá 71,4 años. En 1980 la esperanza de vida al nacer fue de 70,1 años para el país, 57,7 para Darién y 74,4 para la Provincia de Panamá. Se anticipa que aumentará a 73,3 años en el período 1995-2000 y que será más uniforme pues la diferencia entre los valores extremos se reducirá a 10,5 años. También es importante señalar que los mayores logros se darán en las áreas con menos esperanza de vida actualmente tan solo reduciendo su elevada tasa de mortalidad infantil.

En el cuadro 2 se resumen los datos de mortalidad general y sus componentes y tendencias entre 1978 y 1983. Se advierte que aunque en general ha habido una tendencia estacionaria, esta tiene grado variable según la provincia: la mortalidad infantil ha tenido una tendencia oscilante en Bocas del Toro, especialmente en su componente posneonatal.

La estructura de la mortalidad general en 1983 y principales causas de defunción se presentan en el cuadro 3. Se advierte que a pesar de la reducción observada en la mortalidad infantil, esta sigue teniendo gran peso en la mortalidad general, causada ahora por diferentes patologías.

Estado de salud

Salud del niño

La información disponible en materia de morbilidad en 1983 proviene de las instituciones públicas del sector salud; en el grupo de edad de 0 a 14 años se realizaron 1.150.942 consultas, con una concentración de 3,4 consultas por persona y una cobertura del 41,8% de la población. Los trastornos respiratorios fueron la causa más importante. Esta patología no parece determinar la muerte ya que si se observa el indicador mortalidad aparecen como causa principal para los menores de 1 año el grupo de afecciones originadas en el período perinatal; para los de 1 a 4 años las infecciones intestinales y para los de 5 a 14 años los accidentes y demás causas externas. La morbilidad por enfermedades diarreicas fue de 182,5 casos por 1.000 niños menores de 5 años (50.149 casos), con una tasa de hospitalización del 8,0%.

Entre las enfermedades prevenibles por inmunización, el sarampión y el tétanos neonatal siguen siendo motivo de preocupación pues en 1983 y 1984

ocurrieron 595 y 358 casos de sarampión y 10 y 8 casos de tétanos neonatal, respectivamente. Las ocurrencias de casos quedaron restringidas en términos geográficos lo cual facilitará su control en el futuro. En los últimos años las coberturas de vacunación se han incrementado significativamente en los menores de 1 año; en 1983 se vacunó al 64,3% con la vacuna antipoliomielítica, al 64,7% con DPT, al 70,8% con la antisarampión y al 88,1% con la BCG.

Salud del adulto

El grupo de 20 a 64 años representa en Panamá más de la mitad de la población total, y es en este grupo en el que se produce una mortalidad del 33,7% de los hombres y del 27,5% de las mujeres. En términos relativos las defunciones dentro de este grupo respecto al total nacional representaron el 27% en 1982. El análisis de las causas específicas de defunción reveló que en 1982, para el subgrupo de 20 a

49 años las muertes violentas fueron la primera causa, los tumores malignos la segunda y las enfermedades cardiovasculares la tercera. En el subgrupo de 50 a 64 años los tumores ocuparon la primera causa de mortalidad, las enfermedades cardiovasculares la segunda y las violencias la tercera.

Del análisis de los problemas presentados por los jóvenes de 15 a 19 años en lo que a la atención ambulatoria se refiere se advirtió la presencia marcada de los accidentes y traumatismos como primera causa, seguida por las infecciones respiratorias agudas. Al examinar las causas de egresos hospitalarios el cuadro es completamente diferente dado que las causas relacionadas con el embarazo, el parto y sus complicaciones son responsables del 82,3% de las hospitalizaciones en ese grupo de edad.

Entre las principales causas de egresos hospitalarios de 1981 aparecieron los partos normales y las causas obstétricas directas, que asociadas representaron el 30% de las hospitalizaciones en el país. A pesar del subregistro que significa el analizar el número de abortos a partir del egreso, llama la atención que esta causa ocupe el séptimo lugar como causa de hospitalización con el 3,1% del total (cuadro 4).

Se estimó que en 1983 la atención prenatal proporcionada por los servicios públicos de atención cubrió el 65,5% de las mujeres embarazadas. Respecto a la organización de la atención brindada la concentración fue de 3,9 consultas, variando de 2,5 en Darién a

6,3 en Los Santos. El 24,0% de las mujeres embarazadas acuden por primera vez a los servicios de salud durante el primer trimestre del embarazo, el 31,2% durante el segundo y el 44,8% durante el tercero. Esto demuestra la limitada capacidad de prevenir enfermedades del embarazo, la muerte materna y los partos de alto riesgo. En 1983 la cobertura con toxoide tetánico fue del 36,1%. En ese mismo año la atención profesional al parto cubrió al 83,3% del total de partos ocurridos; la tendencia al incremento de esa atención parece estar relacionada con el escaso pero constante descenso de la mortalidad materna que llegó a 0,6 por 1.000 nacidos vivos en 1983.

Salud del anciano

El grupo de 65 años y más se ha ido incrementando con respecto al total de la población del 3,7% en 1970 al 4,6% en 1980. Por otra parte, en este grupo aumentaron las muertes respecto al total de defunciones del 30,2% en 1970 al 44,2% en 1982, lo que podría explicarse en parte por el incremento en la esperanza de vida.

Los rubros de enfermedad isquémica del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares son los que más contribuyen a la mortalidad de este grupo.

CUADRO 4
Principales causas de egresos hospitalarios, Panamá, 1981, 1977 y 1973.

Causas	1981		1977		1973	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Total	124.497	100,0	113.560	100,0	87.066	100,0
Parto normal	26.583	21,4	29.212	25,7	24.541	28,2
Causas obstétricas directas	10.721	8,6	7.899	7,0	5.381	6,2
Traumatismos y envenenamientos	10.715	8,6	9.293	8,2	5.817	6,7
Neumonías	5.666	4,6	4.453	3,9	3.238	3,7
Infección intestinal mal definida	5.383	4,3	4.360	3,8	2.545	2,9
Bronquitis, enfisema y asma	4.726	3,8	2.895	2,5	1.745	2,0
Abortos	3.939	3,1	3.901	3,4	3.197	3,7
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	2.184	1,8	2.406	2,1	1.381	1,6
Tumores malignos	2.063	1,7	1.657	1,5	1.198	1,4
Hernia de la cavidad abdominal	1.899	1,5	1.911	1,7	1.676	1,9
Las demás causas	50.618	40,6	45.573	40,2	36.347	41,7

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadística.

Sistema de salud

El plan de desarrollo económico y social para el decenio de 1980 señala la importancia de impulsar las políticas destinadas a proveer el pleno empleo, la producción interna de bienes de consumo básicos y la reducción de desigualdades. El Gobierno de Panamá diseñó un plan para mejorar y desarrollar cuantitativa y cualitativamente la oferta de servicios de salud sobre la base de la estrategia de atención primaria. Además, se llevan a cabo actividades para continuar negociando el Plan de Necesidades Prioritarias de Centro América y Panamá, para lo cual el sector salud creó una serie de grupos que propusieron soluciones y plantearon proyectos que fueron incorporados en el plan. Panamá participó en las reuniones del Grupo de Contadora y de Ministros de Salud de Europa, donde se obtuvo respaldo para la ejecución y financiamiento del Plan.

El sector salud está conformado por los subsectores público y privado. En el primero, el organismo máximo es el Ministerio de Salud que fija y conduce las políticas del sector. Además, la Caja de Seguro Social, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y la Dirección Metropolitana de Aseo constituyen el nivel normativo superior. Los niveles operativos están representados por los niveles nacionales, regionales, subregionales o de área sanitaria y el nivel operativo local. El segundo subsector—hospitales, clínicas y consultorios particulares—tiene una cobertura de alrededor del 15% y es importante porque aglutina al grupo económicamente más activo.

La cobertura de servicios se ha incrementado de manera espectacular. En 1973 había 65 centros de salud y 96 subcentros de salud; en 1983 ya había 461 y 119, respectivamente. En adición a esto, se instalaron 229 puestos de salud que no existían en 1973.

El sistema hospitalario está constituido por 33 hospitales del sector público que en 1973 contaban con 4.590 camas; en 1983 se había aumentado a 6.733 camas. El sector privado contaba con 433 camas en 1973 y 754 camas en 1983. Estos recursos se distribuían entre la capital donde se concentra el 52,4% del recurso cama, y las provincias del país donde hay por lo menos un hospital por provincia con su correspondiente red de centros, subcentros y puestos de salud que resuelven los problemas de salud de la población según su complejidad. Sin embargo, la red de servicios, tanto en la estructura como complejidad, no obedece a la nueva patología; es antigua, consume gran cantidad de recursos y

adolece de fallas en el funcionamiento del sistema de referencia. Por esta razón el ministerio ha iniciado un estudio, en colaboración con la OPS, destinado a recabar información que permita tomar decisiones con respecto a su crecimiento futuro y modernización.

En el período 1973-1983 se registraron cambios que revelan una mayor eficiencia y productividad de los servicios de salud. La atención profesional del parto fue de 68,9% en 1973 y de 83,3% en 1983. La proporción de muertes certificadas por médicos en 1973 fue del 62,4% y en 1983 subió al 79,0%.

En todo el país en 1983 había un 70% de la población cubierta con consulta médica (1.472.796 habitantes) en el primer nivel de atención, pero en ciertas regiones como San Blas, Veraguas y Panamá Este se presentaron problemas al respecto; el resto de las regiones tuvieron cerca de un 70% de cobertura en el primer nivel de atención, excepto las regiones de Azuero, Metropolitana y Panamá Oeste con un 90% de cobertura. Se observó en forma casi sistemática que cuanto más postergada estaba la población más bajas eran las coberturas, con excepción de algunos sectores de las regiones Metropolitana, Chiriquí, Azuero, Colón y Panamá Oeste. De igual manera, a aquellas áreas corresponde la menor asignación de recursos y el ingreso per cápita más deficiente.

En 1983 la producción de consultas totales médicas en el país fue de 4.865.397, de las cuales el 81,8% fueron consultas de medicina general y el 18,2% de medicina especializada. La productividad del recurso médico en dichos establecimientos, medida a través de la consulta médica por hora, fue de 3,4 (de una productividad esperada de 5 como norma establecida para este recurso), la cual no tuvo significativa variabilidad según las regiones. La producción de consultas odontológicas en las diferentes unidades fue de 912.247 consultas, con una productividad de 1,6 a nivel nacional (de una productividad esperada de 3 como norma); la variabilidad de la misma sí tuvo relevancia, ya que en regiones como Darién, Panamá Oeste y Colón fue de 0,3, 0,9 y 1,1, respectivamente.

El acceso al segundo nivel se analizó midiendo la demanda que la población tuvo de la cama hospitalaria. El resultado mostró que a nivel nacional la población demandó 9,1 egresos por 100 habitantes. Las regiones que tuvieron más baja demanda fueron San Blas (2,9%) y Darién (5,4%) y las de más alta demanda fueron Panamá Metropolitano (10,9%), Pa-

namá Este (10,8%) y Azuero (9,8%). En 1983 se produjeron 181.002 egresos de 6.065 camas disponibles en 54 establecimientos, con un rendimiento de 27 egresos por cama y un promedio de 8,6 días de estancia.

La organización del sector salud se asienta sobre la base de que la salud pública será provista en forma integrada, funcional y operativa y que tal integración debe alcanzarse por aproximaciones sucesivas. Además de esta integración institucional, la estrategia fundamental utilizada por los servicios de salud desde hace más de una década es el fomento de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas, para lo cual se estipula el aporte de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud. El servicio integrado opera en forma regionalizada y con una marcada desconcentración; la responsabilidad de la programación y entrega de servicios recae en el nivel regional.

En 1983 los gastos de funcionamiento e inversión en el sector salud fueron de \$195,1 millones que representó el 10% del PIB; los gastos en servicios de atención a las personas fueron el 6,0% del PIB; de estos, los gastos de funcionamiento fueron el 5,1%. Hasta principios del decenio de 1980 ha existido cierta holgura para la inversión en aspectos sociales. La situación, sin embargo, ha cambiado, y cada vez se ha hecho más difícil la asignación de recursos a un sector teóricamente improductivo. Consecuentemente, deben esperarse a corto y mediano plazo ajustes en las asignaciones, en proporción directa al comportamiento del PIB y los ingresos del Estado. En el decenio se produjo un incremento real del 38% en cuanto al gasto nacional per cápita en salud de la

Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. En 1973, la Caja de Seguro Social dedicó el 64% de su presupuesto a servicios personales y bajó en 1983 al 47%; no obstante, los servicios no personales se comportaron a la inversa ya que pasaron del 4% en 1973 al 13% en 1983. El Seguro Social tiene una alta participación en los gastos de materiales y suministros y fundamentalmente en medicamentos y otros insumos médicos, los cuales representaron un 30% del total del gasto en 1973 y un 32% en 1983; esto significa que entre personal y suministros utilizó en 1983 el 92%. En cambio, el 72% del presupuesto del Ministerio de Salud se gasta en personal y el 17% en suministros y medicamentos.

En lo concerniente a recursos humanos la información recogida en 1985 para el perfil de los proyectos de capacitación de personal que debía presentarse en el Plan de Necesidades Prioritarias de Centro América y Panamá reveló que el sector salud tiene 30.540 funcionarios, de los cuales 6.917 técnicos y 5.033 empleados administrativos corresponden al Ministerio de Salud, y 10.111 técnicos y 5.557 empleados administrativos trabajan en la Caja de Seguro Social. En otras instituciones de salud labora el resto del personal.

El 52% de los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social es personal técnico (médico y paramédico) y el 48% es administrativo. El crecimiento de este recurso ha sido muy marcado en el período 1973-1983, especialmente en la Caja de Seguro Social; de acuerdo con los datos presentados en un seminario sobre financiamiento de los servicios de salud, realizado en 1985, el personal de la Caja creció un 398% entre 1960 y 1970 y un 169% entre 1970 y 1980.

Paraguay

Contexto general

Análisis económico y social

Durante el decenio de 1970 el comportamiento de la economía nacional se caracterizó por una etapa de auge con un ascenso de ciertos estratos sociales a niveles más altos, inversión en construcciones lujosas, establecimiento de un consumo de artículos suntuarios, fortalecimiento de operaciones financieras y transacciones comerciales con altas tasas de retorno, y un aumento de la fuga de capitales en busca de inversiones seguras en el extranjero aprovechando altas tasas de interés. Este comportamiento fue insuficiente para generar un proceso dinámico de reinversiones productivas con un aumento significativo del empleo y una distribución del producto más equitativa.

Las inversiones de las plantas hidroeléctricas de Itaipú y de Yacyretá fueron principalmente el agente catalizador. La tasa de crecimiento del PIB se elevó al 10,7% en 1979 y al 11,4% en 1980. Las inversiones de Itaipú alcanzaron su punto máximo en 1981 y descendieron en 1982; las de Yacyretá continuaron demoradas. La economía nacional se vio afectada negativamente por la recesión económica mundial y por las abruptas devaluaciones cambiarias de los países vecinos, lo que se agravó con la inundación ocurrida en 1983. La tasa de crecimiento de la economía bajó al 8,5% en 1981 y tuvo un crecimiento negativo de -2% en 1982 y de -3,9% en 1983. En 1984 se inició la recuperación económica; el PIB creció en un 2,9% y se espera que en 1985 el aumento haya sido de cerca del 4,5% debido principalmente al sector agrícola que es el más dinámico. La producción agraria ha aumentado de manera notable, en

especial el algodón, la soja, el trigo y otros, a pesar de la disminución de los precios internacionales de estos productos. No obstante, el PIB por habitante ha permanecido prácticamente estancado de 1981 a 1984. La mencionada crisis económica ha repercutido desfavorablemente en el nivel de inversiones que se redujo a partir de 1981, en algunas construcciones que se paralizaron, en el abastecimiento de algunos insumos y servicios importantes y en el estado nutricional de los preescolares.

Características demográficas

Durante los últimos decenios el crecimiento acumulativo de la población paraguaya ha sido de alrededor del 2,6% anual (1.819.103 en 1962, 2.357.955 en 1972 y 3.035.360 en 1982); se espera que en 1992 la población suba a 3.880.444 habitantes y en el año 2000 a 4.696.941. El crecimiento ha sido más acelerado en los Departamentos de Alto Paraná y de Canindeyú, en los cuales alcanzó el 11,14 y el 9,13% anual acumulativo, respectivamente. En contraste, en la Región Occidental o Chaco se ha producido una reducción acumulativa del 2,5% anual, atribuible a migraciones internas hacia la Región Oriental, provocadas principalmente por las inundaciones, las fuentes de trabajo y las condiciones de vida.

La urbanización ha venido aumentando progresivamente del 34,6% en 1950 al 42,8% en 1982, pero el país sigue siendo predominantemente rural con el 57,2% de la población clasificada como tal. La mayor parte de la población urbana en 1982 se concentraba

en Asunción (457.210 habitantes) y en el Departamento Central (296.290 habitantes), cuya población conjunta representó el 34,8% de la población total y el 58% de la población urbana. En el decenio 1972-1982, la urbanización cobró especial dinamismo en el Departamento de Alto Paraná donde alcanzó un crecimiento acumulativo del 18,48% anual, emergiendo como importante polo de desarrollo por su vinculación con la planta hidroeléctrica de Itaipú, por su potencial económico y por su posición geográfica; también fue dinámica la urbanización en el Departamento de Canindeyú donde alcanzó un crecimiento acumulativo del 15,26% anual. Los restantes centros urbanos intermedios, que son las capitales de los departamentos y que tienen una alta ponderación dentro del total de la población departamental, han tenido un crecimiento muy lento.

El índice de alfabetismo ha venido mejorando progresivamente del 79,8% en 1972 al 86,6% en 1982, y es más elevado en hombres que en mujeres aunque su crecimiento ha sido más acelerado en estas últimas. Con relación a su distribución geográfica, es del 92,0% en áreas urbanas y del 82,2% en las rurales. En cuanto a vivienda, de acuerdo con el censo nacional de población y viviendas de 1982, el 26,4% de las viviendas disponía de servicios sanitarios con arrastre de agua (9,6% conectado a la red pública y 16,8% a otro sistema de desagüe) y el 70,5% disponía de letrinas (15,1% de tipo municipal o con plancha de loza y 55,4% de tipo común o madera).

La población es joven pero en vías de envejecimiento, como consecuencia de una alta natalidad en proceso de reducción y de una mortalidad en descenso. Los jóvenes y adultos de 15 a 64 años aumentaron del 51,2% en 1972 al 54,3% en 1982 y los ancianos del 4,0 al 4,7%, a expensas del grupo de

niños menores de 15 años que se redujeron del 44,8% al 41,0%.

Todo lo anterior implica mayores necesidades de servicios de salud—especialmente los orientados a los adultos y personas de edad avanzada—sobre todo en las áreas urbanas y para atender patologías crónicas y degenerativas, así como accidentes, cuyos costos son elevados y crecientes.

Mortalidad

Existe un importante subregistro de la mortalidad que ha venido reduciéndose progresivamente; se estima que de un registro del 61,3% del total de las defunciones ocurridas en 1981 se elevó al 66,8% en 1984. Igualmente ha ido en aumento la proporción de defunciones con asistencia médica, que del 45,4% de las defunciones registradas en 1981 pasó al 58,3% en 1984.

La tasa de mortalidad general (cuadro 1) aparentemente ha aumentado de 6,3 por 1.000 habitantes en 1981 a 6,6 en 1984, con un crecimiento del 4,8% en el período considerado. No obstante, debe aclararse que la tasa de 6,3 de 1981 está subestimada, por una sobreestimación de la población de 1981, que se corrigió a partir de 1982 con base en el censo de ese año. Con relación a la mortalidad corregida de 1981, que fue de 6,9 por 1.000, se observa una reducción del 4,3% en 1984, y se espera una reducción sostenida hasta descender a 5,2 en el año 2000. La proporción de mortalidad por grupos de edad presentó una decreciente participación de las defunciones de niños menores de 1 año, del 21,3% del total de defunciones en 1981 al 19,9% en 1984, lo cual refleja la

CUADRO 1

Número, proporción y tasa de defunciones por grupos de edad, Paraguay, 1981-1984.

Grupo de edad	Defunciones											
	No.				%				Tasa por 1.000 habitantes			
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984
Total	12.603	12.308	13.507	14.106	100	100	100	100	6,3	6,4	6,7	6,6
< 1 año	2.688	2.570	2.688	2.808	21,3	20,9	19,9	19,9	59,0	51,2	51,0	49,8
1 a 4 años	948	937	985	1.120	7,5	7,6	7,3	7,9	4,2	3,8	3,8	4,1
5 a 14 años	336	351	366	395	2,7	2,8	2,7	2,8	0,6	0,7	0,7	0,7
15 años y más	8.631	8.450	9.468	9.783	68,7	68,7	70,1	69,4	7,5	7,7	8,1	8,0

Fuente: Departamento de Bioestadística.

creciente prioridad asignada a este grupo por los servicios de salud. Se registró un descenso del 16% de la mortalidad infantil en el período considerado y un aparente incremento de la mortalidad en los restantes grupos de edad. Debe recalcar nuevamente que las tasas de mortalidad de 1981 están subestimadas en un 10%, por una sobreestimación de la población de esa magnitud.

La estructura de la mortalidad por causas (cuadro 2) también señaló cambios significativos en el período considerado; entre ellos se destacan: la consolidación de las enfermedades del corazón y de la enfermedad cerebrovascular en el primer y segundo lugar; el ascenso del cáncer del cuarto al tercer lugar, de los homicidios del octavo al séptimo lugar, de las deficiencias nutricionales del décimo al noveno y de la hipertensión arterial del undécimo al octavo; el descenso de la diarrea del tercero al cuarto lugar y de la tuberculosis del séptimo al décimo y la persistencia de las infecciones respiratorias agudas y de los accidentes como importantes causas de defunción en el quinto y sexto lugar. Estos cambios se deben al creciente control de las enfermedades transmisibles

lo cual reduce su ponderación, al envejecimiento de la población que incrementa la participación de las enfermedades crónicas y degenerativas propias de los adultos y de los ancianos, y a cambios culturales que inciden en la frecuencia y gravedad de accidentes y violencias.

Se espera que como consecuencia de la persistencia del envejecimiento de la población, de la urbanización, de la creciente eficacia de los programas de control de las enfermedades infecciosas y de la evolución cultural como corolario de la urbanización, industrialización y tecnificación, estos cambios en la estructura de la mortalidad se incrementen en el futuro produciendo una mayor participación relativa de las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, los accidentes y violencias, la hipertensión arterial y otras crónicas y degenerativas. Ahora bien, por requerir estos cambios más servicios de salud de complejidad y costos crecientes para la detección, diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, irán aparejados de un aumento de las necesidades financieras del sector y de su participación en los gastos del sector público.

Estado de salud

Salud del niño

La salud de los menores de 1 año ha venido mejorando satisfactoriamente. La mortalidad ha descendido de 59,0 por 1.000 en 1981 a 49,8 en 1984, con una reducción acumulativa del 5,5% anual.

La tasa de mortalidad infantil de 37,2 en Asunción en 1984 fue mucho más baja que la de 52,5 del interior del país, y su ritmo de 25,5% de reducción de 1981 a 1984 fue mucho más acelerado que el de 14,3% del interior; esto permite prever el ensanchamiento futuro de la brecha y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los servicios con énfasis en los del interior.

Las principales causas de defunción infantil incluyeron las diarreas, la neumonía y las lesiones debidas al parto y asfixia posnatal, que en conjunto constituyeron el 46,1% del total en 1981 y el 40,6% en 1984.

La mortalidad neonatal no presentó diferencias significativas en las tasas ni en el ritmo de reducción según área geográfica. La tasa descendió de 25,1 por 1.000 nacidos vivos en 1981 a 20,1 en 1984, con una reducción acumulativa del 7,2% anual durante el período considerado. Sus principales causas fueron las lesiones debidas al parto, la prematuridad y las

infecciones del recién nacido, que en conjunto constituyeron el 60,3% del total en 1981 y el 55,2% en 1984.

La mortalidad infantil tardía constituyó el mayor componente de la mortalidad infantil, con una proporción de casi el 60% del total y un descenso acumulativo del 4,3% anual equivalente al 12% durante el período considerado. Esta mortalidad, debida principalmente a factores extrínsecos dependientes del ambiente, presentó significativas diferencias según área geográfica, tanto en su nivel como en su dinamismo. Así, mientras en Asunción descendió de 24 por 1.000 en 1981 a 17 en 1984 con una reducción del 29,2%, en el interior del país bajó de 36,5 por 1.000 en 1981 a 32,4 en 1984 con una reducción del 11,2%; esto indica la necesidad de mejorar las condiciones de vida en el interior.

La estructura por causas de la mortalidad infantil tardía ha venido cambiando y sus principales características durante el período considerado fueron las siguientes: las diarreas y la neumonía se conservaron en el primero y segundo lugar como causas de defunción, ocasionando el 48,5% de todas las defunciones en 1981 y el 40,8% en 1984; la desnutrición, con una tasa prácticamente constante de 1,6 por 1.000, ascendió del cuarto al tercer lugar como causa de defunción; las infecciones del recién nacido descendieron del tercero al cuarto lugar por una reducción signifi-

CUADRO 2
Estructura de la mortalidad general según sus principales causas, Paraguay, 1981-1984. Porcentajes y tasas por 100.000 habitantes.

	No.		%					Tasa por 100.000 habitantes					No. de orden			
	1981	1982	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984	1981	1984
Mortalidad general																
Principales causas																
Total	12.603	12.308	13.507	14.106	9.978	9.653	10.570	10.791	630	640	670	640	670	660	1	1
Enfermedades del corazón	1.464	1.558	1.779	1.850	14,7	16,1	16,8	17,1	73,1	81,2	87,6	81,2	87,6	87,1	2	2
Enfermedad cerebrovascular	1.091	1.062	1.216	1.190	10,9	11,0	11,5	11,0	54,5	55,4	59,4	55,4	59,4	56,0	3	4
Diarrea	1.023	823	873	864	10,2	8,5	8,3	8,0	51,1	42,9	43,0	42,9	43,0	40,7	4	3
Cáncer	974	994	1.024	936	9,8	10,3	9,7	8,7	48,6	51,8	50,4	51,8	50,4	44,1	5	5
Neumonía y gripe	654	570	674	776	6,5	5,9	6,4	7,2	32,7	29,7	33,2	32,2	33,2	36,5	6	6
Accidentes	605	618	618	627	6,1	6,4	5,8	5,8	30,2	32,2	30,4	32,2	30,4	29,5	7	10
Tuberculosis	200	171	198	178	2,0	1,8	1,9	1,6	10,0	8,9	9,7	8,9	9,7	8,4	8	7
Homicidios	183	157	162	204	1,8	1,6	1,5	1,9	9,1	7,9	8,0	7,9	8,0	9,6	9	11
Arteriosclerosis	155	177	172	130	1,6	1,2	1,6	1,2	7,7	6,1	8,5	6,1	8,5	6,1	10	9
Deficiencias nutricionales	141	154	168	191	1,4	1,6	1,6	1,8	7,0	8,0	8,3	8,0	8,3	9,0	11	8
Hipertensión arterial	136	138	176	204	1,4	1,4	1,7	1,9	6,8	7,2	8,7	7,2	8,7	9,6	12	12
Tétanos	107	106	100	95	1,1	1,1	0,9	0,9	5,3	5,5	4,9	5,5	4,9	4,5	13	13
Suicidios	45	50	61	54	0,4	0,5	0,6	0,5	2,2	2,6	3,0	2,2	3,0	2,5	14	14
Sífilis	6	10	17	18	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,8	0,3	0,8	0,8	-	-
Restantes causas	3.194	3.129	3.332	3.474	32,0	32,5	32,5	32,2	159,4	163,0	164,0	163,0	164,0	163,6	-	-
Mal definidas	2.625	2.655	2.937	3.315	-	-	-	-	131,0	138,4	144,6	138,4	144,6	156,1	-	-

a Proporción en relación al subtotal de las defunciones por causas bien definidas.

Fuente: Departamento de Bioestadística.

cativa de su tasa específica; las enfermedades infecciosas y parasitarias se conservaron en el quinto lugar; la prematuridad cedió su sexto lugar al sarampión al descender al séptimo lugar por una reducción de su tasa específica, y por último, el tétanos y la tos ferina conservaron el octavo y noveno lugar como causas de mortalidad infantil tardía.

La salud de los niños de 1 a 4 años se ha mantenido relativamente estacionaria durante el período 1981-1984, si bien la tasa de mortalidad de este grupo aparentemente ha aumentado (cuadro 1). No cabe duda de la necesidad de incrementar la prioridad de este grupo para poder alcanzar la meta de reducirla por lo menos 2,4 por 1.000 en el año 2000. Las principales características de la mortalidad de este grupo fueron las siguientes: las diarreas y la neumonía conservaron el primero y segundo lugar, con una proporción conjunta del 53,1% del total en 1981 que descendió al 49,5% en 1984; la desnutrición subió del cuarto al tercer lugar por un incremento de su tasa específica que podría relacionarse con la crisis económica del período y con la baja prioridad relativa de este grupo; los accidentes descendieron del tercero al cuarto lugar a pesar de un aparente incremento de su tasa específica, y el sarampión ascendió del sexto lugar en 1981 al quinto en 1984, a expensas de la meningitis no meningocócica que descendió del quinto al sexto lugar; otras causas significativas fueron la bronquitis, la gripe, las parasitosis intestinales y las enfermedades prevenibles por inmunización.

La proporción del 9,4% de defunciones por deficiencias nutricionales en este grupo revela la necesidad de fortalecer el programa de nutrición y de aumentar la atención de los lactantes y preescolares en riesgo de desnutrición.

Conviene señalar aquí los niveles alcanzados en la cobertura de inmunización de los grupos prioritarios—menores de 1 año y gestantes—con dosis recomendadas de vacunas o antígenos contra las principales enfermedades inmunoprevenibles, que superaron el 60% en todos los casos en 1984 y en el caso de la BCG llegó al 80% (cuadro 3). Además, el dinamismo o grado de expansión de la cobertura fue altamente satisfactorio, ya que durante el período de 1981 a 1984 el crecimiento acumulativo de la cobertura de inmunización en todos los casos superó el 20% anual y en el caso de la vacuna antisarampiónosa llegó al 55,7%. Mediante la campaña nacional de inmunizaciones se obtuvo una amplia movilización de recursos en los programas de extensión de la cobertura de los servicios y en los controles gerenciales trimestrales de la marcha del programa.

El grupo de escolares de 5 a 14 años registró sólo del 2,7 al 2,8% de la mortalidad total y la tasa de mortalidad fue de 0,7 por 1.000 de 1981 a 1984 (cuadro 1). Las principales características de la mortalidad de este grupo fueron: el descenso de las diarreas y de la neumonía del primero al segundo lugar y del segundo al cuarto lugar como causas de defunción; el ascenso de los accidentes y de los tumores del tercero al primer lugar y del cuarto al tercero, y el

CUADRO 3

Cobertura de grupos prioritarios vacunados con dosis recomendadas según tipo de vacuna, crecimiento acumulativo anual y proyección a 1990, Paraguay, 1981-1984.

Tipo de vacuna	Cobertura de vacunación								Crecimiento acumulativo anual %	Proyección 1990
	No.				%					
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984		
Menores de 1 año										
BCG	46.931	53.222	57.113	85.962	42,4	46,7	54,5	80,0	23,57	97,6
DPT	30.399	38.943	46.904	71.493	27,5	34,1	44,7	66,5	34,22	92,8
Antipoliomielítica	28.852	44.371	49.622	72.889	26,1	38,9	47,3	67,8	37,47	93,9
Antisarampiónosa	18.226	29.962	38.705	66.547	16,4	26,5	36,9	61,9	55,70	92,1
Gestantes										
Toxoide tetánico	44.245	56.513	62.387	83.434	33,8	45,3	54,4	70,9	28,01	94,4

Fuente: Evaluación del PAI.

mantenimiento de la desnutrición, el tétanos, el sarampión, la tuberculosis y las parasitosis como causas significativas de defunción. Especial atención merece el vertiginoso incremento de las defunciones por accidentes, que superan el 25% del total, y cuya tasa específica se incrementó en un 294% de 1981 a 1984, lo que revela la necesidad de desarrollar un programa educativo intersectorial eficaz.

Salud del adulto

La mortalidad de los jóvenes de 15 a 24 años descendió de 1,38 por 1.000 en 1981 a 1,14 en 1984. Entre sus principales causas se encuentran los accidentes y violencias tales como accidentes de tránsito, homicidio, ahogamiento y suicidio, así como también las ligadas al embarazo, parto y puerperio como las hemorragias del embarazo y del parto, las complicaciones del puerperio y la toxemia del embarazo, todo lo cual se complementa con otras causas como la epilepsia, la nefritis, las anomalías congénitas, las diarreas y la neumonía.

Estas defunciones son generadas principalmente por la problemática del joven, derivada del proceso de cambios físicos y psíquicos acelerados que transforman al niño en adulto y que se desarrollan dentro de un contexto de consumo, con una explosiva pu-

blicidad que fomenta el uso y abuso de tabaco, alcohol, los tratamientos para estados psicóticos y otras drogas, generando comportamientos que conducen a veces a la muerte.

Los resultados preliminares de una encuesta sobre patrones de uso de drogas en estudiantes universitarios y de enseñanza media de colegios públicos y privados realizada en 1982 revelaron que un 84% de los estudiantes encuestados informó que sus padres tomaban bebidas alcohólicas y un 44% indicó que lo hacían por lo menos una vez a la semana. Además, el 87% indicó algún uso de alcohol entre sus amistades. El 75% de esos estudiantes consumía cierta cantidad y el 28% indicó un consumo por lo menos semanal. Igualmente, el 25% manifestó haber utilizado alguna vez en su vida los inhalantes; el 16% los barbitúricos y tranquilizantes; el 9% marihuana; el 7% las anfetaminas y el 6% la cocaína.

La tasa de mortalidad en adultos de 15 a 64 años de edad ha descendido de 3,66 por 1.000 en 1981 a 3,36 en 1984, con una reducción acumulativa del 2,8% anual, lo que permite esperar un descenso a 2,2 en el año 2000. Entre las causas de defunción en 1983 se destacaron los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardiovasculares, las violencias, la tuberculosis pulmonar, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y la neumonía (cuadro 4), lo que refleja la necesidad de instituir

CUADRO 4

Principales causas de defunción de adultos de 15 a 64 años, número, porcentaje y tasas por 100.000 habitantes, Paraguay, 1983.

Causas	No.	%	Tasa por 100.000 habitantes
Total	3.733	100,0	334,9
Enfermedad cerebrovascular	221	5,9	19,8
Infarto agudo de miocardio	215	5,8	19,3
Otras cardiovasculares (415-429)	164	4,4	14,7
Homicidio	146	3,9	13,1
Accidentes de tránsito	132	3,5	11,8
Tuberculosis pulmonar	123	3,3	11,0
Diabetes mellitus	105	2,8	9,4
Otros accidentes	91	2,4	8,2
Disritmia	83	2,2	7,5
Hipertensión arterial (401-405)	62	1,7	5,6
Tumor maligno del cuello del útero	53	1,4	4,8
Neumonía	48	1,3	4,3
Tumor maligno del estómago	47	1,3	4,2
Tumor maligno del cuerpo del útero	47	1,3	4,2
Las restantes causas	2.196	58,8	197,0

programas eficaces de control de enfermedades no transmisibles y de accidentes; así se podrá compensar en algún grado las crecientes necesidades de este grupo derivadas de su expansión, envejecimiento y encarecimiento de las tecnologías requeridas para el diagnóstico y tratamiento de su patología prevalente.

En lo que concierne a la salud de la madre, aunque las defunciones maternas constituyen solo un poco más del 1% del total, revisten 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 factibilidad de reducirlas significativamente con las tecnologías disponibles. La tasa de mortalidad materna descendió de 2,9 por 1.000 nacidos vivos en 1981 a 2,7 en 1984. Entre sus causas se destacan las hemorragias del embarazo y del parto, la toxemia, los abortos y las sepsis, lo que pone en evidencia la necesidad de mejorar el sistema nacional de transfusiones sanguíneas, la atención de las gestantes y del parto y los servicios de planificación familiar, dentro del contexto de los servicios generales de salud.

Uno de los problemas más importantes que afecta a la salud de los trabajadores es la inexistencia de una legislación adecuada que facilite la prevención y el control de los riesgos en el trabajo; esto, unido a una falta de coordinación entre las diversas entidades gubernamentales encargadas de atender la cuestión, como el Ministerio de Justicia y Trabajo, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social y los organismos gremiales de los industriales y de los trabajadores, dificulta el establecimiento de políticas y de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Es conveniente resaltar asimismo la escasez de recursos humanos debidamente capacitados en higiene, seguridad y medicina del trabajo y la inexistencia de recursos y de programas para desarrollarlos.

La salud de las personas de edad avanzada, o sea de 65 años y más, no ha sufrido cambios significativos; la tasa de mortalidad, con altibajos, se conservó en 62,3 defunciones por 1.000, lo que no permite prever descensos considerables en el futuro inmediato.

Conforme avanza la edad el riesgo de morir se eleva aceleradamente en estas personas; en 1984 la tasa de defunción fue de 23,6 por 1.000 en el grupo de 65 a 69 años y de 164,7 en el grupo de 80 años y más. Entre las principales causas de defunción se destacan las afecciones crónicas y degenerativas como las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, la aterosclerosis, los tumores malignos y la senilidad, daños que requieren prolongada atención y servicios de alta complejidad con costos crecientes. Estos grupos de población cada vez más

numerosos obligan a estudiar esta problemática para desarrollar actividades intersectoriales por niveles de atención, institucionales y comunitarias, orientadas a su cuidado integral en condiciones humanitarias y factibles.

Problemas que afectan a la población en general

Las estadísticas de morbilidad adolecen de insuficiente cobertura y subregistro significativo. Para compensar en alguna medida este hecho, en las tasas que se presentan a continuación se ha tomado como base la población informante.

La tasa de casos nuevos registrados de malaria aumentó de 3,6 por 100.000 en 1981 a 25,8 en 1984, con un crecimiento acumulativo del 92,8% anual en el período considerado, habiéndose iniciado su recrudescimiento durante 1984. Del total de 548 casos de ese año 19 fueron por *Plasmodium falciparum*.

Aunque no se han registrado casos de fiebre amarilla después de haber sido erradicado el *Aedes aegypti*, en agosto de 1981 se detectaron sorpresivamente altos índices de reinfestación en el país; esto, unido a la epidemia de fiebre amarilla selvática en dos países vecinos, aumentó los riesgos de reintroducción al país y urbanización de la fiebre amarilla.

La información de mortalidad y de morbilidad no permite evaluar la importancia real de la enfermedad de Chagas por lo cual en septiembre de 1981 se inició una investigación epidemiológica. Los estudios realizados en 1.018 casas de 33 localidades pertenecientes a 27 distritos de seis departamentos reflejaron un índice de infestación del 37% de las casas, con una densidad promedio de 1,9 triatomas por casa infestada y un índice de positividad por *Trypanosoma cruzi* del 17,9% de los triatomas estudiados (62 triatomas positivos a *T. cruzi* de un total de 346 estudiados). Aunque el índice de infección humana ha sido del 1% según pruebas serológicas del estudio de prevalencia, de un total de 89 individuos con estudios médicos complementados con 10 gotas gruesas, 10 aglutinaciones directas, 45 hemaglutinaciones indirectas y 80 pruebas de inmunofluorescencia indirecta, 18 personas equivalentes al 20% de las estudiadas presentaron pruebas positivas.

La información de morbilidad por leishmaniasis también adolece de considerable subregistro; se estima que la prevalencia es de más de 10.000 casos que presentan problemas importantes para su tratamiento en vista del alto costo de los medicamentos requeridos.

No se han detectado casos autóctonos de esquistosomiasis aunque sí en inmigrantes brasileños. Tam-

poco se han encontrado los vectores *Biomphalaria glabrata* y *B. straminea*, pero sí *B. tenagophila* que es susceptible a una mutante de la especie de *Schistosoma mansoni*. Dados los cambios ecológicos favorables al desarrollo de los vectores ocasionados por las obras hidroeléctricas, se está llevando a cabo una búsqueda activa de planorbídeos y ciertas actividades de detección y tratamiento de casos con control de su ambiente epidemiológico.

En cuanto a la lepra se habían registrado 6.487 pacientes el 1 de enero de 1984. Habían ingresado 317 casos nuevos en 1984 y se han dado de alta a 140. De los restantes 6.664, al 31 de diciembre de 1984 permanecían activos 4.926, de los cuales 3.944, equivalentes al 80%, estaban bajo control.

Aunque existe un importante subregistro de la tuberculosis, de las enfermedades de transmisión sexual y de la anquilostomiasis, la tasa de casos registrados de 1981 a 1984 presentó un descenso acumulado del 0,14% anual para la tuberculosis, del 7,13% anual para la sífilis y del 1,46% anual para la anquilostomiasis, así como un incremento del 23,40% anual para otras enfermedades de transmisión sexual.

Entre las zoonosis la rabia sigue constituyendo el mayor riesgo debido al incremento de la población canina y de otros animales domésticos, a la significativa incidencia de rabia canina, a la creciente incidencia de la rabia humana y a su elevada letalidad. Los casos notificados de rabia en animales fueron: 206 en 1981; 270 en 1982; 24 en 1983 y 156 en 1984, con una reducción acumulativa del 8,85% anual; los casos de rabia humana fueron: 5 en 1981; 7 en 1982; 6 en 1983 y 10 en 1984.

Por formar parte de la Cuenca del Plata y por sus extensas, ricas y pobladas riberas, el país está altamente expuesto al riesgo de crecidas con desbordamientos de sus ríos, especialmente del Paraguay, el Paraná, el Pilcomayo y sus afluentes; también está

expuesto a inundaciones cíclicas estacionales, de las cuales la de 1983 fue la mayor del siglo y ocasionó fuerte impacto negativo en la economía e incrementó las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la escabiosis, las micosis y otras dermatosis.

Salud ambiental

La responsabilidad por la salud del medio ambiente corresponde a la Corporación de Obras Sanitarias (CORPOSANA) y al Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), que integran sus programas a través de la Secretaría Técnica de Planificación, a quien incumbe la definición de las políticas, objetivos y metas sectoriales en el país. CORPOSANA abastece de agua potable y alcantarillado a las localidades de más de 4.000 habitantes y SENASA hace lo propio a las localidades de menos de 4.000 habitantes y además se encarga del saneamiento ambiental en todo el país.

Las coberturas en 1984 se estiman en 55% para agua potable urbana y en 40% para alcantarillado. De la población atendida por SENASA el 4% disponía de agua potable y el 53% de eliminación de excretas a través de sistemas individuales. En relación a la recolección y eliminación de residuos sólidos se estimaba que el 70% de la población de Asunción estaba debidamente atendida con este servicio.

Los demás programas de saneamiento ambiental como protección de alimentos, control de la vivienda y de la contaminación comienzan a ser atendidos por SENASA. Los hechos más significativos durante el período 1981-1984 fueron los esfuerzos tendientes a establecer un plan nacional de agua potable y saneamiento conjuntamente con las entidades del sector, y el inicio de proyectos para el abastecimiento de agua de las poblaciones rurales con la utilización de créditos externos.

Sistema de salud

La estructura del sector salud es multiinstitucional. En el cuadro 5 se presenta en forma muy resumida el ámbito de responsabilidad de cada una de las instituciones en términos de la población que atienden y de los grandes servicios que brindan. Tanto la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como los mecanismos de coordinación intra e intersectorial a diversos niveles son todavía muy débiles; no obstante, se nota ya un proceso de crecimiento que se ha dinamizado últi-

mamente en virtud de la estrategia de operación de la campaña nacional de inmunizaciones, realizada bajo la dirección del ministerio y la amplia movilización de todos los recursos nacionales disponibles y los de cooperación externa.

Los servicios están organizados por niveles de atención y los efectores por escalones de complejidad, funcionalmente interrelacionados; lo que se busca es desarrollar al máximo dicha red escalonada, dando prioridad a los niveles básico e intermedios

CUADRO 5
Cobertura legal poblacional y programática del sector salud, según institución, Paraguay.

Instituciones	Cobertura legal	Cobertura poblacional %	Servicios proporcionados
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Toda la población en todo el país	63,4	Integrales, agua y alcantarillado en localidades de menos de 4.000 habitantes
Sanidad Militar	Personal de las Fuerzas Armadas y dependientes y actividades de salud como acción cívica. Aspirantes a las Fuerzas Armadas	10,0	Principalmente curativos y restaurativos
Sanidad Policial	Personal de la policía	0,25	Principalmente curativos y restaurativos
Universidad Nacional de Asunción	Población que requiere tratamiento especializado	2	Curativos y restaurativos
Sanidad de los Municipios	La respectiva jurisdicción	0,3	Acciones de saneamiento ambiental y otras medidas preventivas y algunas acciones curativas y restaurativas
Corporación de Obras Sanitarias	Localidades de 4.000 y más habitantes	16	Agua potable y alcantarillado
Instituto de Previsión Social	Derechohabientes (trabajadores, aprendices, personal de entes descentralizados, maestros, servicio doméstico, veteranos de la guerra del Chaco y algunos dependientes de todos ellos)	16,06	Curativos y restaurativos
Subsector privado	Titulares de los seguros privados y compradores de servicios privados		Curativos y restaurativos

con el fin de extender la accesibilidad física y cobertura de los servicios a toda la población.

De conformidad con un estudio realizado en 1980 y publicado en 1985 se encontró que el 71,5% de la población estudiada tenía fácil acceso a los servicios de salud, entendiéndose por ello el requerimiento de menos de 30 minutos de transporte por los medios habituales para llegar al establecimiento más próximo.

El número de consultas y otros tipos de servicios se ha venido incrementando. Las consultas de gestantes aumentaron de 158.911 en 1981 a 182.924 en 1984 con un crecimiento acumulativo del 4,8% anual; la concentración de consultas por gestantes se elevó de 1,8 en 1981 a 2,3 en 1984 con un crecimiento acumulativo del 8,51% anual. La producción de egresos hospitalarios también aumentó de 46.675 en 1981 a 54.979 en 1984 con un crecimiento acumu-

lativo anual del 5,61%; el promedio de estancias por egreso disminuyó de 5,8 días en 1981 a 4,8 en 1984 con una reducción acumulativa del 6,11% anual.

El número de camas hospitalarias del ministerio aumentó de 1.526 en 1981 a 1.616 en 1984; la productividad de egresos anuales por cama hospitalaria aumentó de 30,7 en 1981 a 34,0 en 1984. La utilización de las camas hospitalarias disminuyó de un 51,0% de ocupación en 1981 a un 48,1% en 1984, lo cual reflejaría la necesidad de mejorar el apoyo técnico y logístico de esas camas para incrementar su baja utilización. Se carece de información acerca de la disponibilidad del número de horas del personal para estudiar la productividad de consultas o atenciones por hora de personal; en su lugar se calcula la productividad de atenciones por establecimiento que descendió de 5.344 en 1973 a 5.174 en 1984.

La gravitación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el presupuesto de la administración central de la Nación aumentó del 3,8% en 1973 al 6,1% en 1983, observándose la creciente prioridad que el gobierno concedió al desarrollo del componente sanitario del Plan Nacional de Desarrollo 1976-1981. La crisis económica y el déficit fiscal tienen un impacto negativo a partir de 1982 en que el presupuesto comienza a disminuir nuevamente, para llegar al 5,2% en 1984. El gasto tuvo una fuerte orientación hacia el área de las inversiones con el propósito de extender la cobertura de los servicios de salud; sin embargo, a partir de 1982 la mencionada crisis condujo a la paralización de algunas construcciones ya iniciadas. La gravitación del gasto sectorial en salud dentro del PIB aumentó del 1,51% en 1981 al 1,76% en 1983.



Perú

Contexto general

El Perú es un país de grandes contrastes, donde es difícil generalizar la situación dada por los promedios nacionales; por eso se prefiere describir algunas situaciones específicas. Esto es válido no solo para el sector salud sino en general para las condiciones de desarrollo y nivel de vida de la población. Es importante señalar las grandes restricciones que existen en la información disponible. Se carece de un buen registro a nivel del país, tanto de mortalidad como de morbilidad, e inclusive de hechos vitales como nacimientos y abortos. La gran mayoría de los datos están basados en estimaciones o en interpolaciones de estudios circunscritos a regiones o áreas de mayor cobertura.

Características demográficas

En este aspecto se observa una desigual distribución de la población; el crecimiento vegetativo es alto debido a elevadas tasas de fecundidad, lo cual está en estrecha relación con los problemas estructurales de desarrollo; la escolaridad de la mujer todavía no ha alcanzado niveles adecuados y no se han llevado a cabo programas apropiados en cuanto a la libre elección del tamaño de la familia.

La población total del país aumentó en 10,7 millones de habitantes en el período 1940-1981. Entre 1940 y 1961 la tasa de crecimiento anual fue del 1,8% y entre 1961 y 1972 alcanzó su valor máximo del 2,9% anual. Entre 1972 y 1981 el crecimiento solo desciende al 2,7%. Es importante señalar la rápida urbanización que se ha producido, medida no solo en números absolutos sino en la diferencia de las tasas de crecimiento urbano y rural. En 1972 la

población urbana era de 8.284.500 habitantes y la rural de 5.670.200 habitantes; en 1981 las cifras eran de 11.509.400 y 6.245.400, respectivamente. El crecimiento poblacional fue de 3,7% para el área urbana y 2,7% para el área rural durante el período.

Lima concentra la tercera parte de la población del Perú y más de la mitad de los recursos económicos, humanos y potenciales de desarrollo. De ahí la gran migración a la zona metropolitana y de ahí el surgimiento de las barriadas (pueblos jóvenes) que circundan la ciudad. Estos cambios se deben en parte al proceso incipiente de industrialización en el área urbana y al deterioro de la relación campo-ciudad, que dio lugar a una migración de los campesinos hacia las grandes ciudades en un esfuerzo por encontrar mejores oportunidades de trabajo y un incremento de sus ingresos y condiciones de bienestar. El crecimiento de la población por departamentos ha sido desigual. La imagen del desarrollo demográfico que el Perú presenta se puede simplificar en un gran punto de concentración: Lima Metropolitana; una franja en la Costa Norte y el Sur Chico articulada longitudinalmente, pero sin mayor integración con las zonas paralelas en la Sierra y en la Selva. En el sur se presentan dos polos de atracción menores: Arequipa y Cuzco. Hay enclaves de producción minera o petrolera en la Sierra Central, Selva, Ilo y Toquepala.

La distribución del ingreso presenta en el país grandes desigualdades entre las distintas áreas y regiones, categorías ocupacionales y grupos sociales, determinando condiciones de vida muy insatisfactorias para grandes sectores de la población. Al final del período 1963-1983, la distribución del ingreso era todavía más desigual, y las condiciones de vida de las clases populares, tanto en las áreas rurales

como en las urbanas marginales, se habían deteriorado. Los grupos populares se ubican, cada vez en mayor proporción, en lo que se conoce como estado de extrema pobreza, más acentuada en las áreas rurales.

Mortalidad

Durante varios decenios la mortalidad general había descendido. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las cifras son de 17,6 para el quinquenio 1960-1965 y de 10,7 para el quinquenio 1980-1985. Cabe anotar que el descenso ha sido rápido en el período 1960-1965 hasta el período 1970-1975 (tres quinquenios); en este último período hasta el de 1980-1985 el descenso ha sido más lento. La esperanza de vida al nacer presenta una gran dispersión en el Perú, ya que en algunos departamentos este indicador era inferior a los 45 años como Huancavelica (43,9) y Cuzco (44,1), y en otros como Lima (67,3) y Callao (68,2) se aproximaba a las cifras de los países desarrollados (cuadro 1). En 17 departamentos se observa una esperanza de vida inferior al promedio nacional (58 años), lo que pone en evidencia que diversas necesidades básicas de grupos importantes de la población del país no han sido todavía satisfechas.

En 1981 se ha registrado una altísima proporción de defunciones en el grupo de menores de 5 años en relación con la mortalidad total, que alcanzó el 65% en Tumbes y el 64% en Pasco en contraste con Lima (40%) y Callao (32%). En Huancavelica fue del 69% y en Cuzco del 54% (cuadro 1).

El análisis de la mortalidad proporcional por grandes grupos de edad revela que esta continúa siendo excesivamente elevada y que persiste la concentración de las defunciones en los menores de 5 años (cuadro 2). El estudio de las causas de defunción debe ser muy cuidadoso dadas las grandes variaciones en la cobertura de la certificación médica de la defunción; mientras que en Lima solo el 3,3% carece de certificado médico, en Amazonas o en Piura esa proporción es de más del 80%.

Sin embargo, los datos de mortalidad proporcional por grandes grupos de causas reflejan que el grupo de enfermedades infecciosas y exógenas, a pesar de su tendencia al descenso, es el de mayor magnitud durante el período 1981-1984; por otra parte, las enfermedades degenerativas como las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares junto con los accidentes y violencias, presentan una tendencia progresivamente ascendente.

La estructura de la mortalidad en el Perú por causas y grupos de edad revela una mayor magnitud de

CUADRO 1
Esperanza de vida al nacer (años) y porcentaje de defunciones de niños menores de 5 años, por departamento, Perú, alrededor de 1980.

Departamento	Esperanza de vida al nacer	Porcentaje de defunciones de niños menores de 5 años
Amazonas	52,7	56
Ancash	55,8	46
Apurímac	46,8	53
Arequipa	63,3	43
Ayacucho	47,5	51
Cajamarca	52,7	51
Callao	68,2	32
Cuzco	44,1	54
Huancavelica	43,9	69
Huánuco	50,6	57
Ica	63,6	51
Junín	57,2	56
La Libertad	62,0	42
Lambayeque	58,8	50
Lima	67,3	40
Loreto	55,8	52
Madre de Dios	53,9	75
Mosquegua	61,5	61
Pasco	53,4	64
Piura	54,1	56
Puno	48,2	43
San Martín	56,9	55
Tacna	61,0	49
Tumbes	59,8	65
Ucayali	56,0	52

Fuente: Estadística del Ministerio de Salud, 1981. Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1981. Elaboración: Departamento de Estudios del Sector Social, BCRP.

enfermedades infecciosas y exógenas en los menores de 15 años. Es apropiado indicar que más del 60% de las defunciones de niños de 1 a 4 años se deben a estas causas. En los niños menores de 1 año, las afecciones originadas en el período perinatal, las

CUADRO 2
Mortalidad proporcional por grupos de edad, Perú, 1983.

Grupos de edad	Defunciones	%
Total	198.200	100,0
Menos de 1 año	65.455	33,0
1-4 años	23.700	12,0
5 años	4.200	2,1
6-14 años	8.290	4,2
15-64 años	60.880	30,7
65 y más años	35.675	18,0

Fuente: Boletín de Análisis de Demografía No. 25, INE, Lima, 1983.

enfermedades respiratorias y las diarreas ocupan los primeros lugares.

En los grupos de edad de mayores de 45 años, las defunciones se deben a enfermedades infecciosas que en muchos casos pueden ser complicaciones de afecciones crónicas, luego a enfermedades cardiovasculares y luego a neoplasias malignas. Vale la pena comentar que esta situación no ha variado desde el Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad, realizada en 1968.

Morbilidad

De acuerdo con la estructura de egresos hospitalarios por sexo, la morbilidad atendida ha ido aumentando en los últimos 40 años, probablemente en relación al número de camas disponibles y a su mayor rendimiento.

En cuanto a las enfermedades transmisibles en conjunto, su incidencia atendida se ha cuadruplicado y sus tasas se han triplicado en solo 10 años, de 1974 a 1983. Los grupos de causas que más han contribuido a estos hechos son las enfermedades respiratorias agudas, las enfermedades de transmisión hídrica y las enfermedades metaxénicas. No hay información para determinar en qué medida este aumento es real y cuánto corresponde a una mejor cobertura de servicios o calidad diagnóstica.

Desde 1974, las enfermedades de transmisión hídrica tienen una incidencia seis veces mayor y sus tasas se han triplicado. Por sí solas representaron el 41% de los casos de enfermedades transmisibles en 1983. Las gastritis, la enteritis y otras enfermedades diarreicas ocasionaron las dos terceras partes de toda la casuística del grupo y se sextuplicaron entre 1974 y 1983, mientras que la fiebre tifoidea y la paratifoidea se triplicaron y la shigelosis se duplicó. Las tasas de incidencia de las enfermedades de transmisión hídrica en 1974 variaron entre 79,3 en Huancavelica y 3.775,2 en Madre de Dios. En 1983 las tasas variaron entre 412,65 en Amazonas y 4.719,68 en San Martín. Los cinco primeros lugares los ocuparon San Martín (Selva Alta), Tumbes (Costa Norte), Pasco (Sierra Centro), Ucayali (Selva Baja) y Loreto (Selva Baja).

Las enfermedades metaxénicas duplicaron sus tasas. La malaria representó el 90% de la morbilidad y el 10% restante se repartió principalmente entre la leishmaniasis, propia de los valles interandinos y la Selva Alta, y la verruga, originaria de la sierra peruana. En 1974 las tasas por enfermedades metaxénicas variaron entre 0,17 en Arequipa y 1.067,07 en Loreto. En 1983 las tasas variaron entre 0,13 en Arequipa y 1.623 en Madre de Dios. Los cinco primeros

lugares los ocuparon Madre de Dios (Selva Baja), San Martín (Selva Alta), Tumbes (Costa Norte), Callao (Lima Metropolitana), San Martín (Selva Alta) y Lima (Lima Metropolitana).

El sistema de notificación de enfermedades venéreas en el Perú no es adecuado, quizás porque no hay un programa específico. En 1983 los departamentos más afectados fueron Ucayali (Selva Baja), San Martín (Selva Alta), Loreto (Selva Baja), Tumbes (Costa Norte) y Madre de Dios (Selva Baja), con tasas que variaron entre 8,0 en Puno y 159,6 en Ucayali.

Las tendencias de las principales enfermedades transmisibles durante el período 1955 a 1983 pueden resumirse así (cuadro 3): el sarampión se ha reducido en la serie histórica pero sus variaciones son muy amplias con ciclos epidémicos quinquenales; la fiebre amarilla selvática parecía haber decrecido pero en los últimos años el traslado de individuos susceptibles hacia zonas infestadas por el vector ha producido la aparición de nuevos brotes; la tasa de casos notificados de tuberculosis ha ido disminuyendo hasta 1982 en que se nota un ligero aumento; la malaria ha descendido espectacularmente a niveles que hacían parecer próxima su erradicación pero en los últimos años ha habido un incremento sostenido de su incidencia; las enfermedades disentéricas, la fiebre tifoidea y la hepatitis infecciosa han presentado durante todo el período de estudio una tendencia al ascenso debido en parte a un mejor diagnóstico pero podría ser también por la aparición de otros factores como el deterioro del saneamiento y el hacinamiento. Por último, la enfermedad de Chagas, la peste silvestre, la lepra, la brucelosis, la hidatidosis, la rabia y otras zoonosis han mantenido a nivel nacional tasas relativamente bajas pero van adquiriendo importancia en determinadas áreas geográficas.

La desnutrición y las enfermedades mentales son problemas de salud que no se destacan por su frecuencia en los registros estadísticos de morbilidad nacional; es solo a través de estudios especiales que se pueden demostrar su magnitud y gravedad. En el caso de la desnutrición, diversas encuestas en niños menores de 5 años, realizadas en diferentes partes del país y en distintas épocas, muestran de manera constante su alta prevalencia, en especial en zonas rurales. Encuestas efectuadas en Lima sobre enfermedades mentales señalan que alrededor del 18% de su población urbana necesitaría algún tipo de atención psiquiátrica para el tratamiento del alcoholismo, la drogadicción, la neurosis y la psicosis.

El estado de salud bucal es difícil de definir en el país, dado que no existen datos sobre el particular. Según un estudio divulgado por la Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología (APPAO), realizado en 1980, los problemas de salud

CUADRO 3
Incidencia de las principales enfermedades transmisibles, tasas por 100.000 habitantes, Perú, 1955-1983.

Enfermedades	Tasas por 100.000 habitantes				
	1955	1960	1970	1980	1983
Gripe	5,7	361,6	366,1	320,0	280,0
Disenterías, en todas sus formas	100,3	165,0	157,1	395,2	900,0
Helmintiasis	-	151,2	112,7	135,3	142,2
Tuberculosis, en todas sus formas	220,8	238,6	175,5	92,4	121,5
Sarampión	95,4	181,2	207,4	111,3	40,7
Malaria ^a	410,0	92,5	96,0	255,3	461,3
Fiebre tifoidea	49,9	56,1	53,6	116,9	110,6
Tétanos	1,5	2,3	2,6	3,0	1,8
Hepatitis infecciosa	22,8	24,6	32,5	34,6	39,8
Lepra ^a	1,0	1,6	0,6	1,0	1,0
Fiebre amarilla ^a	0,0	0,05	0,55	0,5	0,2
Enfermedad de Chagas ^a	0,0	0,0	0,07	0,07	0,03
Brucelosis	5,1	8,4	8,2	5,1	4,7
Peste silvestre	0,1	1,4	0,9	0,0	0,1
Difteria	-	-	0,4	1,1	0,7

^a Denominador: Población en áreas endémicas.

Fuente: Ministerio de Salud, Boletín Anual de Enfermedades Transmisibles, 1955-1983.

bucal prevalentes en el país son las caries dentales; las enfermedades periodontales; las maloclusiones; las mutilaciones dentarias, y el diagnóstico de lesiones en la región orocervicofacial. El problema se acentúa porque se utiliza la exodoncia como tratamiento final, lo que contribuye a mutilar a la población y a incrementar las disfunciones de la articulación temporomandibular.

No se conocen datos oficiales sobre salud ocupacional y los registros estadísticos del Ministerio de Salud no consignan el grupo de enfermedades ocupacionales; por su parte, el Instituto Peruano de Seguridad Social lo consigna solo como un grupo total sin mayor diferenciación de las diversas patologías por riesgo ocupacional y con probabilidad de un apreciable subregistro.

Sistema de salud

El sistema nacional de servicios de salud—cuya misión es coordinar los planes y programas de las entidades prestadoras de salud a nivel central, regional y local—está constituido por el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y los servicios de las Fuerzas Armadas. Cada institución mantiene su autonomía económica, administrativa y financiera, pero tienen la obligación de coordinar sus planes y programas. Se estima que

el ministerio cubre el 66% de la población y el instituto el 13%. En 1980 la población ocupada asegurada por el IPSS variaba entre el 76 y el 12% entre los departamentos más desarrollados y los más pobres del país. En 1984 el país tenía un promedio de un médico por 1.111 habitantes, cifra que varía de 1 por 476 en Lima a 1 por 26.000 en Huancavelica. El 27,6% de los médicos trabajaban para el ministerio y el 22,1% para el IPSS, lo cual expresa la mayor dis-

ponibilidad de profesionales en este último, tomándose en cuenta las respectivas coberturas poblacionales.

En lo concerniente a los recursos físicos disponibles en 1985, el sector público predominaba sobre el privado en términos de centros y puestos de salud, policlínicos y camas. El ministerio disponía de 123 hospitales, 586 centros de salud y policlínicos, 1.728 puestos de salud y 19.722 camas, en tanto que el IPSS disponía de 18 hospitales, 76 centros de salud y policlínicos, 86 puestos de salud y 4.966 camas. El sector privado disponía de 191 hospitales, 50 centros de salud y policlínicos, 7 puestos de salud y 7.136 camas. La disponibilidad de camas hospitalarias variaba entre 4,1 por 1.000 habitantes en Lima y cerca de 0,5 por 1.000 en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Puno y Amazonia. Se estima que, en general, Lima concentra un 70% de los recursos humanos y físicos del sector.

Entre 1982 y 1984, los gastos del ministerio y del IPSS se han reducido del 2,8 al 2,2% del PIB. No se dispone de estadísticas sobre el gasto privado en salud. Al mismo tiempo, la participación de los gastos de estas instituciones en el gasto total del gobierno central ha disminuido del 4,6 al 4,3% y del 6,5 al 3,4%, respectivamente. Aunque la reducción del gasto del IPSS es más pronunciada, su situación

es más favorable que la del ministerio si se consideran las poblaciones que deben cubrir. Con esos recursos se ha logrado brindar en 1984 cerca de 1,7 consultas por habitante y 4,7 egresos hospitalarios por 100 habitantes. Es interesante observar que el ministerio, pese a su mayor disponibilidad de recursos, ha producido el 49% de los egresos y apenas el 23% de las consultas, mientras que el sector privado se ha encargado del 55% de las consultas y del 27% de los egresos; el IPSS y las Fuerzas Armadas han asumido el porcentaje restante. Como resultado de esta distribución de recursos y producción de servicios, la cobertura de consultas médicas en los departamentos más desarrollados era más o menos siete veces mayor que en los departamentos más pobres. La diferencia en cobertura de hospitalización llegaba a ser de tres veces.

Se puede concluir que en el Perú las necesidades de salud de gran cantidad de la población se encuentran insatisfechas o mal atendidas. Esta deficiencia se reproduce a nivel regional, en desmedro sobre todo de las áreas rurales y marginales del país. Inclusive amplios sectores de la población, como por ejemplo los desempleados, permanecen al margen de los servicios que presta el sistema de seguridad social y cuentan solo con aquellos escasos servicios del Ministerio de Salud.



República Dominicana

Contexto general

Análisis político, económico y social

La política del Gobierno de la República Dominicana está orientada a la creación de una infraestructura social de desarrollo, no solo para los importantes aspectos de salud, educación y vivienda, sino también para el conjunto de actividades que el hombre emprende y para satisfacer las aspiraciones que la sociedad tiene. Entre los rasgos principales de la economía dominicana hay que destacar la gran dependencia externa, producto del peso de las importaciones en el desarrollo industrial del país. El subsector agrícola desempeña un papel preponderante dentro del sector de exportación, y sus productos—azúcar, café, cacao y tabaco—junto con los productos del sector minero—níquel, mineral de hierro, bauxita y yeso—constituyen las principales fuentes de generación de divisas.

El censo de 1981 indicó un total de 5.647.977 habitantes. La densidad demográfica ha experimentado grandes variaciones: de 63,0 habitantes por km² en 1960 llegó a 82,8 en 1970 y a 117,0 en 1981. En 1970 era principalmente rural (60,3%) y a partir de ese año empieza a predominar la población urbana (52,0% en 1981). La elevada concentración en unas pocas localidades obedece a la preponderancia que ejerce la capital, Santo Domingo, cuya población es 1,2 veces mayor que las 19 ciudades que en 1981 tenían más de 20.000 habitantes. En 1970, la capital concentraba el 42% de la población urbana y en 1981 el 44,7%. En 1981, la cifra era del 23,2% en relación con la población total. La mayoría de los núcleos poblacionales considerados como urbanos en 1981 de acuerdo con el criterio legal usado en el censo de ese año son de pequeño tamaño. El 54,2% de esas localidades tienen menos de 5.000 habitantes. Así

pues, el sistema urbano nacional está conformado en su mayor parte por pequeñas localidades que en conjunto tienen un porcentaje relativamente bajo de la población urbana total. Otro fenómeno que hay que destacar es el que se refiere a la dispersión de la población rural. Si una localidad de menos de 500 habitantes se considera como constituida por población dispersa, se observa que el 36,4% de los núcleos rurales se encuentran habitados por este tipo de población.

Como resultado de la combinación de las tendencias pasadas de la fecundidad y mortalidad, la población dominicana presenta una estructura joven por edad. El 43,1% de la población total es menor de 15 años, el 54,1% son personas de 15 a 64 años y el 2,8% son mayores de 65 años. Hay un equilibrio relativo en el número de hombres y mujeres. El índice de masculinidad es de 100,6 hombres por 100 mujeres.

Mortalidad

Según las estadísticas oficiales la tasa bruta de mortalidad general por 1.000 habitantes fue de 5,4 en 1975 y de 4,8 en 1980. Datos provisionales indican una tasa de mortalidad de 4,7 en 1981. Las proyecciones sobre población permiten inferir tasas de mortalidad general del orden de 9,0 para el quinquenio 1975-1980 y de 7,6 para 1980-1985.

La esperanza de vida al nacer es de 62,6 años (60,9 para los hombres y 63,4 para las mujeres) de acuerdo con las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población y Familia, calculadas para el quinquenio 1980-1984. La esperanza de vida al nacer se incrementaría en aproximadamente 10 años a finales del siglo, y los valores serían de 67,6 en 1990 y 71,1 en el año 2000 (65,8 para los hombres y 69,4

CUADRO 1
Diez principales causas de defunción, número de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, República Dominicana, 1982.

No. de orden	Causas	No. de defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
1	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	1.871	32,1
2	Otras infecciones intestinales y mal definidas	1.355	23,3
3	Otras afecciones originadas en el período perinatal y las mal definidas	1.297	22,3
4	Enfermedades cardiovasculares	1.236	21,2
5	Infarto del miocardio	1.196	20,5
6	Hipoxia, asfixia y otras afecciones del feto o del recién nacido	828	14,2
7	Otra desnutrición proteinoenergética	707	12,1
8	Neumonía	703	12,1
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	662	11,4
10	Otras enfermedades del aparato respiratorio	577	9,9

para las mujeres en 1990, y 69,9 para los hombres y 72,4 para las mujeres en el año 2000). Los datos estimados están más cerca de la realidad debido a que las estadísticas vitales oficiales adolecen de un alto grado de subregistro.

En 1982, las principales causas de defunción correspondieron a enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, enfermedades diarreicas, afecciones perinatales, enfermedades cardiovasculares e infarto del miocardio (cuadro 1).

En 1982, del total de 26.589 defunciones ocurridas, 5.713 (21,5%) se han clasificado como síntomas, signos y estados morbosos mal definidos. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos ha experimentado un descenso de 43,5 en 1975 a 31,7 en 1982. Las principales causas de defunción de menores de 1 año en 1982 fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, hipoxia del recién nacido, crecimiento fetal lento y desnutrición proteinoenergética.

La mortalidad preescolar (niños de 1 a 4 años) ha descendido de 5,9 en 1970 a 3,2 por 1.000 niños en 1980. En el cuadro 2 se presentan las principales causas de defunción de niños de 1 a 4 años en 1982.

En 1982 se produjeron 184 defunciones maternas (1,66 por 1.000 nacidos vivos), debidas principal-

mente a las toxemias del embarazo, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis del parto y del puerperio, y a los abortos.

Morbilidad

En 1979, los partos sin mención de complicación, las enteritis y otras enfermedades diarreicas, los abortos y otras complicaciones del embarazo figuraban entre las 10 principales causas de morbilidad en pacientes egresados de hospitales. En 1983, la estructura de la morbilidad por enfermedades transmisibles de notificación obligatoria revela que las enfermedades diarreicas y venéreas ocupaban los primeros lugares (cuadro 3).

Respecto a la situación nutricional, la División de Nutrición de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), realizó un estudio de 3.670 niños de zonas urbanas periféricas y rurales del país. Se obtuvo una tasa promedio general de varios grados de desnutrición del 65%, con rangos que varían del 50 al 70% en barrios de Santo Domingo y al 80% en el área rural del este del país. Para 1981, el sistema de vigilancia nutricional para niños menores de 5 años detectó niveles de desnutri-

CUADRO 2

Principales causas de defunción de niños de 1 a 4 años, República Dominicana, 1982.

Causa de defunción	Defunciones	
	No.	%
Otras infecciones intestinales y las mal definidas	284	14,3
Otra desnutrición proteinoenergética	241	12,2
Neumonía	153	7,7
Otras enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	79	4,0
Septicemia	77	3,9
Anemias	69	3,5
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	55	2,8
Meningitis	49	2,5
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	48	2,4
Sarampión	42	2,1
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	427	21,5
Las demás causas	456	23,0
Total (todas las causas)	1.980	100,0

CUADRO 3

Diez principales enfermedades transmisibles, tasas de incidencia notificada por 100.000 habitantes, República Dominicana, 1983.

No. de orden	Causa	No. de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1	Enfermedades diarreicas	119.292	2.047,9
2	Enfermedades venéreas	33.866	581,4
3	Malaria	2.583	44,3
4	Sarampión	2.556	43,9
5	Tuberculosis pulmonar	2.392	41,1
6	Hepatitis infecciosa	2.332	40,0
7	Fiebre tifoidea y paratifoidea	1.192	20,5
8	Parotiditis	798	13,7
9	Tos ferina	254	4,4
10	Tuberculosis de otros órganos	215	3,7

ción que oscilaban entre el 35% en San Pedro de Macorís y el 65% en Santo Domingo.

En resumen, las enfermedades transmisibles y parasitarias, y la desnutrición, continúan delineando el perfil de morbimortalidad del país, aunque las enfermedades crónicas van adquiriendo una importancia creciente.

Salud ambiental

Según el informe de la situación existente en el país en agua potable y alcantarillado, en julio de 1981, el 85% de la población urbana disponía de servicios de agua potable, de los cuales el 60% tenía conexiones domiciliarias y el 25% tenía fácil acceso.

En el área rural, el 33,5% de la población disponía de servicios de agua potable, de los cuales el 10,5% la recibía mediante conexión domiciliaria y el 23% tenía fácil acceso. Apenas un 35,4% de toda la población del país disponía de agua potable a domicilio y un 24% tenía fácil acceso a la misma. Para el referido año, apenas el 2% de la población urbana contaba con servicio de alcantarillado. En cuanto a la conta-

minación del suelo, en las 16 principales ciudades del país se produjeron 1.300 toneladas de basura por día, que no fueron recogidas de manera adecuada. Como es lógico, se plantea el problema de la contaminación del medio físico, producto de la acumulación de desperdicios en las vías públicas, y las subsecuentes repercusiones para la salud de la población.

Sistema de salud

En 1983, existían 440 establecimientos de salud distribuidos en las distintas regiones sanitarias, de los cuales 38 eran hospitales, 55 subcentros, 3 centros sanitarios, 12 clínicas urbanas, 325 clínicas rurales y 7 dispensarios antituberculosos. Todos ellos pertenecen a la SESPAS que, además, cuenta con 35 establecimientos de otro tipo que facilitan la prestación de servicios, la formación y desarrollo de recursos humanos y de asistencia social, incluidos un laboratorio nacional, un centro nacional de documentación en salud (CENADES), ocho centros de adiestramiento de auxiliares de enfermería, 23 establecimientos de dietética y nutrición infantil, un centro de geriatría y un leprocomio. En aquel mismo año se disponía de un total de 7.178 camas hospitalarias (1,2 camas por 1.000 habitantes), de las cuales 1.055 estaban asignadas a establecimientos de larga estancia y 1.726 a otros de corta estancia; dichos

establecimientos son los subcentros de salud y los hospitales locales, de área, regionales y nacionales o especiales. La producción de los servicios de salud de la SESPAS es inadecuada en proporción y distribución de los recursos disponibles. Entre 1980 y 1982 se han logrado promedios nacionales de 1,1 consultas por habitante al año. La cobertura de atención hospitalaria bajó de 7,4 a 6,5 egresos por 100 habitantes. Al mismo tiempo, la ocupación de los hospitales en el país se redujo de 65 a 61%. No se dispone de cifras exactas sobre la proporción de la población cubierta por los servicios de salud de la SESPAS. Sin embargo, algunas aproximaciones en ese sentido indican una cobertura del 70 al 80% a nivel nacional. Es importante señalar que la cobertura de atención es más baja y varía de acuerdo con los diferentes programas.

En lo concerniente al Instituto Dominicano de Se-

CUADRO 4

Número de profesionales de salud y razón por 10.000 habitantes, República Dominicana, 1983.

Categoría	No. de profesionales	Tasa por 10.000 habitantes
Médicos	3.161	6,3
Odontólogos	189	0,4
Técnicos de laboratorio	267	0,5
Enfermeras	478	0,9
Auxiliares de enfermería	4.356	8,5
Farmacéuticos	113	0,2
Nutricionistas y dietistas	29	0,05
Estadísticos y bioestadísticos	56	0,1
Trabajadores sociales	81	0,1
Educadores en salud	75	0,1
Oficiales de saneamiento	439	0,8

gueros Sociales (IDSS), en 1982 disponía de 1.549 camas para una población asegurada de 313.940 afiliados (4,93 camas por 1.000 asegurados). La capacidad instalada constaba de seis hospitales, 20 policlínicos y 120 consultorios. En 1979 se proporcionaron al año cerca de 4,8 consultas médicas por asegurado, aproximadamente 0,4 consulta odontológica por asegurado y se registraron cerca de 11,5 egresos hospitalarios por 100 asegurados, lo que indica una atención superior a la de la SESPAS.

En conjunto, la SESPAS y el IDSS contaban con un

total de alrededor de 9.250 profesionales de salud (cuadro 4).

Entre 1978 y 1981, la participación relativa de la SESPAS en los gastos del gobierno se incrementó del 6 al 9%; sin embargo, los gastos corrientes han sobrepasado el 75% del total ejecutado, y representaron en 1982 el 92% de ese total. En 1980 y 1981, los gastos en salud del sector público representaron el 2,7 y 2,3% del PIB, correspondiendo a la SESPAS la mitad de esos gastos.

San Cristóbal y Nieves

Contexto general

Análisis político, económico y social

San Cristóbal y Nieves es miembro de la Comunidad Británica de Naciones y tiene un gobierno democrático similar al de Westminster. El Gobernador General representa a la Reina y el Primer Ministro encabeza la Cámara de la Asamblea formada por 11 miembros elegidos y 3 nombrados más un presidente; el gabinete tiene 6 miembros. La isla de Nieves goza de gran autonomía ya que tiene su propia asamblea bajo la jurisdicción de un primer ministro y un gobernador general adjunto en residencia. La nueva constitución le permite a Nieves retirarse de la federación en caso de que al celebrar un plebiscito se opte por la separación. El país pertenece a varios grupos regionales tales como la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Caribe Oriental y la Organización de Estados del Caribe Oriental. En lo que respecta a la economía nacional, de 1977 a 1982 el producto interno bruto tuvo un incremento efectivo del 23% y el PIB per cápita, del 5,3%. La tasa de crecimiento económico varió del 2,2% en 1978 a más del 6% de 1979 a 1981 y al 1,6% en 1982. La participación de los diversos sectores en el PIB en este último año fue la siguiente: agricultura, el 15% (una baja del 2,6% desde 1977 debido a la reducción de la industria azucarera); construcción, el 8,9%; transporte y comunicación, el 10,7% (un aumento del 2,4%) y servicios públicos, el 19,9% (un aumento del 3,3%). En 1980 había cerca de 14.500 personas empleadas (60% hombres, 40% mujeres), la mitad de ellas al servicio del gobierno. La tasa estimada de desempleo oscila entre el 15 y 23%; sin embargo, un porcentaje equivalente de la población activa trabaja en la industria azucarera, que es esta-

cional, y hay un gran número de trabajadores subempleados. En el sector agrícola se trabaja por una mayor diversificación y autosuficiencia y ciertos productos como el maní y los pepinos se cultivan actualmente en cantidades suficientes para atender la demanda interna y aun para exportación. Sin embargo, la mayor parte de la energía y la proteína consumidas en la alimentación nacional es proporcionada por alimentos importados; en 1980 y 1981 la población consumió más de los 43 g diarios de proteína per cápita recomendados por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y un poco menos de las 2.250 calorías que constituyen la norma de ese organismo. Se fomenta la pequeña industria, con el consiguiente aumento del empleo en el sector manufacturero y en las fábricas de ensamblaje. El turismo es también una próspera industria.

Según el censo de 1980, el 89,7% de los adultos mayores de 15 años habían terminado la escuela primaria y el 68,7%, la secundaria. La tasa de alfabetización es superior al 90%.

Características demográficas

Se estima que en 1982 la población ascendía a 43.100 habitantes—35.600 en San Cristóbal y 7.500 en Nieves—con una densidad de 167 habitantes por km². La mayor parte de la población (14.300 habitantes) vive en Basseterre, la capital de San Cristóbal, y el resto en pequeñas aldeas dispersas de las dos islas. La población se redujo en el período comprendido entre los censos de 1970 y 1980; ocurrió lo mismo

con el grupo menor de 15 años, mientras que el de 15 a 44 años aumentó notablemente y el de 65 años o más, discretamente. Se redujo la proporción de personas dependientes de otras.

En el cuadro 1 se presentan las tasas brutas de natalidad y mortalidad entre 1980 y 1982. Ha fluctuado la tasa bruta de crecimiento natural, que se situó en 17,8 por 1.000 habitantes en 1982. La tasa de migración neta registrada fue de 10,3 por 1.000 habitantes en 1982, o sea 465 personas, aunque esa cifra constituye quizá un cálculo insuficiente. La tasa de

fecundidad fue de 149,7 en 1975; 123,9 en 1981 y 143,7 en 1982. Las mujeres de 15 a 19 años tienen un gran número de partos; en 1982, la tasa de fecundidad según la edad fue de 124,2 por 1.000 personas, lo que representa un aumento en comparación con el año anterior. En 1982 más de uno de cada cinco niños nacidos vivos fueron de mujeres que ya habían tenido cuatro hijos o más.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado constantemente y en 1982 llegó a 67,6 años para los hombres y a 72,1 años para las mujeres.

CUADRO 1
Tasas brutas de natalidad y de mortalidad por 1.000 habitantes en San Cristóbal y Nieves, 1980-1982.

Año	San Cristóbal	Nieves	San Cristóbal y Nieves
<u>Tasa bruta de natalidad</u>			
1980	29	17	27
1981	28	16	26
1982	31	21	29
<u>Tasa bruta de mortalidad</u>			
1980	12	9	11
1981	10	10	10
1982	11	11	11

Mortalidad

Los datos de mortalidad son completos y precisos. Existe personal adiestrado para clasificar las defunciones según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Todas las defunciones son certificadas por un médico y se exige que las funerarias presenten un certificado de defunción al archivista distrital, que expide el permiso correspondiente para el entierro. En el cuadro 2 se indica el número de defunciones y la distribución porcentual en grupos seleccionados

según la edad y la causa. El cuadro 3 indica que las tasas de mortalidad infantil, neonatal y de mortinatos entre 1975 y 1983 son excesivamente elevadas y que la mortalidad infantil no parece acusar una tendencia descendente. La tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años fue de 1,3 por 1.000 en 1975 (8 defunciones), 4,5 en 1979 (28 defunciones) y 1,1 en 1982 (6 defunciones). El porcentaje de defunciones ocurridas en los niños menores de 5 años aumentó del 12,9% en 1975 (55 defunciones) al 16,8% en 1979 (88 defunciones) y luego disminuyó al 11,3% en 1983 (54 defunciones).

CUADRO 2
Número de defunciones y distribución porcentual en grupos
seleccionados según la edad y la causa, San Cristóbal y Nieves, 1982 y 1983.

Clasificación	1982		1983	
	No.	%	No.	%
Menores de 2 años	59	11.7	48	10.0
Menores de 5 años	62	12.3	54	11.3
Personas de 65 años o más	327	65.0	310	64.9
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	79	15.7	64	13.4
Total, excluidos los síntomas y estados morbosos mal definidos	424	84.3	414	86.6
Enfermedades infecciosas y parasitarias (000-136)	31	6.2	31	6.5
Tumores (140-239)	56	11.1	65	13.6
Enfermedades del aparato circulatorio (390-458)	174	34.6	167	34.9
Enfermedades del aparato respiratorio (460-519)	32	6.4	46	9.6
Total	503	100.0	478	100.0

Fuente: Departamento de Salud.

CUADRO 3
Tasas de mortalidad infantil y neonatal por 1.000 nacidos vivos
y mortinatos por 1.000 nacimientos, San Cristóbal y Nieves, 1975-1983.

Año	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortinatos
1975	42,7	28,2	20,6
1976	33,3	17,4	21,5
1977	42,1	20,6	20,2
1978	41,6	22,7	26,7
1979	49,5	23,1	28,1
1980	53,0	27,3	31,5
1981	45,7	29,0	25,7
1982	42,8	26,0	19,5
1983	41,2	20,1	18,0

Fuente: Departamento de Salud.

Estado de salud

Los datos de morbilidad son incompletos y se reconoce que hay un subregistro de las enfermedades notificables; por ejemplo, de 1975 a 1983 no se notificaron casos de tétanos, si bien se registraron defunciones por esa enfermedad. Un creciente número de casos de hepatitis de los tipos A y B fue motivo de preocupación en 1984-1985. El número de pacientes ambulatorios atendidos en el hospital principal en 1984 ascendió a 18.469 y las causas de la atención se dividieron aproximadamente de la manera siguiente:

diabetes, el 50%; fracturas, el 15%; examen posoperatorio, el 10%; úlceras, el 5% y afecciones oculares, el 5%. En el cuadro 4 se presentan datos sobre los egresos de los hospitales en 1978. En cuanto a accidentes y violencia, no ha habido casos recientes de suicidio, solo se han registrado unos pocos de homicidio y no ha aumentado el número de otros actos de violencia; el número y la proporción de accidentes de tránsito se ha incrementado constantemente como también el número de vehículos registrados.

CUADRO 4
Número, tasa por 1.000 habitantes y distribución porcentual de los pacientes egresados de los hospitales, según la causa, San Cristóbal y Nieves, 1978.

Causa de hospitalización	No.	Tasa	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias (000-136)	348	7,02	6,0
Tumores (140-239)	125	2,52	2,2
Diabetes mellitus (250)	115	2,32	2,0
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	69	1,35	1,2
Anemia (280-285)	78	1,57	1,3
Trastornos mentales (290-315)	135	2,72	2,3
Enfermedades del aparato circulatorio (390-458)	513	10,34	8,8
Enfermedades del aparato respiratorio (460-519)	542	10,93	9,3
Parto en condiciones completamente normales (650)	923	18,61	15,9
Aborto (640-641, 642-645)	84	1,69	1,4
Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (630-639, 651-678)	223	4,49	3,8
Anomalías congénitas (740-759)	23	0,46	0,4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	66	1,33	1,1
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	263	5,30	4,5
Accidentes y violencia (N800-N999)	672	13,55	11,6
Total	5.809	117,1	100,0

Fuente: Departamento de Salud.

El cuadro 5 muestra el porcentaje de niños nacidos vivos con insuficiencia ponderal. Dada la norma aceptada de que por lo menos el 90% de los niños nacidos vivos deben tener peso elevado, la situación del país es solo regular. El porcentaje de niños menores de 5 años con peso insuficiente para su edad se presenta en el cuadro 6, que indica que casi una

cuarta parte de los niños atendidos en los dispensarios en 1979 tenían malnutrición proteinoenergética de primer grado o leve, proporción que comenzó a incrementarse a partir de 1980. Los porcentajes con malnutrición moderada y grave son relativamente bajos y se han mantenido casi iguales.

CUADRO 5
Número de niños nacidos vivos (cuyo peso se conoce) con insuficiencia ponderal al nacer (2.500 g y menos), San Cristóbal y Nieves, 1979-1984.

Año	Niños nacidos vivos	Niños nacidos vivos de 2.500 g o menos	
		No.	%
1979	1.070	123	11,5
1980	1.056	111	10,5
1981	1.044	103	9,9
1982	1.294	145	11,2
1983	1.072	101	9,4
1984	1.118	133	11,9

Fuente: División de Vigilancia de la Nutrición.

CUADRO 6
Porcentaje de niños menores de 5 años con peso insuficiente para su edad (clasificación de malnutrición de Gómez), San Cristóbal y Nieves, 1979-1984.

Año	Primer grado (leve)	Segundo grado (moderada)	Tercer grado (grave)
1979	24,6	5,6	0,6
1980	34,2	7,8	0,4
1981	38,3	7,0	0,4
1982	37,2	6,6	0,3
1983	38,5	6,5	0,5
1984	39,1	5,6	0,3

Fuente: División de Vigilancia de la Nutrición.

Sistema de salud

Se ofrecen tres niveles de atención aunque no se han definido oficialmente: el primero comprende atención dispensada en los centros asistenciales y por médicos generales en los departamentos de atención ambulatoria de los hospitales generales; el segundo corresponde a la atención prestada en los hospitales generales y a otras instituciones para

gráfica. La proporción global de habitantes a enfermeras de atención primaria es de 1.410:1. A causa de las diversas ocupaciones de los médicos, es difícil calcular la proporción de habitantes por médico para fines de atención primaria de salud. Toda la población de Nieves está dentro de un radio de 5 a 6 km de un centro de salud y en San Cristóbal esa distancia es

CUADRO 7

Número de camas en los hospitales y razón por cada 10.000 habitantes, San Cristóbal y Nieves, 1982.

Tipo	San Cristóbal		Nieves		Total	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Atención general						
de casos agudos	164	46,5	54	56,6	218	48,6
Atención geriátrica	89	25,2	31	32,5	210	46,6
Tratamiento de la						
lepra	6	1,3	-	-	6	1,3
Hospital menor	30	8,5	-	-	30	8,5

Fuente: Departamento de Salud.

internado de pacientes y el tercero consiste en atención dispensada en los hospitales generales y fuera del país. En el cuadro 7 se indican los datos relativos a los servicios hospitalarios.

Las instalaciones de salud de la comunidad son los principales centros de atención primaria. Se han localizado teniendo en cuenta la distribución demo-

aun menor. Todos los servicios de salud pública son gratuitos.

El 43% de la población de San Cristóbal y el 24% en Nieves tienen conexiones domiciliarias con abastecimientos de agua potable. En ambas islas, el 91% de la población dispone de alguna clase de instalación para la eliminación de aguas negras.

Santa Lucía

Contexto general

Análisis político, social y económico

Santa Lucía tiene un gobierno parlamentario del tipo existente en Westminster, habiendo proclamado su independencia de Gran Bretaña en 1979. En el plan nacional de desarrollo se han fijado como principales metas el ofrecimiento de empleo apropiado en todos los sectores a la población joven que aumenta rápidamente y la prosperidad basada en un crecimiento económico equilibrado con menos dependencia de un solo producto de exportación predominante. Las estrategias destinadas a lograr estas metas comprenden el fortalecimiento del sector agrícola, la integración del desarrollo rural para controlar la inmigración del sector rural al urbano, la coordinación de las actividades de desarrollo, el fomento de la industria y el turismo, la atención al progreso de la comunidad y la expansión de la infraestructura económica.

Pese a los esfuerzos del gobierno por fomentar la industria, la economía sigue basándose principalmente en la agricultura, que representa el 13% del PIB total y el mayor volumen de exportaciones y emplea a cerca del 40% de la población laboral. El banano constituye el 80% de las exportaciones de la isla y el coco y el cacao son también importantes cultivos. El gobierno ayuda a fomentar la cría de ganado de carne y lechero con miras a lograr autosuficiencia en esas industrias. La producción de artesanías, el comercio, la banca y el turismo proporcionan una valiosa fuente de divisas. No obstante, por ser Santa Lucía un pequeño país en desarrollo, los graves problemas existentes afectan su capacidad para lograr un crecimiento económico independiente. El producto interno bruto alcanzó un valor total de \$128,9 millones en 1984. El PIB per cápita fue de \$962 en ese año. La fuerza de trabajo potencial constituida por las personas de 15 a 64 años ascendió a

un total de 66.910 personas, casi la mitad de la población estimada en 1984. En los últimos 10 años ha aumentado el empleo solo en los sectores de construcción y servicios y disminuido rápidamente en la agricultura.

El gobierno ha hecho hincapié en el desarrollo educativo de la población y, en consecuencia, sigue mejorando el grado de instrucción. La tasa nacional de alfabetización es del 67% (el 65% de los hombres y el 69% de las mujeres mayores de 10 años saben leer y escribir). El porcentaje de niños matriculados en las 80 escuelas primarias y las 11 escuelas secundarias es el siguiente:

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
De 5 a 14 años, en escuelas primarias	84%	81%	83%
De 15 a 19 años, en escuelas secundarias	25%	35%	30%

Hay otros 210 estudiantes matriculados en escuelas técnicas.

Características demográficas

En 1984 la población de Santa Lucía se estimó oficialmente en 134.066 habitantes (49% hombres y 51% mujeres), cifra que representa un aumento del 11% en relación con la de 120.300 proveniente del censo de 1980. El número de mujeres de edad fértil (de 15 a 44 años) alcanzó un total de 26.748 o sea el 20% de la población. La población de personas dependientes ascendió a 67.156 (o sea la mitad del total), de las cuales 59.582 pertenecen al grupo menor de 15 años y 7.574 al mayor de 65 años. Las principales estadísticas vitales de la población na-

CUADRO 1
Principales estadísticas vitales, Santa Lucía, 1981-1984.

Item	1981	1982	1983	1984
Población estimada a mediados de año	122.200	124.001	126.360	134.066
Niños nacidos vivos	3.860	4.045	3.936	4.130
Mortinatos	68	43	52	55
Defunciones	843	845	795	736
Defunciones neonatales (menos de 28 días)	64	62	76	49
Defunciones infantiles (menores de 1 año)	96	92	105	71
Defunciones de niños de 1 a 4 años	23	27	15	19
Defunciones maternas	1	0	1	0
Tasa de fecundidad ^a	175	179	171	154
Tasa de natalidad ^b	32	33	31	31
Tasa bruta de mortalidad ^b	6,9	6,8	6,3	5,5
Tasa de aumento natural ^b	25	26	25	25
Tasa de mortinatalidad ^c	17	11	13	13
Tasa de mortalidad neonatal ^d	17	15	19	12
Tasa de mortalidad infantil ^d	25	23	27	17
Tasa de mortalidad materna ^d	0,26	0	0,25	0
Tasa de mortalidad por edad (1 a 4 años) ^e	1,2	1,4	0,77	1,1
Niños nacidos de madre adolescente	1.032	1.137	1.037	1.085
Niños nacidos de madre adolescente como porcentaje del total	27	28	26	26
Esperanza de vida de los hombres	66,7	68,7	67,29	70,25
Esperanza de vida de las mujeres	72,2	72,4	73,14	74,90

Fuente: División de Estadísticas de Salud.

a Por 1.000 mujeres de 15 a 44 años.

b Por 1.000 habitantes a mediados de año.

c Por 1.000 nacidos vivos y mortinatos.

d Por 1.000 nacidos vivos.

e Por 1.000 niños de 1 a 4 años.

cional aparecen en el cuadro 1. Más de 50.000 viven en Castries, la capital, y solo otros cuatro distritos tienen una población superior a 10.000 habitantes. Cerca del 66% de los pobladores son de origen negro y otro 30% está formado por mulatos; el 4% restante está constituido por personas de extracción india y un pequeño número de extracción europea. La lengua oficial del país es el inglés pero el dialecto local está muy propagado. Desde 1945, la tasa anual de aumento demográfico ha sido de cerca del 1,5%, pese a la tasa de emigración anual del 1,9%. La migración interna neta a la capital es de cerca del 0,8% anualmente.

Mortalidad

La tasa general de mortalidad y las tasas de defunción según la edad disminuyeron de 1981 a 1984, como se indica en el cuadro 2. La tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes fue de 5,5, la más baja jamás registrada. Todas las tasas de defunción por edad en niños menores de 1 año disminuyeron mucho y los grupos de 7 a 27 días y de 28 días a 11 meses registraron una tasa mínima sin precedentes; las tasas correspondientes a los niños menores de 1 día y de 1 a 6 días fueron las más bajas registradas en los últimos seis años. Estas drásticas reducciones de

CUADRO 2

Tasas de mortalidad según la edad, por 1.000 habitantes, Santa Lucía, 1981-1984.

Grupos de edad	1981	1982	1983	1984
Menores de 1 día ^a	5,4	6,4	7,6	4,6
De 1 a 6 días ^a	7,3	7,2	9,4	6,8
De 7 a 27 días ^a	3,9	1,7	2,3	0,48
De 28 días a 11 meses ^a	8,3	7,4	7,4	5,3
Menores de 1 año ^a	25	23	27	17
De 1 a 4 años	1,2	1,4	0,77	1,1
De 5 a 14 años	0,55	0,62	0,15	0,26
De 15 a 44 años	2,4	2,3	1,8	1,5
De 45 a 64 años	10	12	10	9,9
65 años o más	70	66	65	54
Tasa general	6,9	6,8	6,3	5,5

Fuente: Registros distritales y central.

^a Tasas calculadas por 1.000 nacimientos.

las tasas de mortalidad en el grupo menor de 1 año se atribuyen a mejores servicios de atención de salud materno-infantil. Otras tasas de mortalidad por edad

que registraron valores mínimos no alcanzados hasta ahora correspondieron a los grupos de 15 a 44 años, 45 a 64 años y 65 años o más.

Estado de salud

Los casos notificados de diversas enfermedades entre 1981-1984 aparecen en el cuadro 3. Se presta atención de salud oral por medio de servicios públicos que, en 1984, administraron tratamiento profiláctico a 1.000 niños, el 92% de los cuales tenían una gran cantidad de dientes cariados; se practicaron 883 obturaciones en el centro de salud de La Clery y 7.680 extracciones a 2.838 niños y a 4.842 adultos en el centro de salud de Castries.

En 1984 se notificaron 25 nuevos casos de lepra (19 paubacilares y 6 multibacilares). De los 88 sujetos sospechosos conocidos en los que se practicaron fro-

tis de cisuras cutáneas, 12 acusaron positividad. Como parte del trabajo preliminar de detección realizado en tres escuelas en 1984, se sometieron a examen 605 estudiantes, sin resultados positivos. De las 295 personas examinadas en el hogar, 3 resultaron positivas.

En el programa de control de la tuberculosis se notificaron 55 nuevos casos de la enfermedad en 1984; 93 contactos se sometieron a pruebas de tuberculina y 10 de estos recibieron la vacuna BCG que causó una fuerte reacción en 3 casos, por lo que hubo que enviarlos a los médicos distritales; 17 casos pre-

CUADRO 3

Casos de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, Santa Lucía, 1981-1984.

Enfermedad	1981 ^a	1982 ^a	1983 ^b	1984 ^b
Gonorrea	325	297	663	653
Sífilis	351	256	415	582
Gastroenteritis	377	814	455	1.895
Fiebre tifoidea	14	10	5	18
Disentería	103	19	40	100
Parotiditis	17	33	688	388
Sarampión	134	2.039	71	13
Varicela	69	38	57	78
Lepra	29	16	24	25
Tuberculosis	78	37	48	55
Neumonía (niños menores de 5 años)	139	105	137	105
Malnutrición (niños menores de 5 años)	48	43	41	69
Esquistosomiasis	32	27	18	59
Oftalmía neonatal	55	12	18	23
Total	1.771	3.746	5.865	4.063

Fuentes: ^a Ministerio de Salud, informes anuales de la División de Salud.^b División de Estadísticas de Salud, datos preliminares.

vios de tuberculosis se reactivaron en 1984 y 36 personas fueron tratadas en los servicios ambulatorios.

En el campo de la nutrición, en 1984 el Programa Mundial de Alimentos llegó a su quinto año de ope-

raciones en el que se distribuyeron 382,3 toneladas métricas de productos como harina de trigo, leche descremada en polvo, margarina, aceite vegetal, azúcar, frijoles, carne enlatada y pescado a 5.938 beneficiarios, principalmente madres y niños.

Sistema de salud

En la organización de los servicios de salud del país, el Ministro de Salud es responsable ante el Gabinete de Ministros por la prestación de servicios de salud pública; el secretario permanente está supe-

ditado al Ministro en lo que respecta a la administración, el control financiero y el funcionamiento apropiado de todos los sectores de los servicios de salud; el director de servicios de salud responde ante el

CUADRO 4
Personal de salud por categoría, Santa Lucía, 1981-1984.

Categoría	1981	1982	1983	1984
Médico	48	50	51	58
Odontólogo (cirujano odontológico)	3	5	5	5
Veterinario	2	2	3	2
Administrador de hospital	2	2	1	2
Farmacéutico/distribuidor	27	25	25	24
Educador sanitario	1	1	1	1
Oficial de campo encargado de nutrición	1	3	3	3
Enfermera de salud pública	55	60	62	65
Enfermera psiquiátrica	7	7	7	7
Enfermera	204	206	220	236
Ayudante de enfermería adiestrado	47	47	57	68
Fisioterapeuta	2	2	2	2
Ayudante de enfermería, sin adiestrar	14	25	50	34
Radiógrafo	3	3	4	4
Tecnólogo/técnico de laboratorio	8	12	10	11
Inspector de salud pública, calificado	23	25	26	22
Inspector de salud pública, sin calificar	3	3	3	3
Técnico en salud pública	1	1	1	1
Oficial de suministros médicos	1	1	1	1
Terapeuta ocupacional	2	2	2	2
Auxiliar dental	4	4	4	4
Técnico dental	1	1	1	1
Estudiante distribuidor	5	5	7	7
Total	464	492	546	561

Fuente: Ministerio de Salud, informes anuales de la División de Salud.

Ministro por su dirección y operación técnicas y el oficial médico, ante el director de servicios de salud por el funcionamiento de los servicios de atención primaria y la división de estadísticas de salud. Los servicios de atención primaria comprenden la división de salud ambiental, dirigida por el inspector jefe de salud pública; el servicio de enfermería de la comunidad, que está encabezado por un superintendente de enfermería y los servicios médicos prestados en los centros de salud por oficiales médicos distritales. Hay administradores encargados de los hospitales de Victoria, Golden Hope, Soufriere, Denny y St. Jude. Un oficial de suministros médicos se encarga del almacenamiento y el suministro de medicamentos a todos los dispensarios y farmacias públicos. Hay un director de la oficina de educación sanitaria y nutrición y un administrador del Programa Mundial de Alimentos. En el cuadro 4 se

presenta el personal de salud del país, por categorías, en el período comprendido entre 1981 y 1984.

Los servicios de enfermería comprenden prestaciones en la comunidad y en los hospitales. El servicio de enfermería de la comunidad, dirigido por un superintendente de enfermería y dotado de un superintendente auxiliar, 5 supervisores de enfermería de salud pública, 5 especialistas en enfermería de familia, 46 enfermeras distritales y 96 ayudantes de salud de la comunidad, se ocupa principalmente del fomento de la salud y la rehabilitación y, en menor medida, de atención curativa por medio de 27 centros de salud y 2 hospitales distritales orientados al trabajo en equipo y al concepto de atención primaria de salud basado en la participación de la comunidad. El servicio de enfermería del hospital, dotado de 2 enfermeras jefe, una enfermera subjefe, 10 hermanas asignadas a los departamentos, 29 hermanas

asignadas a los pabellones, 106 enfermeras de planta y 69 auxiliares de enfermería, presta atención secundaria de salud en los hospitales generales y psiquiátricos y atención primaria a algunos pacientes de la comunidad. En 1984 recibieron capacitación en el exterior 10 enfermeras de la comunidad, incluidas 4 enfermeras distritales que se estaban preparando en enfermería de familia.

En 1983 se inició una encuesta de salud de todas las familias de la isla con objeto de preparar una "carpeta sobre la salud de la familia" con información básica sobre cada uno de sus miembros que se mantendrá en el centro de salud respectivo para referencia del personal médico y de enfermería y para facilitar el seguimiento de los pacientes. A finales de 1984 se había cubierto a cerca de la mitad de la población y se pretendía estudiar el resto en el curso de 1985.

En 1985 se estableció en el centro de salud de Castries una división de planificación de la familia que trabaja a tiempo integral y está dotada de una enfermera distrital y una auxiliar de salud de la comunidad y debidamente equipada para prestar servicios de atención posnatal, orientación personal, citología vaginal y anticoncepción. Durante el curso del año, en la unidad se prestó asesoramiento a 2.247 clientes en lo que respecta a métodos naturales y artificiales de planificación familiar e información sobre la vida de familia, se celebraron 87 sesiones de planificación familiar, se facilitaron 185 métodos anticonceptivos a nuevos clientes, se practicó la citología vaginal a 311 pacientes y se enviaron 302 de esas personas a médicos para examen más detallado. Los educadores sobre la vida de familia presentaron ponencias y participaron en discusiones sobre ese tema en 37 escuelas (4.785 estudiantes y maestros) y en 58 grupos de la comunidad (3.066 personas).

El Ministerio de Salud maneja tres laboratorios: uno de salud pública localizado en el centro de salud de Castries y dos de diagnóstico, en cada uno de los hospitales generales. En el hospital distrital de Soufriere se prestan algunos servicios básicos de laboratorio. El Ministerio de Agricultura maneja también un laboratorio de salud pública veterinaria.

Salud ambiental

La división de salud ambiental siguió garantizando la inocuidad y la calidad de los productos alimentarios vendidos al público mediante las enseñanzas impartidas a los trabajadores respectivos so-

bre la higiene de los alimentos y efectuando inspecciones de estos y de las instalaciones en donde se elaboran, como mínimo, dos veces al año. En 1985, se practicaron inspecciones de 978 establecimientos de ese tipo; se cerraron 3 en Soufriere por estar en condiciones antihigiénicas y se confiscaron 582.554 libras de alimentos por no considerarse apropiados para consumo humano. Se realizaron inspecciones de la carne en el matadero de Castries así como de carnicerías, puestos y mataderos de la isla y se inspeccionaron unos 4.530 animales; se juzgó que 3.211 partes de las canales de animales eran inapropiadas para consumo humano y por eso se confiscaron.

En lo que se refiere a eliminación de excretas y aguas negras, la división de salud ambiental recibió 140 solicitudes de instalación de pozos sépticos y 11, de otros sistemas en diversas urbanizaciones menores durante el período en cuestión; se vendieron y entregaron a varias partes de la isla 165 asientos y planchas para letrinas. Se realizaron investigaciones y estudios del suelo en ocho sitios destinados a urbanizaciones residenciales, con miras a asesorar a los urbanizadores en lo referente a sistemas apropiados de evacuación de desechos. Se prestó asistencia técnica al comité de la aldea de Anse-La-Raye en relación con un sistema de evacuación de aguas negras que se proyecta construir. Se efectuaron visitas a varias comunidades rurales en el valle de Dennery para evaluar la posibilidad de introducir un sistema de evacuación de excretas a base de biogás. Se inspeccionaron dos veces al año los sistemas de tratamiento de aguas negras de los hoteles y las zonas industriales y se observó que la calidad del efluente formado por las aguas servidas de unos 12 sistemas es inferior a la estipulada en las normas de salud pública fijadas porque el sistema no se mantiene bien y los operadores no lo conocen lo suficiente. Para remediar este problema, la división de salud ambiental y el Proyecto Hope realizaron un seminario de dos días sobre los sistemas de tratamiento de aguas negras para los operadores de la planta y los ingenieros del hotel, y al efectuar una inspección subsiguiente se observó una notable mejora en las operaciones y en la calidad del efluente. Las averías del equipo han llevado a prestar un servicio de eliminación de aguas negras mucho menos intenso, con lo que se ha producido una baja en la renta proveniente del mismo.

La recogida y evacuación de basura sigue siendo un grave problema. El vertedero de Choc, que recibe basuras de Castries, Gros-Islet y las zonas circunvecinas, es antihigiénico porque no se maneja como es debido. La división de salud ambiental ha presentado proyectos para mejorar las condiciones en el

vertedero de Soufriere y mantiene uno en Balack Bay que cubre las zonas de View-Fort, Laboratories y sus alrededores; el vertedero de ese sitio se emplea para recuperar la ciénaga de Balack Bay.

Durante el año se practicaron inspecciones en todas las escuelas y se presentaron a las autoridades educativas pertinentes informes sobre las condiciones sanitarias con las debidas recomendaciones. Los

inspectores de salud pública ayudaron a las enfermeras del sector durante la campaña de inmunización contra la rubéola y dictaron varias conferencias sobre higiene en las escuelas. Durante el año se ejerció máximo control del mosquito *Aedes aegypti* y una encuesta realizada reveló un índice positivo del 4% de *Aedes* en el norte de la isla y uno del 2,65% en el sur.



San Vicente y Las Granadinas

Contexto general

San Vicente y las Granadinas proclamaron su independencia de Gran Bretaña en 1979 y el país tiene actualmente un sistema parlamentario similar al de Westminster.

La economía depende casi en su totalidad de la agricultura. El banano es el principal cultivo aunque también se producen cocos, caña de azúcar y jengibre. La pesca es una importante fuente de subsistencia; hay una pequeña industria manufacturera y se fomenta el turismo y la industria artesanal. El producto interno bruto per cápita es de US\$495.

La mayor parte de la población es negra y le siguen en importancia los grupos originarios de las Indias Orientales, un pequeño grupo de descendientes de europeos y uno aun más pequeño de caribes amerindios. En 1980, el 60% de la población de 121.000

habitantes tenía menos de 20 años y el 5%, 65 años o más.

El sistema de educación está formado principalmente por los niveles primario y secundario aunque se dispensa educación terciaria en forma restringida. El inglés es la única lengua hablada. La tasa de alfabetización era del 76% en 1980.

La comunicación interna es limitada. El servicio de transporte en autobús es prestado por una empresa comercial solo durante ciertas horas del día. El sistema telefónico se limita únicamente a Kingstown, la capital. Se dispone de servicio de transporte aéreo a San Vicente y a tres de las islas pequeñas. En Kingstown existe un muelle para embarcaciones de gran calado.

Estado de salud

Las estadísticas más recientes (1984) revelan que en 1983 la tasa de natalidad era de 27,2 por 1.000 habitantes, la esperanza de vida al nacer, de 68,5 años y la tasa de mortalidad infantil, de 33 por 1.000 nacidos vivos. En 1980, las principales causas de defunción fueron las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades perinatales, los tumores malignos, la enteritis, la diabetes mellitus y los accidentes. Siguen disminuyendo las enfermedades infecciosas

y parasitarias pero la gastroenteritis constituye todavía un grave problema. Se reconoce la importancia cada vez mayor de la enfermedad hipertensiva y la diabetes mellitus como causas de mortalidad y morbilidad.

La malnutrición sigue siendo una de las principales causas de defunción en los niños de 1 a 5 años. Más del 60% de los niños hospitalizados en 1980-1981 estaban malnutridos y se estima que tam-

bién lo está cerca del 4% de los niños menores de 5 años. En 1983 la cobertura de inmunización infantil fue del 82% con la vacuna antidiftérica, el 86% con la antipoliomielítica, el 82% con el toxoide tetánico, el 82% con la antitosferínica y el 52% con la antisarripionosa.

En 1981, el 60% de las mujeres embarazadas reci-

bieron atención prenatal y el 65% fueron inmunizadas contra el tétanos. En época reciente, se han registrado anualmente 3 defunciones maternas como máximo. Se dispone de servicios de planificación familiar pero están subutilizados. El embarazo de adolescentes es común: 6 de cada 10 mujeres de San Vicente son madres antes de los 20 años.

Sistema de salud

La isla de San Vicente se divide en siete distritos médicos, cada uno de los cuales está bajo el control de un médico distrital. Las Granadinas están agrupadas en dos distritos, uno en Bequia y el otro en la isla de la Unión. Hay 33 dispensarios, que deberían ser administrados por una enfermera partera pero eso no siempre es posible. Se dispone de los servicios de auxiliares de enfermería y de ayudantes de salud de la comunidad en los dispensarios.

El principal hospital general (211 camas) está localizado en Kingstown. El gobierno administra un lazareto (20 camas), un ancianato (120 camas), un centro de salud mental (120 camas) y 4 pequeños hospitales rurales.

El sector privado es bastante pequeño y comprende un hospital general (25 camas) situado en la capital en el que se presta atención de salud en distintos niveles.

Los programas de salud se concentran en la educación sanitaria de la comunidad por medio de ayudas

audiovisuales, enseñanzas sobre planificación familiar y la vida de familia e investigaciones. El Ministerio de Salud trabaja actualmente por establecer un centro de recursos dentro de la división de educación y planificación de salud para que sirva de fuente de información pertinente.

Salud ambiental

El 80% de la población tiene acceso razonable al agua. La construcción de un sistema de abastecimiento de agua en Georgetown y de depósitos de 25.000 a 50.000 galones en seis aldeas permitirá proporcionar agua potable a la mayoría de la población. Existe un mecanismo de cloración en el territorio continental pero la cobertura es inadecuada. Solo en Kingstown se recogen y evacuan los desechos sólidos y la escasez de camiones recolectores de basura constituye un grave factor limitante.

Suriname

Contexto general

Análisis político, económico y social

Suriname ha pasado por importantes cambios en los últimos años, inclusive los efectuados en los sectores político-administrativo, socioeconómico y educativo con posterioridad al golpe militar de 1980. Con ayuda del Reino de los Países Bajos, el país realizó un intenso programa de desarrollo en el que se incluyó la infraestructura de salud y de abastecimiento de agua, pero a finales de 1982 cesó abruptamente la ayuda holandesa para el desarrollo, equivalente a cerca del 10% del PNB anual en los últimos 10 años. Al mismo tiempo, una drástica baja del precio de la bauxita y sus productos derivados, que representan el 80% de las divisas, desencadenó una grave crisis económica. La decisión del gobierno de seguir adelante con los proyectos de desarrollo previamente aprobados agotó las divisas, que escasearon en este país que tanto depende de las importaciones; sin embargo, la deuda externa es casi nula.

Pese a la prioridad asignada a la salud, en 1984 hubo una acentuada escasez de medicamentos, reactivos de laboratorio, repuestos, equipo y otros materiales relacionados con la infraestructura. El empleo ha sido protegido en virtud de un decreto en el que se prohíben los despidos; sin embargo, puesto que son muy pocos los nuevos empleos creados a nivel de principiante, es elevado el índice de desempleo entre los jóvenes. A comienzos de 1984, después de las huelgas en los sectores de producción de bauxita y otros, se anunciaron cambios en el gobierno que permitirían establecer instituciones democráticas y resolver los problemas económicos; se instaló una asamblea nacional a la que se delegó, entre otras cosas, la responsabilidad de preparar una nueva constitución.

Características demográficas

El censo de 1980 mostró que el total de la población era inferior al de 1970, resultado de la emigración en masa a los Países Bajos antes de la independencia (1975) y en los cinco años posteriores. Esa tendencia pudo observarse en los requisitos impuestos para expedición de visas en 1980. Las estimaciones del gobierno respecto de la población actual oscilan entre 380.000 y 430.000 habitantes, a consecuencia de la falta de datos sobre migración. La población está en un período de transición con una base decreciente y una gran concentración de personas en el grupo de 5 a 19 años. En el grupo de edad productiva hay más mujeres que hombres, hecho que quizá puede explicarse por la emigración de jóvenes en busca de mejores oportunidades de empleo y educación. Si bien la población de 60 años o más es todavía relativamente pequeña ya que solo representa el 6,3% del total, ha estado creciendo a paso acelerado y lo mismo sucede en el grupo de 80 años o más que depende mucho de los servicios de atención.

Mortalidad

Las tasas brutas de mortalidad se han mantenido relativamente estables en los últimos años. La cobertura y la calidad de los datos de mortalidad han mejorado en parte por la notificación directa de causas de defunción recibida del interior del país, mejora que dificulta la comparación con períodos anteriores.

El patrón de mortalidad se asemeja al de los países industrializados en el que las enfermedades crónicas y degenerativas constituyen las principales causas de

defunción: más del 25% de las defunciones se deben a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Un 15% de las defunciones corresponden a razones desconocidas. Las muertes accidentales o violentas, de las cuales el suicidio es una causa importante, están en primer lugar en el análisis de causas de pérdida de años potenciales de vida (hasta los 65 años, que es la edad que más se aproxima a la esperanza de vida en Suriname). Después de haberse prohibido en 1980 la venta de ácido acético, que había sido el método preferido de suicidio, aumentaron acusadamente las intoxicaciones con paraquat y

se duplicó el número de muertes clasificadas como suicidio. Se estimó que el paraquat había causado más de 60 defunciones anuales, cifra equivalente a casi el 3% de la mortalidad total en Suriname y superior a la causada por cáncer pulmonar, accidentes de tránsito y enfermedades diarreicas. Las defunciones perinatales podrían considerarse como la segunda causa de mortalidad en importancia en Suriname. La mortalidad por cáncer viene aumentando al igual que la ocasionada por enfermedades infecciosas, quizá porque ha mejorado la notificación.

Estado de salud

Salud del niño

En el grupo de menores de 14 años hay tres patrones diferentes de mortalidad. Las enfermedades perinatales representan casi la mitad de la mortalidad total entre los lactantes (menores de 1 año), situación que no ha cambiado mucho con el transcurso del tiempo. En la mortalidad infantil pueden influir mucho ciertos acontecimientos aislados como fue el caso en 1980 de un brote de infección nosocomial ocurrido en una división de neonatología, que no se detectó por varios meses y aumentó la mortalidad infantil en un 25%. En el grupo de 1 a 4 años, ocupan el primer lugar las enfermedades infecciosas, principalmente las diarreicas, y excluidas las infecciones respiratorias. En el grupo de 5 a 14 años, el primer lugar corresponde a las muertes accidentales. Son escasos los datos de morbilidad. El problema de las infecciones respiratorias agudas no se ha evaluado a escala nacional. Los datos sobre las enfermedades diarreicas son conflictivos: una encuesta indicó una incidencia de tres a cuatro episodios anuales en todos los niños menores de 5 años, de los cuales un 10% recibió atención médica; los datos de otra encuesta subsiguiente, tanto transversales como longitudinales, revelaron que esa incidencia se había estimado excesivamente. El problema parece concentrarse en ciertos barrios y grupos socioeconómicos, en los que la tasa de hospitalización es más elevada. Se han notificado algunos problemas de enfermedades infecciosas en varios centros de atención infantil diurna, que aumentan a medida que un mayor nú-

mero de madres entra a la fuerza de trabajo, y que no siempre están reglamentados.

Un fructífero programa de vacunación ha limitado las enfermedades inmunoprevenibles a los grupos cuya cobertura es insuficiente. En 1981 una epidemia de sarampión llevó a incluir esta enfermedad en el programa de inmunización y en los tres años siguientes no se comprobó ningún caso. Entre 1981 y 1984 no ocurrió ningún caso de poliomielitis, excepto del tipo III relacionado con la vacuna. En 1982 hubo una pequeña epidemia de tos ferina que se limitó al grupo de niños sin vacunar o insuficientemente vacunados. El tétanos neonatal se ha convertido en una enfermedad muy rara, pese a que no hay ningún programa de vacunación institucionalizado para las mujeres embarazadas, excepto en el interior del país; sin embargo, después de que se interrumpió el suministro de vacunas en 1980, se notificaron 5 casos de tétanos neonatal provenientes del interior. No existen datos nacionales fiables sobre rubéola ni parotiditis pero durante ese período se registraron epidemias de ambas. Existen servicios de vacunación contra la rubéola para niñas de edad prepuberal; se desconoce el efecto de este programa sobre la incidencia del síndrome de la rubéola congénita.

En una encuesta realizada en 1984 en la zona costera se observó que el 16% de los niños menores de 5 años tienen un peso para su edad que es inferior al valor que representa el tercer centil. Además, el 13% de los recién nacidos pesan menos de 2.500 g al nacer (1982). La compleja diversidad étnica de Suriname dificulta la interpretación de estos datos. No se han cuantificado los problemas de salud oral que, según se dice, están muy propagados en este grupo.

Salud del adulto

En el grupo de 15 a 44 años la principal causa de defunción se denomina como "accidental", que comprende accidentes propiamente dichos, suicidio y homicidio, incluida la citada epidemia de suicidio con paraquat, la causa más importante de defunción en este grupo en 1983. Otra causa también importante son los accidentes de tránsito, que disminuyen lentamente como resultado de los programas de prevención. La tasa de mortalidad materna de cerca de 9 por 10.000 nacidos vivos no ha cambiado desde que se efectuó un análisis de ese indicador para el período comprendido entre 1963 y 1970.

En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares representan casi la mitad de todas las defunciones y los tumores malignos, alrededor del 16%. En los últimos años, la mortalidad por tumores malignos ha aumentado mientras que la correspondiente a enfermedades vasculares se ha mantenido estable, excepto en el caso de la enfermedad isquémica del corazón, que aumentó ligeramente. En un análisis efectuado para el período de 1976-1981 se indicó que el orden de importancia de la mortalidad por cáncer según el tipo, era el siguiente: entre los hombres, cáncer del estómago, del hígado, del pulmón y de la próstata y leucemia; entre las mujeres, cáncer del útero, de la mama, del estómago, del hígado y del colon. El suicidio es también predominante en este grupo de edad.

Se sabe muy poco sobre la morbilidad entre los adultos, si bien la hipertensión y la diabetes se citan como las principales razones de las consultas ambulatorias en todos los grupos étnicos. Existe muy poca información estadística en lo que respecta a salud mental, aunque se indica que el alcoholismo es un problema importante, pese a no haberse cuantificado, y que la adicción a las drogas es cada vez mayor. Las enfermedades reumáticas son también una causa importante de morbilidad. Es poca o nula la información sobre los problemas que afectan a ciertos subgrupos. No hay ningún programa de salud ocupacional como tal, solo un programa de seguridad de los trabajadores. Se informa que las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema pero no se han cuantificado.

Solo recientemente se ha comenzado a tomar medidas especiales en pro de las personas de 65 años o más, que forman un creciente grupo de la población, y la atención institucionalizada fuera de los hospitales progresa a paso lento. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y una cuarta parte de las defunciones sigue atribuyéndose a razones desconocidas (se-

nilidad, síntomas y estados morbosos mal definidos). El tétanos se concentró en el grupo de esta edad para el que se programó una campaña especial de vacunación.

Problemas que afectan a la población en general

En cuanto a las enfermedades tropicales, ha aumentado la incidencia de malaria en los últimos cuatro años pero eso se debe principalmente a notificación más eficiente. Con la transferencia en 1982 de las actividades antimaláricas a la misión médica encargada de la atención primaria de salud en el interior, la cobertura ha aumentado mucho y, como resultado de ello, no hubo transmisión de la enfermedad en la zona del río Suriname en 1984 y se observó una gran reducción en otras partes (excepto en los alrededores del río Marowijne). La enfermedad de Chagas no es un problema importante en Suriname; se cree que existen casos aislados pero es difícil realizar una confirmación parasitológica. Solo se ha notificado leishmaniasis cutánea, principalmente entre las personas que visitan el interior del país para fines de recreo. La lepra sigue siendo endémica pero las tasas de complicación han disminuido a causa del diagnóstico precoz y del tratamiento. La filariasis ha disminuido a tasas de prevalencia mínimas (menos del 0,1% según la encuesta realizada en la población de Paramaribo y sus alrededores en 1982-1983); pero esas tasas son elevadas entre los inmigrantes, lo que es motivo de preocupación. La transmisión de la esquistosomiasis sigue siendo focal: en el distrito de Saramacca la prevalencia se redujo a niveles muy bajos (inferiores al 1%) con posterioridad a un intenso programa de control, y en las zonas dispersas alrededor de Paramaribo puede llegar algunas veces al 30% pero la baja concentración de parásitos resulta en poca morbilidad.

Los primeros casos de conjuntivitis hemorrágica aguda en las Américas se notificaron en Suriname en abril de 1981, en la frontera con la Guayana Francesa; la enfermedad se desplazó hacia el occidente causando miles de casos en el país antes de cruzar al Caribe y a América Central. En 1982, una epidemia de dengue azotó al país; se aisló el virus del dengue tipo 4 por primera vez y se notificaron 4 casos (2 fueron mortales) de dengue hemorrágico/síndrome de choque causado por dengue en personas de edad avanzada.

Se informa que las enfermedades de transmisión sexual siguen aumentando y que es cada vez mayor la importancia de *Neisseria gonorrhoeae* productora

de penicilinas con plásmidos de diverso origen. Se ha notificado el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) pero hasta ahora no ha sido posible identificar ningún caso autóctono. También predomina la hepatitis B pero se ha concentrado en ciertos grupos étnicos en los que ocurre transmisión vertical durante el nacimiento.

La falta de instalaciones de diagnóstico había sido siempre un factor limitante para reconocer las zoonosis; desde que se introdujo el diagnóstico de laboratorio en 1980, se ha identificado la leptospirosis como causa importante de hospitalización y de letalidad. Un estudio epidemiológico de las enfermedades diarreicas permitió identificar los microorganismos *Campylobacter* y *Cryptosporidia* como principales causas de diarrea además de *Salmonella*, *Rotavirus* y *Escherichia coli* enterotoxígeno. Si bien la brucelosis se introdujo en la población animal en 1978, no se han notificado casos humanos. La rabia de los murciélagos y del ganado no se ha propagado al hombre en los últimos años. El primer caso autóctono de hidatidosis humana notificado en Suriname se registró entre amerindios del interior.

Recientemente no ha ocurrido ningún desastre natural en el país.

Población del interior

Existen datos separados sobre mortalidad, epidemiología y cobertura de los servicios de salud sobre los dos grupos principales que habitan en el interior, a saber, los negros montaraces descendientes de esclavos africanos y los amerindios, cuyas condiciones culturales y de vida son muy diferentes de las que existen en las zonas costeras. La mortalidad infantil

en esta región se acerca a 50 por 1.000 nacidos vivos. El análisis demográfico indica que hay una proporción decreciente de niños menores de 5 años y un aumento de personas de 60 años o más (10% del total). La migración de jóvenes ha resultado en un número excesivo de niños y ancianos y ha desequilibrado la distribución de los sexos en los grupos jóvenes y de mediana edad. La cobertura de vacunación de los niños menores de 2 años se amplió a casi el 100% en 1984. Es buena la cobertura de los servicios de salud en la región, registrándose de 6 a 7 consultas anuales per cápita en las policlínicas, un 16% de las cuales se efectúan por razones preventivas. Los pacientes se envían a uno de los principales hospitales de Paramaribo, a menudo en avión (cerca de 16 envíos anuales por cada 1.000 personas), lo que prolonga la duración promedio de la hospitalización (de 27 a 40 días, según la especialidad) a causa de las dificultades de transporte. La morbilidad por enfermedades infecciosas se atribuye principalmente a las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y enfermedades de transmisión sexual. También es elevada la incidencia de sarna y de leishmaniasis. La distribución de causas de defunción conocidas es muy similar a la que existe en la zona costera, solo que es más elevado (40%) el porcentaje de defunciones por razones desconocidas o el de notificaciones de defunciones atribuibles a síntomas y estados morbosos mal definidos. Se destacan las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, seguidas de las muertes accidentales (principalmente ahogamiento), tumores, afecciones originadas en el período perinatal y enfermedades infecciosas. La morbilidad por enfermedades crónicas está cobrando cada vez mayor importancia, lo que se refleja en el patrón de mortalidad.

Sistema de salud

Los servicios de salud son prestados por intermedio de toda una gama de estructuras y sistemas. El seguro médico, instituido por el Estado en 1981, reembolsa a los funcionarios públicos y a las personas a su cargo los costos de la atención de salud pero no se materializaron las etapas subsiguientes previstas para ampliar la cobertura a toda la población, lo que ocasiona graves desigualdades en materia de servicios. Los grupos de bajos ingresos siguen cubiertos

directamente por las instituciones del Estado, financiadas por el Ministerio de Asuntos Sociales. Se cree que un pequeño grupo de empleados independientes y pequeños agricultores carece totalmente de protección. El seguro médico del Estado se ha convertido en una potente fuerza de la política en materia de salud, no siempre compatible con los objetivos declarados en ese sentido. Además, el servicio regional de salud, encargado de la atención primaria de salud

en la zona costera desde 1980 se reorganizó y fortaleció con centros de salud nuevos y renovados. La misión médica consolidó sus principales actividades de atención de salud en el interior.

Un acontecimiento importante ha sido el traslado de las actividades de control de enfermedades de los programas verticales a los servicios de atención primaria. Son notables los logros en lo que se refiere a la lucha contra la malaria (operaciones más eficientes a la mitad del costo previo e interrupción de la transmisión de importantes focos) y a la vacunación (incremento de la cobertura de menos del 30% a más del 80% en dos años). La infraestructura hospitalaria también se fortaleció en varias áreas, aunque los proyectos de construcción se interrumpieron después de haberse cancelado la ayuda holandesa para el desarrollo. Se reorganizó la producción y distribución de medicamentos en una compañía farmacéutica pública independiente y varias veces se trató de introducir un completo formulario farmacéutico nacional. Han fallado los intentos por instituir mejores sistemas de administración e información en todos los niveles de los servicios de salud y el sector sufrió los efectos de la inestabilidad política a causa de cambios sucesivos en los más altos niveles.

Salud ambiental

Un programa de acción para el abastecimiento de agua realizado con carácter urgente en 1981 mejoró mucho la distribución y disponibilidad de agua en la capital. El sistema rural de abastecimiento de agua siguió progresando y a finales de 1984 se había cumplido con muchas de las metas del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento. La infraestructura de los servicios de alcantarillado avanzó a paso más lento. Durante el período se reorganizó y fortaleció la administración de los desechos sólidos, lo que tuvo como resultado una mayor y mejor cobertura. Las funciones y el papel que desempeña el Ministerio de Salud en el saneamiento del medio se definieron en 1984 y se trató de establecer dentro del mismo una división de salud ambiental. La inocuidad de los alimentos constituye un asunto prioritario y hoy en día se presta más atención a la elaboración y distribución locales de alimentos a causa de las estrictas restricciones de importación. Sin embargo, la responsabilidad por la salud ambiental sigue dispersa en una amplia gama de organismos.



Trinidad y Tabago

Contexto general

Análisis económico y social

La economía de Trinidad y Tabago, pese a una continua decadencia, admite una comparación favorable con la de otros países en desarrollo. Este país tiene uno de los más altos índices de ingreso per cápita en la Región. La base de la economía ha sido el petróleo y el gobierno ha empleado la renta proveniente de ese rubro para estimular el crecimiento y el desarrollo de otros sectores. Actualmente se está ampliando esa base para incluir manufactura de bienes de consumo e industrias pesadas como el hierro, el acero, los fertilizantes y otras sustancias químicas. El auge petrolero—que se inició a finales de 1973 cuando se cuadruplicaron los precios del petróleo y que duró casi 10 años—produjo cambios sustanciales en los patrones de consumo individuales y en el gasto público en proyectos de desarrollo. El ingreso proveniente del petróleo ocasionó un rápido aumento de las reservas de divisas, la renta pública y la transferencia de ingresos a otros sectores. El gobierno pasó a disponer de mayores recursos financieros para gastos ordinarios y de capital y el gasto personal en bienes de consumo y servicios aumentó en un 21% anual entre 1973 y 1981. Los ingresos semanales aumentaron en un 6% anual entre 1977 y 1982 y el desempleo se redujo del 17% en 1973 a menos del 10% en 1980. La producción total aumentó a un ritmo moderado y el ingreso nacional real, a paso rápido. El auge petrolero ha tenido sus efectos negativos: la economía se desequilibró, especialmente con respecto al sector de construcción y a la desviación en el patrón de inversión de los comerciantes, que pasaron a invertir más en bienes raíces que en los sectores productores de bienes como agricultura y

manufacturas. El sector agrícola se debilitó, tanto en lo que se refiere al consumo interno como a la exportación, al incrementarse las importaciones de productos alimentarios casi ocho veces de 1971 a 1982. El alza del índice de ingresos semanales promedio de todos los trabajadores empleados, de 100 en 1973 a 443,3 en 1982, debilitó la posición competitiva en los mercados internos y de exportación y, en los últimos años, empeoró el déficit de la balanza comercial. De 1973 a 1982 el aumento del PIB a precios constantes de 1970 fue de 58,4%. El petróleo representó el 43,0%, el 37,5% y el 30,2% en 1980, 1981 y 1982, respectivamente, pero a precios constantes de 1970 el aporte de ese rubro fue solo del 13,2%, 11,1% y 10,5% en el mismo período y estas disminuciones porcentuales reflejan más la baja del precio del petróleo que una reducción de la cantidad producida. En esos tres años, los sectores de distribución, restaurantes, transporte, almacenamiento, comunicaciones, finanzas, seguros y bienes raíces fueron los mayores contribuyentes al PIB, mientras que el petróleo fue el principal contribuyente entre 1973 y 1977. Pese al elevado nivel del ingreso per cápita, existen muchos problemas relativos a la equidad y distribución de la riqueza del país: muchas personas no se han beneficiado del auge económico y están por debajo del nivel de pobreza. La población activa era de 443.000 habitantes en 1982, de los cuales 296.100 (66,8%) eran hombres y 146.900 (33,2%), mujeres; el desempleo en ese mismo año fue de 45.500 o del 10% (9% de hombres y 14% de mujeres).

La tasa de alfabetización de adultos es del 95%. El sistema educativo está formado por una red de escuelas públicas y privadas preescolares, primarias, secundarias, vocacionales y técnicas y la universi-

dad. En 1981 la población de 5 a 14 años era aproximadamente de 243.000 personas y el 91% de estas estaban matriculadas en algún plantel educativo. En total, cerca de 305.700 estudiantes asistían a 803 escuelas (excluidas las comerciales y vocacionales) de varios tipos.

Pese al auge en el sector de construcción durante el período 1972-1983, no fue posible atender las necesidades mínimas de vivienda de la población, especialmente de las personas pobres. Desde 1978, en el sector de vivienda pública se ha prestado gran atención a la construcción de unidades familiares individuales en grandes urbanizaciones en el corredor este-oeste y en la parte central de Trinidad. El censo de 1980 reveló que hay aproximadamente 235.000 viviendas en el país (de las cuales se considera que el 58% están en buenas condiciones), cifra que representó un aumento del 30% en relación con la de 1960; la ocupación media por unidad residencial fue de 4,5 personas. Dados el hacinamiento y las precarias condiciones de muchas viviendas, se calcula que el déficit de vivienda aceptable es de 120.000 unidades.

El gobierno tiene como metas a largo plazo la prestación continua de servicios de abastecimiento de agua al 80% de las viviendas, la institución de un sistema adecuado de alcantarillado para el 75% de la población y la cloración del 100% del agua. En lo que respecta al consumo de agua—que llega a 75 galones diarios por persona, de una producción de 122 millones diarios—Trinidad y Tabago ocupa el segundo lugar después de los Estados Unidos. El sistema de producción y distribución no es suficiente para atender la demanda de agua, situación que se agrava por el hecho de que el 40% del agua potable producida se pierde por fugas en el sistema de distribución.

Aunque el gobierno no ha establecido ninguna política determinada en materia de salud en la que indique su posición respecto de estas importantes cuestiones, ha habido declaraciones específicas sobre la política de salud y asuntos afines; además, la política está claramente explicada, si no manifiesta en forma explícita, en los métodos tradicionales de operaciones. La meta consiste en asegurarse de que ningún ciudadano sufra los efectos sanitarios adversos que ocasiona la imposibilidad de pagar los servicios en el momento en que se necesitan; hacer que todos tengan acceso a los servicios de salud; trabajar por el fomento de la salud personal y pública; proteger el medio ambiente; controlar y, donde sea posible, erradicar las enfermedades endémicas; establecer mecanismos para el desarrollo de sectores que influyen en la salud y proporcionar la debida formación a los trabajadores de salud de todos los niveles.

Características demográficas

El censo oficial de 1980 indicó que el país tenía una población de 1.079.791 habitantes, cifra que representa un aumento del 16% en comparación con la de 1970 que ascendía a 931.055 habitantes. La tasa estimada de crecimiento fue del 1,4% en 1982 y del 1,7% en 1983. Empleando una tasa de crecimiento anual del 1,5% se estima que en 1985 la población era de 1.137.288 habitantes y que en 1990 habrá aumentado a 1.225.181, en 1995, a 1.319.867 y en el año 2000, a 1.421.871. El censo indicó además que la composición de la población por edad era de 369.706 personas (34,3%) menores de 14 años; 649.903 (60,1%) en el grupo de 15 a 64 años y 60.182 (5,5%) de 65 años o más. En 1980 había 325.000 mujeres de edad fecunda (de 15 a 49 años) y se estimó que en 1985 y 1990 esas cifras serían de 367.700 y 405.400, respectivamente. Había 66 personas a cargo por cada 100 de edad activa. La población de personas mayores de 65 años se estimó en 70.353 en 1985 y en 84.142 para 1990, cuando el grupo de esta edad excederá del 6% del total.

La esperanza de vida al nacer para el período comprendido entre 1975 y 1980 (promedio) fue de 68,9 años, habiendo aumentado de 67,8 años en el período de 1965 a 1970; en los mismos períodos la esperanza de vida de los hombres era de 65,9 y de 65,9 años, respectivamente—no se conocen las razones para explicar la falta de cambio de la tasa—y de las mujeres, 69,7 y 72,0.

El país tiene una densidad demográfica de 205,8 personas por km² (1980), la mayoría de las cuales está localizada en Puerto España, San Fernando y St. George y a lo largo del corredor este-oeste (de Puerto España a Sangre Grande), zonas que han tenido incrementos demográficos de cerca del 1,5 al 2% anualmente.

Mortalidad

Las tasas brutas de defunción han disminuido mucho en este siglo, de 18,9 por 1.000 habitantes en 1930 a 6,9 en 1965; después de ese año se han estabilizado y la mortalidad ha variado de un mínimo de 6,3 en 1974 a 7,0 en 1980.

Los cambios en la tasa de mortalidad han variado en los diferentes grupos clasificados por edad (cuadro 1). El gran progreso alcanzado en la reducción de la mortalidad infantil no pudo replicarse en todos los grupos. Las tasas de mortalidad aumentaron en el grupo de 25 a 34 años y de 75 años o más entre 1967 y 1977. El cuadro 2 revela el patrón de cambio de las

CUADRO 1

Tasas de mortalidad específicas según la edad por 1.000 habitantes, por todas las causas, Trinidad y Tabago, 1967 y 1977.

Grupo clasificado según la edad	Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes		% de aumento (o disminución)
	1967	1977	
0-4	8,4	5,7	(32,1)
5-14	0,5	0,5	0
15-24	1,2	1,1	(8,3)
25-34	1,7	1,8	5,9
35-44	3,7	3,1	(16,2)
45-54	9,0	8,0	(11,1)
55-64	20,2	19,6	(2,9)
15-74	51,5	47,5	(7,8)
75+	133,2	172,7	29,7
Tasa ajustada según la edad	6,7	6,4	(4,5)

CUADRO 2

Cinco causas principales de defunción en Trinidad y Tabago en 1941, 1964 y 1977.

Orden de importancia	1941	1964	1977
1	Malaria	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tuberculosis pulmonar	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
3	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Fiebre entérica	Influenza y neumonía	Diabetes mellitus
5	Sífilis	Accidentes	Accidentes

Fuente: Trabajo sobre atención primaria de salud preparado por la Dra. Norma Andrews, 1983.

enfermedades en Trinidad y Tabago, según las cinco causas principales de defunción en los últimos 40 años: mientras que en 1941 cuatro de las cinco cau-

sas principales de defunción correspondían a enfermedades infecciosas, en 1977 las cinco causas principales fueron las enfermedades no transmisibles.

Estado de salud

Salud del niño

Lactantes y niños pequeños. La mortalidad infantil ha disminuido constantemente, de 34,4 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 19,7 por 1.000 en 1980. Las pruebas existentes indican que esa tendencia continúa, especialmente desde que se introdujo la terapia de rehidratación oral (TRO). Las estimaciones para 1981 y 1982 son de 18,4 y 18,1, respectivamente, lo que indica que la meta de un máximo de 20 por 1.000 ya se ha logrado. Las principales reducciones en la mortalidad infantil han ocurrido en el período posneonatal. Se prevé que en el futuro casi todas las defunciones infantiles ocurrirán en el período neonatal. El estudio inédito de Caroni sobre la mortalidad infantil reveló un número importante de registros falsos de defunciones neonatales tempranas, que confirman la considerable falta de notificación de defunciones de neonatos y señalan la importancia del bajo peso al nacer como factor de riesgo en las defunciones infantiles, ya que se registró un 73,1% de muertes neonatales y un 37,5% de muertes posnatales entre niños que pesaban menos de 2.500 g al nacer en comparación con el 22,5% de niños vivos menores de 5 años. Los datos obtenidos en 1980 de tres hospitales de Trinidad sobre la frecuencia de la insuficiencia ponderal al nacer en embarazos de 38 semanas de gestación como mínimo revelaron que los niños que pesan menos de 2.500 g representaban el 9,2% de todos los nacimientos (531 de 5.748). El bajo peso al nacer es común entre las personas de las Indias Orientales. En 1977, las causas perinatales se situaron en el primer lugar entre las cinco causas principales de defunción y las enfermedades diarreicas, en el segundo; la terapia de rehidratación oral llevará a reducir considerablemente la mortalidad por enteritis y diarrea, trastornos que en ese año representaron el 27% de todas las defunciones infantiles. Los datos recibidos del Hospital General de Puerto España revelan el efecto de la TRO en el número de hospitalizaciones y la mortalidad: se redujo en un 53% el número de niños hospitalizados por causa de diarrea en 1983 en comparación con 1979, año anterior a la introducción de la TRO, y solo ocurrieron 13 defunciones en comparación con 100 en 1979. La influenza y la neumonía, en conjunto, ocupan el tercer lugar entre las causas de defunción.

Niños de 1 a 4 años. En 1977 la enteritis y las enfermedades diarreicas reemplazaron a las causas

perinatales, situándose en primer lugar entre las causas de defunción y representaron el 32,3% de todas las defunciones ocurridas en el grupo de 1 a 4 años; los accidentes ocuparon el segundo lugar y representaron el 20,3% de todas las defunciones en ese grupo y la influenza y la neumonía, el tercero y representaron el 11,3% de todas las defunciones. La poliomielitis ha dejado de ser un problema grave desde la epidemia ocurrida en 1971-1972 (186 casos); el último caso se notificó en 1973. La tos ferina llegó a un punto culminante en 1969 pero en 1983 no se registró ningún caso. La cobertura de inmunización de niños menores de un año en 1983 fue del 52,8% con la vacuna DPT y del 58,5 con la antipoliomielítica, aunque estos datos no incluyen la inmunización practicada por médicos particulares.

Niños de 5 a 14 años. Los accidentes fueron la principal causa de defunción en este grupo (el 37,2% de todas las defunciones y el 44,6% en los hombres), la influenza y la neumonía se situaron en segundo lugar, los tumores malignos en tercer lugar (el 9,3% de todas las defunciones) y la enteritis y otras enfermedades diarreicas en cuarto lugar (el 4,7% de todas las defunciones).

Salud del adulto

Adultos de 15 a 24 años. La mortalidad en personas de 15 a 24 años fue de 1,1 por 1.000 (267 defunciones) en 1977. La mortalidad no ha disminuido mucho en el grupo de esa edad desde 1967. El número de defunciones por violencia (accidentes de vehículos de motor, suicidio y homicidio) ha aumentado, especialmente entre los hombres. Sin embargo, los datos de mortalidad no dan una idea cabal de los problemas de salud de este grupo. No hay datos sobre la prevalencia del uso indebido de drogas, incluido el alcoholismo. Los registros criminales correspondientes al período comprendido entre 1970 y 1979 revelan que la proporción de jóvenes encarcelados o sentenciados a muerte aumentó constantemente y que el grupo de esta edad contribuyó mucho a los desórdenes sociales en general. Entre las notificaciones de gonorrea, el 46,4% correspondieron a personas jóvenes. Un 46% de las mujeres egresadas de los hospitales generales de Puerto España y San Fernando por razones de aborto pertenecían al grupo de 15 a 24 años.

CUADRO 3
Cinco causas principales de defunción de mujeres de 15 a 44 años y tasas por 100.000 habitantes, Trinidad y Tabago, 1977.

Causas de defunción	Orden de importancia	No.	Tasa	%
Todas las causas		342	135,6	100,0
Tumores malignos	1	53	21,0	15,5
Enfermedades del corazón	2	50	19,8	14,6
Accidentes	3	37	14,7	10,8
Complicaciones del embarazo	4	22	8,7	6,4
Suicidio	5	21	8,3	6,1

Adultos de 25 a 64 años. Las tasas de mortalidad en el grupo de 25 a 44 años han disminuido muy poco y los accidentes, las enfermedades del corazón y el cáncer son las causas más importantes de defunción. Las tasas de mortalidad en el grupo de 45 a 64 años se han mantenido muy estables, siendo las cinco causas principales las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los accidentes.

Adultos de 65 años o más. Las tasas de mortalidad en el grupo de 65 a 74 años han mostrado una ligera disminución entre 1971 y 1977, de 81,0 a 78,3 por 100.000, respectivamente. Las tasas de mortalidad de personas de 74 años o más aumentaron de 321,5 a 357,3. Las cinco causas principales de defunción en el grupo de 65 años o más fueron las enfermedades del corazón (2.457,9 defunciones por 100.000 habitantes en 1977), las enfermedades cerebrovasculares (1.353,8), los tumores malignos (696,6), la diabetes mellitus (541,1) y la influenza y la neumonía (372,4). La importancia de estas causas crecerá a medida que la población envejezca y aumente el grupo de 65 años o más.

Mujeres de 15 a 44 años. En el cuadro 3 se indican las cinco causas principales de defunción en mujeres de 15 a 44 años en 1977. Entre los tumores malignos, que son la principal causa de defunción, los factores más importantes que contribuyeron a la mortalidad fueron los diversos tipos de cáncer de los órganos genitales femeninos, a saber, cáncer de mama, del cuello uterino y del útero propiamente

dicho. El patrón de las tasas de mortalidad materna, calculado empleando como denominador la suma de los niños nacidos vivos y de los mortinatos en un año en particular, ha fluctuado en los últimos 40 años: la tasa disminuyó de 5,4 por 1.000 en 1945 a 1,3 por 1.000 en 1960; entre 1960 y 1975 no hubo ninguna disminución y después de 1975 volvió a bajar, llegando a 0,8 por 1.000 nacimientos en 1977. Las defunciones por complicaciones del embarazo representaron el 6,4% del total en las mujeres de 15 a 44 años en 1977 y ocuparon el cuarto lugar entre las causas de defunción en ese grupo de edad; las complicaciones del embarazo se situaron en el tercer lugar entre las causas de internado en el Hospital General de San Fernando, el cuarto en el Hospital de Tabago y el quinto en el Hospital General de Puerto España y en el Hospital de Sangre Grande. La muerte ulterior al aborto representa más del 40,9% de la mortalidad materna; el aborto fue también la principal causa de hospitalización. En 1977, dos quintas partes de todos los nacimientos se clasificaban como de alto riesgo (11.050 de 27.679), si se considera que todos los niños nacidos de mujeres menores de 20 años y mayores de 35 y todos los niños que nacen después del quinto lugar pertenecen a esa clase; si se definen los nacimientos de alto riesgo como aquellos en que la paridad es de cinco o más, independientemente de la edad, se registraron 5.114 de esos nacimientos o sea el 18,5%. En todo el país, hubo 21.278 nacimientos (78,4%) en hospitales públicos y la mayoría fueron atendidos por médicos o parteras (93,6%). En las zonas rurales, las proporciones respectivas fueron del 55,7% y 80,6%. No se dispone de

datos sobre el estado nutricional de la mujer aunque la incidencia ya citada de bajo peso al nacer implica una probable incidencia de malnutrición en las mujeres de edad reproductiva.

Problemas que afectan a la población en general

Enfermedades transmisibles. La fiebre amarilla es la única enfermedad sujeta al Reglamento Internacional de Salud que ha ocurrido en Trinidad y Tabago en época reciente y se ha presentado en forma de epidemia en ciclos de aproximadamente 20 años durante el curso del presente siglo, habiéndose iniciado el último como una epizootia en el bosque meridional de Trinidad a finales de 1978. Siguen siendo desconocidos los reservorios exactos del agente infeccioso. Aunque en este siglo no se han presentado casos de fiebre amarilla urbana, la presencia del vector urbano *Aedes aegypti* en grandes números indica que la situación puede ser explosiva. El país se declaró exento de malaria en 1965, aunque la detección regular de casos importados (4 en 1982) recuerda constantemente que la amenaza de malaria aún existe. El dengue se ha convertido en una enfermedad endémica en Trinidad y Tabago a partir de la introducción del virus tipo 1 en 1977 y se ha notificado todos los años desde entonces, excepto en 1980. De 1977 a 1983 se notificaron 537 casos, acentuándose mucho la incidencia en 1978 y 1983, pero ese número de casos representa solo una pequeña fracción de los que realmente ocurrieron en 1983. Se aisló el serotipo 4 en 115 de 118 casos. Teniendo en cuenta la epidemia masiva de dengue hemorrágico ocurrida en Cuba en 1981, esos datos señalan hacia una situación potencialmente grave en Trinidad. Tabago, sin embargo, se mantiene exenta de *A. aegypti*.

Los casos de tuberculosis en el decenio comprendido entre 1974 y 1983 oscilan de un mínimo de 6 anuales en 1982 a un máximo de 171 en 1976 (con un promedio de 113 casos anuales). Casi la mitad de estos casos acusaron resultados positivos en el análisis de esputo hasta 1980 y después de esa fecha el porcentaje de positivos aumentó constantemente hasta alcanzar el 76% en 1983; este incremento indica mejoras en la capacidad de diagnóstico. La tasa media de incidencia anual en los últimos 10 años fue de 9,4 por 100.000 casos totales y de 5,7 por 100.000 casos positivos según el examen de esputo. El análisis de la incidencia de tuberculosis por edad en 1983 indica que las tasas más elevadas se observan en hombres ancianos y que la ausencia de meningitis tuberculosa sugiere una baja tasa de infec-

ción y una disminución de la tuberculosis infantil. Aun si la incidencia es 2,5 veces superior a la notificada (la relación caso-defunción es de 4:1 en comparación con 10:1 en los países en desarrollo), la incidencia verdadera es todavía baja.

La incidencia de lepra ha disminuido progresivamente a 2 por 100.000 personas pese a la intensa búsqueda de casos y actualmente representa una cuarta parte de la incidencia notificada hace 10 años. A finales de 1983 se habían inscrito 162 pacientes, de los cuales 145 estaban bajo vigilancia activa.

La notificación de las enfermedades de transmisión sexual es sumamente deficiente y los datos disponibles provienen de dispensarios públicos para el tratamiento de enfermedades venéreas. La incidencia de gonorrea ha disminuido constantemente, de 10.450 casos notificados (988 por 100.000 habitantes) en 1973 a 3.035 casos (239 por 100.000 habitantes) en 1982. La proporción de hombres a mujeres fue de 6,4:1, lo que indica que un gran reservorio de mujeres sigue sin diagnosticar. La proporción de uretritis gonocócica a no gonocócica en los hombres es de 2,5:1. A causa de la falta de notificación por parte del sector privado, se desconoce la verdadera incidencia de la gonorrea. La incidencia de sífilis infecciosa ha sido más o menos constante desde 1973 hasta 1982, con un promedio de 669 casos anuales (o 58,1 por 100.000 habitantes). La proporción de hombres a mujeres es de 1,5:1. Desde 1978 ha habido una modesta tendencia descendente en el número de casos notificados.

Enfermedades no transmisibles. La creciente importancia de las enfermedades crónicas se refleja en la mortalidad proporcional causada por tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y cirrosis del hígado, entre 1971 y 1977. Estas causas de defunción representan el 59,3% de la mortalidad total en 1971 y el 60,8% en 1977. La proporción de mortalidad por tumores malignos y enfermedades del corazón no difirió mucho entre 1971 y 1977, pero la enfermedad hipertensiva y la diabetes mellitus aumentaron del 4,8 al 6,0% y del 5,6 al 7,4%, respectivamente. En el cuadro 4 se indica el número de defunciones y las tasas de defunción ajustadas según la edad correspondientes a las enfermedades cardiovasculares en 1971, 1974 y 1979. La importancia de la fiebre reumática aguda y de la enfermedad reumática crónica del corazón disminuyó como causa de mortalidad pero la de la enfermedad isquémica del corazón y la de la enfermedad cardíaca hipertensiva aumentó. Es posible que algunos de esos aumentos no sean reales y que estén reflejando una mayor precisión en el diagnóstico

CUADRO 4

Número de defunciones y tasas de defunción ajustadas según la edad por enfermedades cardiovasculares por 100.000 habitantes, Trinidad y Tabago, 1971, 1974 y 1977.

Causa de defunción	1971		1974		1977	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Fiebre reumática aguda (CIE8-390-392)	4	0,4	7	0,6	3	0,3
Enfermedades reumáticas del corazón (CIE8-393-398)	73	6,8	57	5,0	58	5,0
Enfermedad hipertensiva (CIE8-400-404)	337	30,5	346	30,4	438	36,8
Enfermedad isquémica del corazón (CIE8-410-414)	905	80,7	905	77,0	1.008	82,4
Otras formas de enfermedad del corazón (CIE8-420-429)	466	43,6	334	29,9	308	27,3
Enfermedades cerebrovasculares (CIE8-430-438)	917	79,4	837	73,8	876	76,5
Otras enfermedades del aparato circulatorio (CIE8-440-448)	170	15,9	147	13,2	167	14,3

más bien que un aumento real de mortalidad. Quizá se hayan asignado a estos grupos defunciones clasificadas bajo "otras formas de enfermedad del corazón" a medida que mejoró el diagnóstico (hubo una disminución importante del número asignado a esta clase entre 1971 y 1977, de 466 a 308). Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares en general fueron uno de los principales factores contribuyentes a la mortalidad: el 25,3% en 1971 (1.785 de 7.044 defunciones) y el 24,8% en 1977 (1.815 de 7.311 defunciones). La mortalidad por enfermedades del corazón entre los 45 y 64 años fue mayor en Trinidad y Tabago (382,5 por 100.000) que en los Estados Unidos (341,5 por 100.000), 3 veces la de Costa Rica (129,4 por 100.000) y 1,5 veces la de Barbados (230 por 100.000). La hipertensión fue una afección común en la mujer y su prevalencia en 1982 llegó al 14% en el grupo de 35 a 44 años y al 44% en el de 65 a 69 años.

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de defunción. El nú-

mero de defunciones así como las tasas brutas de defunción y de defunción ajustadas según la edad mostraron una tendencia descendente entre 1971 y 1977. Las tasas de defunción ajustadas según la edad fueron de 79,4 por 100.000 en 1971 y de 76,5 por 100.000 en 1977 y en este último año se registraron 41 defunciones menos que en 1971.

Las tasas de defunción por diabetes mellitus aumentaron notablemente entre 1967 y 1977 y en este último año Trinidad y Tabago registró la mayor tasa de defunción por esa causa en el hemisferio occidental. El número de defunciones y las tasas de defunción correspondientes casi se duplicaron entre 1967 y 1971 y han seguido aumentando desde entonces. En 1977, las tasas de defunción ajustadas según la edad habían aumentado de 22,6 por 100.000 a 43,1, lo que representa un incremento del 90,7%. Los cambios en la designación de causas subyacentes de defunción, relacionados con la introducción de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de

Enfermedades en 1970, indudablemente explican una gran proporción de los aumentos registrados entre 1967 y 1971.

Los tumores malignos son causas comunes de defunción y morbilidad en Trinidad y Tabago y por más de 40 años han ocupado el tercer lugar entre las causas de defunción; la proporción de defunciones ocasionadas por este grupo de causas fue de cerca del 9% en los años setenta. El cáncer de la próstata es la causa de defunción más común en los hombres y el del cuello uterino, en las mujeres; el cáncer del estómago fue la segunda causa de defunción en importancia entre los hombres y la tercera entre las mujeres; el cáncer del pulmón ocupó el tercer lugar entre las causas de defunción de los hombres mientras que el de mama fue sobrepasado solo por el cáncer del cuello uterino en las mujeres. Por tanto, el cáncer de los órganos genitales femeninos fue una causa muy importante de defunción. El cáncer de los intestinos (particularmente del colon) ocupó el quinto lugar entre las causas de defunción por tumores malignos en hombres y mujeres. La mortalidad por cáncer del estómago ajustada según la edad disminuyó de 8,7 por 100.000 en 1967 a 7,2 en 1977. La mortalidad por cáncer del pulmón se mantuvo bastante constante en ese mismo decenio: las tasas de defunción ajustadas según la edad fueron de 4,2 por 100.000 en 1967 y de 4,3 en un grupo análogo en 1977. La tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino, ajustada según la edad, se mantuvo constante, oscilando entre 10,4 por 100.000 en 1967 y 9,0 en 1977. Sin embargo, la mortalidad entre las mujeres de 15 a 44 años por cáncer del cuello uterino fue elevada, registrándose 5,5 defunciones por 100.000 en 1977. En el mismo año, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 15 a 44 años fue de 6,4 por 100.000.

La cirrosis del hígado, que puede ser un indicador de la prevalencia de las enfermedades relacionadas con el uso indebido del alcohol en la comunidad, fue la causa de 87 defunciones en 1967 y de 120 en 1977; en ese último año la mortalidad proporcional fue del 2,1% y la tasa de defunción ajustada según la edad, de 12 por 100.000 personas. En 1978, hubo 222 egresos de personas tratadas por cirrosis del hígado en los cinco hospitales principales de Trinidad y Tabago.

Otros problemas de salud. Los accidentes se han convertido en una de las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad y la muerte accidental figuró entre las cinco causas principales de defunción en personas de todas las edades y fue la más importante en el grupo de 5 a 44 años. Los accidentes, los envenenamientos y la violencia ocuparon el primer

lugar entre las principales clases de diagnóstico emitido al egreso de pacientes en los hospitales generales de Puerto España y San Fernando, el segundo lugar en Tabago y el quinto en Arima, lo que indica la gravedad del problema. Los accidentes de vehículos de motor han sido un importante factor contribuyente a la mortalidad. Desde 1970, ha habido un incremento general del número de defunciones de personas mayores de 5 años por accidentes viales, que aumentaron de 184 en 1975 a 252 en 1979.

Trinidad y Tabago tiene una de las tasas de suicidio más elevadas del hemisferio occidental. Se cree que el problema se ha agravado con el empleo de paratión y paraquat en la agricultura; la facilidad con que se consigue veneno potente puede haber convertido en suicidio lo que de otro modo se habría registrado como un "intento de suicidio" o "parasuicidio". En el cuadro 5 se indica el número de internados en tres hospitales por exposición a sustancias químicas según el grupo étnico, con notables diferencias entre grupos; es muy probable que la facilidad con que consigue el paraquat la familia campesina de las Indias Orientales sea un factor importante en esas defunciones.

En 1971 se registraron 43 muertes de niños menores de 5 años por deficiencias de nutrición (el 41,0% de las 105 defunciones de todas las edades). En 1977, el número de defunciones se había reducido a 7 (10,9%), pero entre las personas de 65 años o más había aumentado en 53 y representó el 82,8% de las defunciones por malnutrición en todas las edades. No se han realizado estudios de nutrición en los últimos años. En un estudio realizado en 1980 se informó que de un total de 1.585 niños examinados, y de conformidad con la clasificación Gómez de malnutrición, el 50,7% eran normales, el 36,8% se clasificaron en el grado I, el 4,1% en el grado II y otro 1,4% en el grado III. Informaciones anecdóticas indican que entre 1980 y 1982 mejoró el estado nutricional de la población. Los cuadros de alimentos preparados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación en 1980 indican que en 1977 se disponía de 2.686 calorías y 70 g de proteína per cápita.

Problemas de salud de los trabajadores. No se dispone de datos recientes sobre la salud del trabajador para fines de análisis. Los datos anteriores indican que los accidentes y la exposición a sustancias químicas constituyen graves problemas. El mayor número de accidentes ocurrió en la industria química, habiéndose notificado 340 en una población activa de 3.939 personas, lo que equivale a una tasa de 86,3 accidentes anuales notificables por 1.000 personas, seguida de una de 59,0 en las industrias

CUADRO 5

Número de internados en tres hospitales y defunciones por exposición a sustancias químicas, según el sexo y grupo étnico, Trinidad y Tabago.

Sexo	Grupo étnico					
	Indias orientales		Negros		Origen mixto	
	No. internados	Defunciones	No. internados	Defunciones	No. internados	Defunciones
Hombres	204	54	70	12	25	8
Mujeres	322	29	103	11	38	6
Total	526	83	173	23	63	14

Fuente: División de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud y del Medio Ambiente.

impresoras y editoriales; las tasas de las grandes industrias, como las de petróleo, azúcar y construcción, fueron inferiores, situándose en 28,2, 28,7 y 24,9, respectivamente. Un estudio de la OPS/OMS reveló que son elevadas las concentraciones sanguíneas de plaguicidas entre los trabajadores agrícolas. Son pocos o nulos los datos respecto de las malignidades relacionadas con el trabajo. La dermatitis se ha notificado con mucha frecuencia, con una elevada prevalencia de infecciones micóticas cutáneas, en los trabajadores del sector de abastecimiento de agua y alcantarillado. Se ha comprobado hasta cierto punto que los trabajadores en fábricas de baterías tienen elevadas concentraciones sanguíneas de plomo.

Zoonosis. Se indica que la rabia es endémica entre los murciélagos vampiros. Por varios decenios no se ha notificado ningún caso de rabia humana, aunque ha habido algunos casos ocasionales en el ganado. La leptospirosis es endémica y entre 1980 y 1982 se notificaron 63 casos; existen pruebas serológicas de que la infección está más propagada de lo que indican las notificaciones. Se han eliminado casi por completo la tuberculosis bovina y la brucelosis, pero en los últimos seis meses se ha detectado la primera enfermedad cada vez con mayor frecuencia en el ganado de Tabago. No se ha notificado ningún caso de ántrax.

El Ministerio de Agricultura, Tierras y Producción de Alimentos ha expresado preocupación por los casos de anaplasmosis y de babesiosis ocurridos en el ganado y actualmente se investiga este problema. Las infecciones causadas por *Salmonella* constituyen una importante zoonosis y en época reciente se ha aislado ese agente patógeno en unos 100 cultivos de especímenes tomados de fuentes humanas cada año; en un estudio se indica que ese microorganismo se puede cultivar con frecuencia a partir de carne de pollo cruda, producto en el que también se puede aislar a menudo el microorganismo *Campylobacter*; en 1983 se aisló este en 59 cultivos realizados en CAREC, principalmente en especímenes tomados de casos atendidos en el Hospital General de Puerto España.

Salud ambiental

Los adelantos en el campo de la salud ambiental han ayudado mucho al logro del actual estado de salud relativamente bueno de la población. En 1976, el 58,6% de todas las familias tenían acceso a conexiones domiciliarias de abastecimiento de agua. Mientras que solo el 32,7% disponía de inodoros de lavado automático, el 99,7% disponía de inodoros en

general, práctica que se refleja en la disminución de la frecuencia de fiebre tifoidea y lombrices intestinales. Sin embargo, la notificación de casos de gastroenteritis no ha acusado la misma tendencia descendente. Aunque el gran número de enfermedades notificadas puede deberse a una mayor conciencia del público a raíz de las intensas actividades de educación sanitaria, indica que los patógenos gastrointestinales todavía se propagan libremente entre la población. El mayor número se encontró en zonas con abastecimiento de agua de dudosa calidad, lo que sugiere la posibilidad de transmisión de infecciones por el agua.

Aunque más del 80% de las viviendas del país tienen agua potable, el abastecimiento es intermitente. Por eso hay que almacenar el agua y los sistemas particulares de almacenamiento crean condiciones ideales para la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*. Al eliminar la necesidad de almacenar agua se ayudaría mucho a la erradicación del vector. La mayor eficiencia de la distribución del agua potable reduciría mucho los costos del abastecimiento de agua y la fluoruración de esta disminuiría la incidencia de enfermedades dentales en el país.

La notificación de enfermedades transmitidas por los alimentos es incompleta y los casos declarados pueden constituir solo una pequeña parte de los que realmente ocurren. Los informes de CAREC indican

que numerosas tiendas de alimentos al detal dejan de cumplir con las normas de aceptabilidad, lo que se confirmó con los resultados de la inspección efectuada por las autoridades locales en 1982.

El Instituto de Asuntos Marinos ha acopiado datos sobre el medio costero y marino que indican un considerable índice de contaminación fecal en las playas públicas y las aguas costeras del país. Desde 1976 han ocurrido por lo menos nueve episodios de matanza de peces, uno de los cuales se atribuye a envenenamiento con cianuro; esto señala que es necesario examinar detalladamente la evacuación de aguas residuales y las prácticas agrícolas y de otra índole. Es evidente que la descarga de aguas sin tratar en las corrientes, las ciénagas y el mar es inaceptable. Las prácticas agrícolas pueden llevar a introducir al medio ambiente aguas servidas sin tratar, lo que resulta en graves peligros. Lamentablemente, no se dispone de los resultados de los estudios de la evaluación del impacto del desarrollo en el medio ambiente realizados en Trinidad y Tabago para fines de análisis; pero los efectos observables a simple vista—la deforestación, la disminución de la vida silvestre, la anegación frecuente, la exterminación de peces y el daño al arrecife de Buccoo—indican que es necesario realizar estudios más extensos sobre los efectos que tiene el desarrollo en el medio ambiente del país.

Sistema de salud

La característica distintiva del sistema de atención de salud de Trinidad y Tabago es la asistencia pública: el Ministerio de Salud y del Medio Ambiente presta la mayor parte de la atención de salud que recibe la población. El sector privado trabaja principalmente en atención ambulatoria y hay solo un hospital privado de tamaño importante. Muchos médicos son empleados por el gobierno pero también tienen consultorios particulares. El Ministro de Salud y del Medio Ambiente está supeditado al Gabinete y al Parlamento en los asuntos relativos al funcionamiento del Ministerio. El principal oficial ejecutivo del Ministerio es el secretario permanente y el médico jefe es el asesor principal en asuntos profesionales y técnicos. Dentro del Ministerio hay cuatro divisiones principales, cada una encabezada

por un oficial médico principal, a saber, servicios comunitarios, salud ambiental, atención de salud institucional y epidemiología.

La división de servicios de salud a la comunidad se encarga de prestar esa clase de atención en el medio correspondiente. Los servicios del sector de salud pública se prestan dentro de un sistema escalonado en tres niveles: primario, secundario y terciario. La atención primaria compete a los equipos de salud de los condados, que se dedican principalmente a prestar atención integral a todas las comunidades; esos equipos realizan una gran variedad de servicios ambulatorios, especialmente de salud materno-infantil. Hay también especialistas visitantes que prestan otros servicios en el centro de salud. Las enfermeras de salud pública que han recibido adies-

tramiento especial visitan los hogares y las escuelas. Los principales programas de inmunización se realizan en el primer nivel de atención.

El gobierno, que asigna gran prioridad al fomento de la buena nutrición, ha introducido un programa de alimentación suplementaria y otro de nutrición escolar.

No están rígidamente definidos los límites de atención de cada nivel: el personal de atención primaria tiene a su cargo los hospitales distritales y, de vez en cuando, estos facilitan personal a los centros de salud; los dos hospitales generales con instalaciones de atención terciaria sirven también de hospitales comunitarios para la zona circundante y, por medio de sus departamentos de urgencias y atención ambulatoria, constituyen el punto de primer contacto para muchos habitantes de las zonas urbanas. La división de instituciones, cuyo objetivo es asegurarse de que la población disponga de servicios apropiados y aceptables, se encarga de la atención secundaria y terciaria.

Las principales estrategias de prestación de servicios de salud se concentran en el incremento de la eficacia de esos servicios dando pleno respaldo a los que se basan en la comunidad y fortaleciendo su capacidad técnica, administrativa y logística. En la administración de servicios de salud se acentúa el mejoramiento de la comunicación dentro de los niveles de atención y entre estos, y el fomento del trabajo en equipo. Esa administración está a cargo de funcionarios públicos y forma parte de un sistema común a todos los sectores del servicio público, que se ha ampliado mucho en los últimos años para que pueda desempeñar un papel importante en las actividades de desarrollo, aunque la infraestructura no estaba plenamente preparada para esa expansión. En espera de las reformas del servicio público, el gobierno ha creado instituciones de servicio privadas; algunas son compañías de propiedad absoluta y de responsabilidad limitada, como la Compañía de Administración de Hospitales y otras son órganos reglamentarios como la efímera Administración Nacional de Salud, pero estos intentos no han sido plenamente eficaces.

Servicios de salud materno-infantil

El mejoramiento de las condiciones de salud de las madres y los niños es la meta de numerosos proyectos y actividades de salud. Más del 80% de las mujeres embarazadas son atendidas anualmente en dispensarios públicos de atención prenatal (26.122 consultas en 1982). Los dispensarios de salud infan-

til atienden aproximadamente al 15% de la población destinataria de niños menores de 5 años. Las sesiones de planificación familiar y de bienestar infantil y las visitas domiciliarias realizadas por personal de enfermería en todo el país ayudan también a mejorar la salud de las madres y de los niños. No obstante, los servicios de atención de salud deben afrontar muchos problemas tales como la escasez de personal de salud adiestrado para dotar el gran número de centros, especialmente para prestar servicios de urgencia las 24 horas del día o según se necesite; escasez periódica de medicamentos; averías del equipo, debidas principalmente a falta de mantenimiento preventivo; falta de autoridad administrativa a nivel de los dispensarios y deterioro de las instalaciones físicas.

Servicios de salud dental

El primer plan nacional de salud reveló que las enfermedades dentales constituían el mayor problema de morbilidad en el país y, sin duda alguna, ese sigue siendo el caso. Con el fin de garantizar una buena salud dental a los niños y adolescentes, se inició la práctica de contratar enfermeras dentales en 1980 para administrar tratamientos sencillos.

Suministro de medicamentos esenciales

La mayoría de los productos farmacéuticos que utilizan el Ministerio y los médicos particulares son importados. El gobierno preparó un formulario nacional de más de 200 medicamentos que importará para su propio uso. Los principales problemas encontrados en lo que respecta al suministro de medicamentos son la falta de farmacéuticos capacitados para dispensar los productos; el almacenamiento, la búsqueda y la distribución de productos farmacéuticos valiosos y perecederos; la dificultad de igualar la oferta con la necesidad sin desperdiciar productos a causa de la fecha de vencimiento de algunos de estos y el hecho, bastante común en algunas localidades, de una escasez artificialmente creada.

Cobertura de la atención secundaria y terciaria

La atención secundaria se presta en los dos hospitales públicos generales de Puerto España y San Fer-

nando y los ocho hospitales distritales y de condado más pequeños del país; cuando las instalaciones de los hospitales menores son inadecuadas, se envía a los pacientes a hospitales de mayor tamaño o a otros lugares. La tasa de ocupación de camas en los dos hospitales generales es elevada pero en los hospitales distritales es baja, lo que indica que es necesario racionalizar la utilización de camas en los hospitales de internado breve. Los egresos de los hospitales, divididos según las causas principales de enfermedad en los cinco hospitales en 1978, indicaron que los accidentes, los envenenamientos y la violencia constituyen la principal causa de hospitalización en tres de ellos y la segunda en uno de los otros dos.

La atención especializada y por períodos prolongados está a cargo del hospital Mt. Hope (maternidad), el Hospital St. Ann (psiquiátrico), el Hospital Caura (afecciones cardiorácicas y patología) y la Enfermería St. James (atención geriátrica, oncología y psicoterapia). Hasta 1984 los pacientes leproso eran tratados en Chacachacare, que cerró por la reducción de la incidencia anual de lepra y el éxito del programa terapéutico; los servicios prestados por ese centro se han integrado a los de atención médica ordinaria. De los 2.870 pacientes internados en el Hospital St. Ann en 1981, la psicosis esquizofrénica fue la principal causa de hospitalización con 1.999 casos, de los cuales el 83% fueron voluntarios (no tenían carácter urgente) y el 17% fueron el resultado de fallos de los tribunales. La ocupación de camas excesivamente alta en el Hospital St. Ann llevó a la construcción y utilización de centros de "decantación" que han aliviado parcialmente el hacinamiento.

Otros programas incluyen las enfermedades de transmisión sexual, el control de la tuberculosis, la salud mental de la comunidad y la malaria. Esta última se ha erradicado de las dos islas pero la división de control de insectos vectores sigue realizando una activa vigilancia.

Recursos de salud

El gobierno asignó un 11% del presupuesto nacional a atención de salud en 1983, lo que es compatible con el monto del gasto en salud en los últimos cinco años. La falta de información sobre la atención prestada en el sector privado es un serio problema. De los 1.218 médicos inscritos en la Asociación Médica de Trinidad y Tabago, se desconoce el número en ejercicio privado y la clase y la cantidad de servicios ofrecidos por los médicos y las instituciones particu-

lares. Sin embargo, una encuesta realizada de 1975 a 1976 sobre el gasto familiar reveló que el 2,5% se destinaba a bienes y servicios médicos. Actualmente hay 15 casas particulares de convalecencia en todo el país. En muchos casos, las personas que pueden pagar los servicios buscan atención especializada en los Estados Unidos o el Canadá. Si bien el gobierno no paga esos servicios, facilita la adquisición de las divisas necesarias para cubrirlos. Se prevé que al terminar la construcción del Complejo Médico Mt. Hope en 1986 se reducirá mucho el número de personas que buscan tratamiento en el exterior.

Instalaciones de salud. Los servicios medicoasistenciales de la comunidad están formados por una red de 102 centros de salud que funcionan como sitios de integración de la medicina preventiva y curativa y como centros para la administración de los servicios de salud pública. La proporción de centros de salud a población es aproximadamente de 1 a 10.000, cifra que es muy inferior a la proporción deseable de 1 a 2.000-5.000. Los servicios medicoasistenciales de la comunidad están parcialmente descentralizados y se han integrado a nivel de los condados bajo la administración de los oficiales de salud correspondientes. De hecho, en el acceso a la atención de salud influyen la concentración de médicos particulares en las zonas urbanas; la importancia que se ha dado en los recientes programas de desarrollo a la construcción de nuevas instalaciones en zonas rurales aisladas; la residencia de enfermeras y médicos en zonas como Toco, Grande Rivière y Blanchisseuse y la amplitud de la red de transporte en muchas zonas. Entre 1976 y 1981, se construyeron 31 centros de salud, dos de ellos en nuevas localidades y los otros para reemplazar estructuras dilapidadas en las que antiguamente había dispensarios; sin embargo, varios centros están todavía sin reparar y deben reconstruirse, mientras que otros necesitan renovarse o ampliarse con urgencia.

La terminación de las obras del Complejo Médico Mt. Hope, al que se incorporará el actual Hospital de Maternidad Mt. Hope, incrementará el número de camas en los hospitales del país a 4.878, de las cuales 2.228 estarán en hospitales generales, 429 en hospitales de internado corto y 2.221 en hospitales de internado prolongado. Además, hay 15 instituciones de salud privadas con 292 camas. Al tener en cuenta todos los hospitales, la proporción de camas por 1.000 personas es de 4,6 y en hospitales de internado corto, de 2,5 por 1.000 personas (en comparación con la meta de 4,5 fijada en el Plan Decenal de Salud de las Américas), oscilando entre 3,5 en el norte de Trinidad y 1,6 en el sur.

Recursos humanos de salud. El Ministerio de Salud y del Medio Ambiente ha efectuado algunos estudios de sus recursos humanos y ha estimado que en 1985 había un déficit de unas 2.800 personas, más del 80% de las cuales representaban personal de enfermería, técnicos de laboratorio y oficiales a cargo de archivos médicos.

Se dictan muchos cursos de capacitación y cursos técnicos. Cada año se gradúan unos 35 médicos de Trinidad y Tabago en la Facultad de Medicina de la Universidad de las Islas Occidentales. En la ciudad universitaria de Mona de ese mismo plantel y en los hospitales generales de Puerto España y San Fernando se ofrecen estudios de medicina de posgrado. El Complejo Médico Mt. Hope ofrecerá estudios conducentes a grados académicos en medicina, odontología, medicina veterinaria, enfermería y farmacia. En el Instituto Técnico John S. Donaldson se forman técnicos en electricidad, medicina y laboratorio. La Escuela de Hotelería de Trinidad y Tabago dicta cursos de preparación de alimentos y de adiestramiento

de personal de servicio en ese campo. En el departamento extramural de la Universidad de las Indias Occidentales se adiestran farmacéuticos e inspectores de salud pública cuando es necesario. CAREC ofrece cursos de educación continua en tecnología de laboratorio y vigilancia epidemiológica para el personal que trabaja en el sector de salud. Hay cursos de adiestramiento en fisioterapia en el Hospital Universitario de Jamaica y capacitación en docencia de ciencias de la salud en Barbados. En las escuelas de formación de enfermeras de los dos hospitales generales se ofrece un curso de enfermería de tres años por el que se concede un diploma y en el Hospital St. Ann se dicta un curso de enfermería psiquiátrica de tres años. Los estudios en enfermería de salud pública, partería y enfermería psiquiátrica se ofrecen después de completado el nivel básico. Desde 1976 se ha venido realizando un programa de capacitación de enfermeras dentales y para 1980 se habían graduado 33 naturales de Trinidad especializadas en ese campo.



Uruguay

Contexto general

Análisis económico y social

El territorio de la República Oriental del Uruguay está dividido en 19 departamentos entre los cuales se encuentra Montevideo, la capital. Cuenta con una excelente red vial y ferroviaria que permite la comunicación de todos los puntos del país en cualquier época del año, aeropuertos en varias capitales departamentales, red de teléfonos automáticos, emisoras de radio y televisión que cubren todo el territorio nacional y télex internacional.

La densidad de población total es aproximadamente de 16 habitantes por km², con una neta concentración en la capital de 2.355 habitantes por km² y una escasa distribución en la mayoría de los departamentos de alrededor de seis habitantes por km².

La educación primaria y secundaria básica superior son obligatorias y toda la educación, tanto primaria como secundaria y universitaria, es gratuita. La tasa de alfabetismo ha continuado en ascenso desde 1975 (93,3%) hasta 1982 (94,6%).

Desde el punto de vista económico, hasta 1982 el Uruguay condujo una política económica neoliberal, en la que se ha mantenido la libre importación y el precio del dólar de acuerdo con valores prefijados. Hasta este momento el nivel de vida y de ocupación ha sido bueno pero a costa de préstamos internacionales y pérdidas de las reservas en dólares.

En noviembre de 1982, previo plebiscito constitucional, se resolvió abandonar esta política y realizar una libre fluctuación del dólar, lo que provocó una devaluación del 100% y como consecuencia, un receso de la actividad industrial del país provocando una importante desocupación y una gran pérdida del poder adquisitivo. Durante todos estos años la balanza comercial se ha mantenido negativa.

Características demográficas

Los datos de población correspondientes al censo general de 1975 revelaron una población total de 2.788.429 personas. Las cifras de natalidad son bajas y mantienen una tendencia descendente; la tasa bruta de natalidad fue de 20,9 por 1.000 habitantes en 1975, de 19,9 en 1978, de 18,4 en 1981 y de 17,7 en 1984. El crecimiento vegetativo es inferior al 1%.

En 1982 se realizó la encuesta familiar de salud. Los datos para el grupo de población de la muestra utilizada mostraron una pequeña disminución del grupo poblacional de 0 a 4 años y un discreto aumento de los grupos mayores de 60 años. Los valores del censo de 1975 y su proyección estimada para noviembre de 1982 comparados con los porcentajes de distribución por edad en la muestra utilizada para la encuesta nacional de salud aparecen en el cuadro 1.

En el período intercensal 1963-1975 la tasa de crecimiento demográfico fue estimada en 5,3%, lo que representa el valor más bajo de América Latina. El índice de masculinidad de 1975 fue 96,5 varones por 100 mujeres.

Fecundidad

La tasa global de fecundidad para el trienio 1979-1981 alcanzó un valor de 2,8 según información proveniente del registro civil de nacimientos y del registro de certificados de nacidos vivos del Ministerio de Salud Pública. La tasa bruta de reproducción fue de 1,33 para el mismo período. La población del país tiende a un creciente predominio del sexo femenino, sobre todo en las edades más avanzadas.

La encuesta familiar de salud mostró que la distribución dentro del país no es uniforme pues hay una

CUADRO 1
Distribución porcentual por edad de la población, Uruguay.

	Total del país			Montevideo			Interior		
	Censo 1975 ^a	Estimación 30/11/82	Encuesta familiar de salud	Censo 1975 ^a	Estimación 30/11/82	Encuesta familiar de salud	Censo 1975 ^a	Estimación 30/11/82	Encuesta familiar de salud
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
0-4	9,23	9,56	8,82	8,24	8,95	8,26	10,02	10,02	9,34
5-14	17,76	17,60	18,15	15,33	15,89	16,97	19,70	18,91	19,23
15-44	41,81	39,97	40,27	41,89	38,32	40,73	41,74	41,21	39,85
45-59	16,87	17,52	16,92	18,57	19,62	18,01	15,52	15,93	15,92
60-74	10,83	)15,35	11,86	12,12	)17,22	12,14	9,79	)13,93	11,60
75 y más	3,50	)15,35	3,98	3,85	)17,22	3,89	3,23	)13,93	4,06

^a Dirección General de Estadística y Censos, resultados definitivos.

concentración de mujeres en las áreas urbanas, fundamentalmente las del grupo de edad más avanzada; el 54% de las mujeres habitan en ciudades de más de 50.000 habitantes y esta proporción alcanza al 58% en las mujeres de 60 años y más. El censo de 1975 demostró que había un 83% de población urbana y un 44,4% en la capital de la República. En la encuesta familiar de salud de 1982 se comprobó un aumento de la concentración en las áreas urbanas.

La esperanza de vida al nacer ha ido aumentando progresivamente y para el período 1980-1985 se estimó que sería de 70,3 años para ambos sexos. El diferencial según sexo es de más de 6,5 años, correspondiendo 67,1 años a los hombres y 73,7 a las mujeres; las estimaciones indican que esta diferencia va aumentando ligeramente a través del tiempo.

Mortalidad

El Uruguay se caracteriza por tener un excelente registro de defunciones desde hace muchos años y

en 1983 tanto en áreas urbanas como rurales la certificación médica de las defunciones fue del 100%. La tasa de mortalidad general fue de 9,9 por 1.000 habitantes en 1975, 10,2 en 1977, 9,8 en 1979, 9,4 en 1981 y 9,6 en 1983.

En cuanto a las causas de defunción (cuadro 2) se observa que de 1980 a 1983, las primeras cinco causas explican prácticamente las tres cuartas partes de la mortalidad y que no se aprecian grandes cambios, excepto la reducción de las causas de mortalidad perinatal. Por otra parte, llama la atención que junto a las causas cardiovasculares, los tumores y los accidentes, las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan figurando entre las cinco causas más importantes.

Pese a que el total de la certificación de la defunción la realiza el médico y a la tradición de muchos años en el llenado del certificado de defunción, persiste todavía un 7% de las defunciones con una certificación de síntomas y signos mal definidos.

Estado de salud

Salud del niño

El grupo de menores de 1 año representa el 2,1% de la población total del Uruguay y la mortalidad infantil en los últimos años representó un 5 ó 6% del total general. Este indicador de salud ha constituido

uno de los problemas más importantes de salud pública, pues se había mantenido estacionario en cerca de 48 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos hasta 1977, o sea durante 25 años. Su descenso ha comenzado a partir de ese año y en 1984 llegó a 28,5 por 1.000 nacidos vivos (cuadro 3).

CUADRO 2

Primeras causas de defunción, porcentajes del total (CIE, 9a Revisión), Uruguay, 1980-1983.

Causa de defunción	1980		1981		1982		1983	
	No. de orden	%	No. de orden	%	No. de orden	%	No. de orden	%
Enfermedades del aparato circulatorio	1	40,7	1	39,8	1	40,6	1	41,6
Tumores malignos	2	19,9	2	22,2	2	22,1	2	21,5
Accidentes	3	5,5	3	5,8	3	4,6	3	4,7
Ciertas causas de mortalidad perinatal	4	3,3	4	3,1	4	2,8	4	2,5
Enfermedades infecciosas y parasitarias								
Total	5	2,5	5	2,5	5	2,2	5	2,2
Infecciones intestinales		46,1 ^a		35,7 ^a		30,4 ^a		35,5 ^a
Septicemia		16,4 ^a		21,0 ^a		33,4 ^a		34,0 ^a
Tuberculosis		17,6 ^a		13,2 ^a		15,1 ^a		13,8 ^a
Infecciones respiratorias agudas y neumonías	7	2,2	7	2,0	7	2,1	6	2,1
Diabetes mellitus	6	2,2	6	2,2	6	2,4	7	2,1
Bronquitis, enfisema y asma	8	2,0	8	1,5	8	1,6	8	1,7
Suicidios y lesiones autoinfligidas	11	0,9	9	1,0	9	1,2	9	1,1
Anomalías congénitas	9	0,1	10	0,9	10	1,0	10	1,0
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	-	7,3	-	7,1	-	6,5	-	6,9

^a Porcentaje sobre el total de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, División Estadística.

Luego de implantarse en 1977 en forma obligatoria en todo el territorio nacional el certificado de nacido vivo, se pudieron realizar estudios profundos sobre natalidad y fecundidad, así como sobre atención profesional del parto, paridad, legitimidad, peso al nacer, edad de la madre, edad gestacional, ocupacional y residencia de la madre. En 1980 se ha mejorado más aún el análisis de mortalidad infantil y perinatal dado que se ha sustituido el certificado de defunción de uso para todas las edades por uno específico para las defunciones fetales y de recién nacidos que fallecen antes de cumplir el séptimo día de vida.

En 1983, la proporción de mortalidad perinatal fue del 28,8%, calculada con respecto al total de defunciones fetales, neonatales precoces y nacimientos, incluidos los de 500 g o más; si se incluyen solo las

defunciones y nacimientos de más de 1.000 g, la misma pasa a ser del 22,1%. Esto significa excluir el 0,4% de los nacidos vivos. Aproximadamente el 7,1% de los nacidos vivos tuvo un peso al nacer inferior a los 2.500 g. De todos los estudios realizados se desprende que en los últimos años las tres primeras causas de defunción de los menores de 1 año corresponden a causas perinatales, anomalías congénitas e inmadurez, seguidas por causas de origen infeccioso. Estos hallazgos son coherentes con los datos sobre atención del parto: en 1983 el 97% de los partos ocurrieron en un establecimiento asistencial, con variaciones del 90 al 99% en los distintos departamentos. Asimismo, el 98% de los partos se produjeron con asistencia profesional de médico (44%), partera universitaria (48,6%) o ambos

CUADRO 3
Tasas de mortalidad infantil, posneonatal y neonatal, Uruguay, 1970-1984.

Año	Tasa por 1.000 nacidos vivos		
	Mortalidad infantil	Mortalidad posneonatal	Mortalidad neonatal
1970	50,2	25,9	24,3
1971	37,6	25,2	22,4
1972	49,6	17,8	21,8
1973	50,2	27,8	22,9
1974	48,1	26,5	21,6
1975	48,6	26,5	22,1
1976	45,9	25,4	20,5
1977	48,5	26,9	21,6
1978	43,1	24,2	18,9
1979	39,6	23,7	15,9
1980	38,2	23,0	15,2
1981	33,5	19,6	13,9
1982	30,9	18,7	12,2
1983	28,6	17,7	10,9
1984 ^a	28,5	16,9	11,5

^a Cifras provisionales que pueden diferir ligeramente de las definitivas.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, División Estadística.

tipos de profesional.

El grupo de niños de 1 a 4 años constituye el 7,1% de la población uruguaya. En 1983, sobre una población de 200.000 niños de 1 a 4 años se produjeron 155 defunciones, de las cuales el 48% correspondieron a los niños de 1 año. En este grupo las causas más importantes correspondieron a enfermedades infecciosas y parasitarias, accidentes, neumonías y anomalías congénitas. En las otras tres edades las primeras causas de defunción fueron los accidentes y en segundo lugar las anomalías congénitas.

Como problemas específicos de salud consideraremos las enfermedades prevenibles por vacunación, la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición.

Con respecto a las enfermedades prevenibles por vacunación, desde hace muchos años está vigente un programa de vacunaciones que ha logrado una cobertura aceptable en la prevención de este tipo de enfermedades. Desde hace mucho se ha erradicado la difteria, no se han notificado casos de poliomielitis desde 1978, hay solo 15 casos notificados de tétanos en 1982 y cuatro en 1983, todos de adultos. Los fallecidos por esta enfermedad en 1983 fueron tres, todos mayores de 45 años. No hay casos de tétanos neonatal. En el cuadro 4 se presentan las coberturas de vacunación para estas enfermedades.

CUADRO 4
Porcentajes de coberturas de inmunización de niños menores de 1 año, Uruguay, 1980-1983.

Vacunas	Porcentaje			
	1980	1981	1982	1983
DPT 1 dosis	85	88	98	97
DPT 3 dosis	53	55	67	70
Indice de deserción	38	38	32	28
Antipoliomielítica 1 dosis	83	84	98	92
Antipoliomielítica 2 dosis ^a	59	58	73	73
Indice de deserción	29	31	26	21
Antisarampi-nosa ^b	18	90	59	62
BCG	96	74	83	95
Triple vírica (sarampión, paperas, rubéola) ^c	-	-	-	63

^a Se utilizaba 2 dosis.

^b Entre los 6 y 9 meses.

^c 12 meses.

Fuente: Segunda evaluación del PAI, Ministerio de Salud Pública/OPS.

En el quinquenio 1980-1984 el porcentaje de defunciones infantiles por enfermedad diarreica aguda ha oscilado alrededor del 10% del total; el 78% de esas defunciones fueron menores de 6 meses y el 80% de ellas se asociaron con desnutrición. En 1979 constituyó la primera causa de egresos hospitalarios (23%) y esta relación se mantiene en general hasta 1983. En ese año se comenzó a utilizar terapia de rehidratación oral con sales según fórmula de la OMS. Sobre la base de los datos disponibles para el período octubre 1984 a marzo 1985 en los Servicios de Salud de Montevideo se ha producido un aumento estacional en casos de diarrea aguda en menores de 5 años durante los meses de diciembre y enero, 760 y 768 casos, respectivamente. En los meses de octubre y marzo se registraron solamente 173 y 345 casos, respectivamente.

Las infecciones respiratorias agudas representan en total la sexta causa de defunción, pero solo el 10% corresponde a menores de 5 años y el 95% de ellas a los menores de 1 año. La etiología es variada, predominando los cuadros de infecciones a virus, aunque no hay estudios precisos para definir los porcentajes de las diversas etiologías.

El problema de la desnutrición no se ha estudiado a nivel de toda la población en forma profunda desde 1962, en que se realizó una encuesta nacional nutricional. La incidencia de la desnutrición en un estudio efectuado en población asistida por el Ministerio de Salud Pública entre 1978 y 1985 mostró que el 35% de los niños menores de 5 años estaban desnutridos según criterio peso-edad; el estudio se realizó en un grupo poblacional de bajos recursos económicos, que representaba aproximadamente el 20% de la población del país.

Salud del adulto

Las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de mortalidad general. Si se consideran las 10 primeras causas en los últimos cinco años (1979-1983), cuatro de ellas representaron más del 65% del total de las defunciones; ellas son: las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores malignos, la diabetes mellitus y las bronquitis, enfisema y asma.

El grupo de enfermedades del aparato circulatorio afecta prácticamente en forma igual a hombres y mujeres en su total; ahora bien, cuando se analiza cada una de ellas varía el predominio de hombres o de mujeres (cuadro 5).

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de defunción, con el 21,5% del total de defun-

ciones, de las cuales el 58% corresponde al sexo masculino y el 42% al femenino (cuadro 6).

Se ha comprobado el predominio de los tumores del aparato digestivo en un 25% y del tumor de colon en el sexo femenino; hay una preponderancia de las restantes localizaciones en el sexo masculino.

La diabetes mellitus es la séptima causa de defunción, y es más frecuente en las mujeres (54,7%) que en los hombres (45,3%).

Con respecto a la salud de la mujer, la encuesta familiar de salud permitió conocer la prevalencia del estado de embarazo según el ingreso familiar, y se constató que aquel era inversamente proporcional al ingreso: 63,4% para los bajos ingresos y 46,0% para los ingresos altos.

Con relación a la población económicamente activa e inactiva, la tasa de prevalencia de embarazo fue del 46,4 y 60,7%, respectivamente. La edad media de la embarazada uruguaya es de 27,9 años. Referente a la distribución porcentual de embarazadas según el estado conyugal, el 70% son casadas, el 16% en unión estable y el 14% solteras, separadas o divorciadas. El 15,6% de las mujeres percibieron malestares de salud en la quincena anterior a la realización de la encuesta nacional de salud. Los principales padecimientos que manifestaron fueron el reumatismo y las enfermedades del corazón, con tasas de 73,0 y 12,6 por 1.000 habitantes, respectivamente. La tasa de mortalidad materna ha experimentado un descenso casi continuo, de 6,1 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos en 1975 a 3,9 en 1983. Las causas de la mortalidad materna fueron fundamentalmente causas obstétricas directas (90% por toxemia o hemorragia) y el resto por aborto.

El grupo de personas de edad avanzada, constituido por la población de 60 años y más, representa el 16% de la población. Tiene un bajo nivel relativo de participación en la actividad económica, aunque se supone que existen niveles altos de desocupación oculta debidos al deterioro de los valores de las jubilaciones y pensiones. No hay datos exactos de morbilidad, pero en la encuesta familiar de salud de 1982 se estudiaron los malestares percibidos durante las dos semanas anteriores a la encuesta y se comprobó que el 20% de las personas entre 60 y 74 años y el 25% de los mayores de 75 años sintieron algún malestar. El 64,2% de los individuos entre 60 y 74 años y el 68,9% de los mayores de 75 años experimentaron padecimientos crónicos; el reumatismo y las enfermedades del corazón fueron las causas más frecuentes de padecimientos crónicos y representaron más de la mitad de estos. Respecto a la utilización de servicios de salud, este grupo absorbe más del 25% del total de las hospitalizaciones de la población y cerca del 30% de los días de internación.

CUADRO 5
Enfermedades del aparato circulatorio (CIE, 9a Revisión), Uruguay, 1983.

Enfermedades del aparato circulatorio	No.			%		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total (390-459)	11.859	5.963	5.896	41,6 ^a		
Enfermedad esquémica del corazón (410-414)	4.192	2.413	1.779	35,4 ^b	58 ^c	42
Enfermedad cerebro-vascular (430-438)	3.414	1.453	1.961	28,8 ^b	43 ^c	57
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón (415-429)	2.314	1.218	1.096	19,6 ^b	53 ^c	47
Aterosclerosis, embolia y trombosis arteriales, otras enfermedades de las arterias, las arteriolas y los vasos capilares, flebitis, tromboflebitis, embolias y trombosis venosas (440-448)	1.463	669	794	12,3 ^c	46 ^c	54
Enfermedades hipertensivas (401-405)	413	184	229	3,5 ^b	45 ^c	55
Enfermedades reumáticas, fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas del corazón (390-398)	36	10	26	0,3 ^b	28 ^c	72

^a Del total de defunciones.

^b Del total de enfermedades del aparato circulatorio.

^c Del total del grupo de enfermedad.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, División Estadística.

Problemas de salud que afectan a la población en general

Las especies del género *Triatoma*, vector de la enfermedad de Chagas, se encuentran en toda la zona norte del país, en especial en la zona rural. Sin embargo, solo se ha notificado un caso de dicha enfermedad en 1982 y ocho casos en 1983.

La hidatidosis representa un grave problema tanto desde el punto de vista sanitario como económico pues casi la mitad de los animales faenados para

exportación y consumo se encontraban parasitados. Con respecto a los humanos, investigaciones realizadas en todos los establecimientos hospitalarios revelaron casi 500 casos anuales de internados por esta patología. Las defunciones por hidatidosis en 1983 llegaron a 10.

La hepatitis tipo A—la más frecuente—es endémica y con brotes epidémicos en las zonas en que imperan malas condiciones sanitarias. Su notificación es obligatoria, pero no se cumple en su totalidad; sin embargo, en 1982 se notificaron 2.529 casos

CUADRO 6
Defunciones por tumores malignos, Uruguay, 1983.

Localización primaria	No.			%		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Todas las localizaciones	6.128	3.554	2.573	100,0	58,0	42,0
Tubo digestivo	1.550	879	671	25,3	56,7	43,3
Colon	509	227	282	32,8	44,6	55,4
Estómago	505	301	204	32,3	59,6	40,4
Tráquea, bronquios y pulmón	1.073	971	102	17,5	90,5	9,5
Tumores de mama	517	-	517	8,4	-	100,0
Tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	343	198	145	5,6	57,7	42,3
Próstata	306	306	-	5,0	100,0	-

Fuente: Ministerio de Salud Pública, División Estadística.

y en 1983, 1.565 casos. La mortalidad por esta causa en 1983 fue de 13 personas.

Tanto la mortalidad como la morbilidad por tuberculosis fueron descendiendo de manera sostenida. La mortalidad ha bajado de 8,3 defunciones por 100.000 habitantes en 1971 a 2,9 en 1983.

Al igual que en el resto de los países del área, hay un registro incompleto de las enfermedades de transmisión sexual, lo cual resta posibilidades de definir la verdadera magnitud del problema. En 1983 se notificaron 3.150 casos de sífilis, 3.426 casos de infección gonocócica y 280 casos de otras enfermedades venéreas. En la encuesta sobre morbilidad infantil realizada en 1982, se comprobó que el 1,6% de todas las patologías durante el embarazo, presentadas por las madres de niños menores de 28 días fallecidos correspondían a la sífilis, y el 0,3% a las madres de los niños encuestados vivos.

Los accidentes constituyen la tercera causa de defunción y afectan en forma predominante al sexo masculino (66,3%). Del total de accidentes, el mayor porcentaje correspondió a tráfico (48%) y dentro de ellos el predominio del sexo masculino es aún mayor (72,5%).

Los suicidios son la novena causa de defunción y representan el 1,1% del total de muertes; también predominan en el sexo masculino (83,7%). Los homicidios tienen muy poca incidencia, solo el 0,2%.

Salud ambiental

En 1975, el 72% de la población (84% de la población urbana y 8% de la población rural) disponía de agua proveniente de la red pública. Según la encuesta familiar de salud de 1982, el 78,4% de los hogares de todo el país contaban con provisión de agua de la red pública. Más del 93,0% de la población de la capital y las ciudades con más de 10.000 habitantes y cerca del 60% de la población de las demás ciudades estaban abastecidas por la red pública. Con respecto a la población rural, solo el 9% contaba con provisión de agua de la red pública y el 61,6% estaba servida por agua de pozo surgente.

El estudio de eliminación de excretas en el censo de 1975 mostró que el 43,5% de los hogares particulares del país utilizaban la red pública de alcantarillado y el 48% utilizaban pozos negros o fosas sépticas. Según la encuesta nacional de salud de 1982, estos datos correspondieron al 49,0 y al 47,4%, respectivamente.

La capital y la mayor parte de las áreas urbanas disponen de servicios de recolección de residuos domiciliarios a cargo de las intendencias municipales. La eliminación de los mismos varía desde la incineración e industrialización hasta la eliminación a cielo abierto.

Sistema de salud

El sector salud está conformado por un subsector oficial y un subsector privado. El primero de ellos está integrado por el Ministerio de Salud Pública, la Dirección General de la Seguridad Social, y otros servicios médicos estatales dependientes de los Ministerios del Interior y de Defensa Nacional, de la Universidad de la República, de la Intendencia Municipal y de los entes autónomos y servicios descentralizados. El subsector privado está integrado por las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC) y por los sanatorios, las casas de salud y la atención médica privada no institucional. Este conjunto heterogéneo de instituciones y establecimientos tiene escasa coordinación y diferente desarrollo, razón por la cual no se presta atención de calidad similar ni de cobertura igualitaria o equitativa. Los servicios de las IAMC cubren 317.921 personas en el interior del país (18,7% de la población del área) y 918.901 personas en Montevideo (71,3% de la población del área) y en conjunto cubren el 41,4% de la población del país.

En relación a la capacidad instalada, los índices globales muestran un número suficiente de camas (6 camas por 1.000 habitantes), pero su distribución no es homogénea; faltan camas en Montevideo y Canelones y escasean los servicios ambulatorios en algunos lugares del interior del país. El 68% de la superficie construida para los servicios de salud corresponde a los servicios públicos, el 24,9% a las IAMC y el 7% al sector privado.

El Ministerio de Salud Pública cubre a gran parte del sector público. La distribución y complejidad de los servicios no siempre guarda correspondencia con las necesidades de salud de la población ni con la capacidad de la red de servicios. El nivel de utilización de los servicios es muy variado en el país. La mayoría de los establecimientos tienen un desarrollo desemejante entre sus servicios finales, intermedios y generales, y puede observarse una alta tecnología en coexistencia con equipos obsoletos.

La producción del sector salud es de buena calidad; el Ministerio de Salud Pública produce casi la mitad del total de los egresos de larga estancia. Las

Instituciones de Atención Médica Colectiva tienen un número de camas cercano al 60% de las que tiene el ministerio. Sin embargo producen aproximadamente el mismo número de egresos pero de corta estancia.

Los recursos físicos del Ministerio de Salud Pública en todo el país comprenden 48 hospitales generales, 11 especializados, 16 centros de salud, 25 subcentros de salud y 111 policlínicas. En 1983 disponía de 10.388 camas, 6.177 en el interior y 4.211 en Montevideo. De las existentes en Montevideo 800 correspondían a camas de larga estancia, y de las del interior 2.550 eran de larga estancia. Respecto a las camas de atención obstétrica se contaba con 414 en el interior y 150 en Montevideo. Los hospitales del ministerio se clasifican en cuatro grupos según su capacidad y las especialidades de atención.

En 1984, el Uruguay contaba con 7.857 médicos, de los cuales 5.804 se encontraban en actividad, 1.420 no ejercían y 633 eran jubilados. Había un médico cada 400 habitantes. El 75% de los mismos ejercían en la capital y el resto en el interior de la República. Se contaba con 5.090 enfermeras profesionales, 400 parteras universitarias y 15.000 auxiliares de enfermería.

En cuanto al financiamiento del sector salud los servicios del Ministerio de Salud Pública, los Ministerios de Defensa e Interior y las Intendencias se financian por medio de rentas generales o impuestos; el costo de los servicios de los entes autónomos y los servicios descentralizados se financian con un pequeño aporte de los funcionarios y el resto corre con cargo a los costos de funcionamiento; los servicios de las IAMC se sufragan por medio del pago anticipado del afiliado y los servicios privados se costean por financiación en el momento de la utilización. Desde el punto de vista financiero, el sector salud ha sido uno de los más castigados frente a la gran recesión que sufre el país; así, las partidas presupuestales asignadas al Ministerio de Salud Pública han experimentado una evolución negativa desde 1974 en relación con los porcentajes totales.

Venezuela

Contexto general

Análisis político, económico y social

Venezuela tiene un régimen político democrático y representativo, regido por la Constitución Nacional de 1961; su población tiene alto grado de organización en partidos políticos, asociaciones vecinales, sindicatos, gremios profesionales y otros.

La economía venezolana está fundamentada básicamente en la industria petrolera, la cual representaba alrededor del 80% del ingreso público hasta 1980 y desde entonces alrededor del 60%. En 1983 el sector moderno de la economía representó el 58% de la población económicamente activa y el sector informal o tradicional el 42%. El PIB creció de manera sostenida en el decenio de 1970; en 1980 el PIB a precios corrientes fue de Bs255.462 millones (US\$59.409,8 millones) y Bs18.361 per cápita (US\$4.270,0); las tasas de desempleo eran inferiores al 10% de la población económicamente activa.

En el período 1981-1984 la economía se caracterizó por la recesión y la inflación; el PIB tuvo un crecimiento negativo y la deuda pública externa se incrementó vertiginosamente; la tasa de desempleo se elevó al 14% de la población económicamente activa. El costo de vida subió un 22,9% en 1982 y 16,9% en 1984. En el período 1982-1984 el salario real disminuyó entre el 11 y el 4% anual. El 69,6% de los hogares tenían ingresos inferiores al costo de la canasta de consumo normativo; el 35,8% de los hogares tenían ingresos por debajo de la mitad del costo de la canasta de consumo normativo. En ese mismo

período se han realizado grandes transferencias de capital privado al exterior. A partir de 1983 se devaluó la moneda en varias etapas, entre el 50 y 66% de su valor inicial, y se estableció el control de cambios. Toda esta situación actuó negativamente sobre las condiciones de vida de la población y sobre el gasto social público.

A partir de 1984 se ha iniciado un proceso fundamentado en la búsqueda de una amplia concertación nacional entre empresarios, trabajadores y otros sectores, denominado "pacto social", orientado a reajustar la economía sobre la base de la refinanciación de la deuda externa, disminución del gasto público, reactivación del aparato productivo y desarrollo de un conjunto de medidas compensatorias en defensa del salario real y disminución del desempleo.

Venezuela ha tenido tradicionalmente sistemas públicos de salud y educación de gran desarrollo. En 1982 el analfabetismo era del 13% de la población mayor de 15 años, la proporción de escolaridad en educación primaria era del 93,3%, en educación media del 38,4% y en educación superior del 19,0%.

Se ha estimado que el déficit de vivienda es superior a 1 millón de unidades y que alrededor de la cuarta parte de la población habita en viviendas inadecuadas. El país cuenta con una amplia red vial que en 1982 alcanzó a 62.244 km. Existen dos líneas aéreas nacionales que cubren la mayor parte de las capitales de los Estados y ciudades importantes y una línea aérea internacional. Hay cuatro canales de televisión (dos del Estado), 158 estaciones de radio y 71 periódicos y diarios.

Características demográficas

El censo nacional de octubre de 1981 arrojó una población de 14.570.085 habitantes. La Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) han efectuado estimaciones y proyecciones de la población hasta el año 2025; han señalado que para 1985 una población de 17.316.738 necesitó 21 años para duplicarse y han estimado que se requerirán aproximadamente 33 años para volver a duplicarse.

Durante el quinquenio 1975-1980 se estimó una tasa de crecimiento total de 34,03 por 1.000 habitantes, la cual se redujo a 28,35 por 1.000 en el período siguiente. A partir de 1979 se observó un freno en la inmigración dada la tendencia a eliminar el ingreso ilegal de extranjeros. Se considera que la tasa de crecimiento es elevada, resultado de las bajas tasas de mortalidad general alcanzadas y de una disminución moderada de tasas de natalidad.

La tasa de crecimiento poblacional no es homogénea para todas las áreas y divisiones administrativas del país; en el período 1971-1981 algunas entidades federales han crecido a un ritmo superior al 4% (Miranda, Aragua, Carabobo, Nueva Esparta, Bolívar, Territorio Federal Amazonas) y otras lo han hecho con tasas inferiores al 2% (Distrito Federal, Estados Apure y Trujillo). La distribución especial muestra que en 1984 aproximadamente el 50% de la población ocupaba el 9,3% del territorio nacional (Distrito Federal, Aragua, Carabobo, Miranda y Zulia), con una densidad de población de 101 habitantes por km², frente a 18 habitantes por km² a nivel nacional. El 79% de la población está ubicada en ciudades y centros poblados de más de 2.500 habitantes.

En la distribución por grupos de edad y sexo para 1985, cabe señalar que alrededor del 40% es menor de 15 años con una tendencia a su disminución. Por otra parte, la población de edad avanzada si bien no es muy numerosa (3,4% de 65 y más años en 1985) tiende a incrementar su importancia relativa en razón de la ganancia en la esperanza de vida que se viene observando.

La composición por sexo es bastante pareja, alrededor del 50%; sin embargo, se aprecia un ligero predominio del sexo masculino en la población total y en la población menor de 45 años, situación que se invierte a partir de los 45 años y se va acentuando en las edades más altas.

Mortalidad

La esperanza de vida se situaba en 1936 en 38,82 años para el sexo masculino y 40,96 para el sexo femenino; en 1981 era de 65,78 para los hombres y 70,4 para las mujeres, y para ambos sexos de 68,02 años; en menos de 50 años ambos sexos han ganado más de 27 años de vida. Esta situación positiva esconde diferencias importantes, tanto a nivel regional como en estratos sociales de la población. La diferencia de años en la esperanza de vida entre los sexos se ha ampliado cada vez más; en 1951 fue de 2,01 años en favor de las mujeres y en 1981 fue de 4,63 con tendencia a ampliarse en el futuro.

La tasa bruta de mortalidad ha venido descendiendo en forma paulatina; en 1951 se situó en 11,0 por 1.000 habitantes y en 1982 en 4,9 por 1.000 habitantes, es decir, hubo un descenso del 55% en 31 años. Considerando la información del quinquenio 1978-1982 (cuadro 1) se observa que el nivel de la

CUADRO 1

Población, natalidad, mortalidad general e infantil, y tasas, Venezuela, 1978-1982.

Años	Población	Nacidos vivos	Defunciones		Tasas de:		
			Total	En <1 año	Natalidad ^a	Mortalidad ^a	Mortalidad infantil ^b
1978	14.070.880	475.824	72.470	16.325	33,8	5,2	34,3
1979	14.551.602	495.643	73.685	15.727	34,1	5,1	31,7
1980	15.023.879	491.643	76.834	15.631	32,7	5,1	31,8
1981	15.484.654	496.300	80.346	17.493	32,1	5,2	35,2
1982	15.939.738	510.241	78.329	15.231	32,0	4,9	29,9

^a Tasas por 1.000 habitantes.

^b Tasas por 1.000 nacidos vivos.

mortalidad expresado a través de la tasa bruta (TBM) es del orden de 5 por 1.000 habitantes con una tendencia casi estacionaria; Venezuela está entre los países con más bajas tasas de mortalidad en general. La mortalidad infantil tiene una tendencia claramente descendente; en 1951 la tasa fue de 79,9 por 1.000 nacidos vivos y en 1982 de 29,9, lo que representa un descenso del 62,3% en dicho período. En el quinquenio 1978-1982 los valores estuvieron entre 30 y 35 por 1.000, con una leve tendencia al descenso con excepción de 1981, en que se produjo un alza no esperada.

En la distribución de la mortalidad por grupos de edad (cuadro 2) se observan niveles bajos de mortalidad específica en las edades jóvenes y los más bajos en el grupo de edad de 5 a 14 años. Si se comparan 1978 y 1982 se nota una reducción moderada de los riesgos de muerte en los diferentes grupos de edad.

La estructura de la mortalidad por causa (cuadro 3) pone en evidencia la importancia relativa que han alcanzado las causas de defunción debidas a afecciones crónicas, ya que el primer lugar lo ocupa el conjunto de las enfermedades del corazón (enfermedad isquémica del corazón y otras formas de enfermedades del corazón). Los accidentes en conjunto ocupan el segundo lugar. Los tumores malignos agrupados representan el tercer lugar. Debe destacarse la

importancia de la mortalidad por ciertas afecciones del período perinatal dentro de la mortalidad general y en especial en la mortalidad infantil. Las defunciones clasificadas en el rubro de signos, síntomas y causas mal definidas son del orden del 14%, lo que podría deberse a problemas en la calidad de la certificación médica de causa de defunción. La comparación entre 1978 y 1982 no revela modificaciones importantes en la estructura por causas de mortalidad.

Natalidad

La natalidad ha experimentado un descenso lento pues en el período 1952-1982 solo disminuyó el 26%. Durante el quinquenio 1979-1982 (cuadro 1), las tasas de natalidad oscilaron entre 32 y 34 por 1.000 habitantes; puede detectarse una lenta tendencia al descenso pese a que estos niveles todavía son considerados altos. La fecundidad muestra dos tendencias importantes, un alza de las tasas hasta 1960 y una baja progresiva a partir de dicho año. Se estimó que el índice (hijos habidos por mujer en edad fértil) fue de 5,96 en 1951, de 4,04 en 1961, y que será de 3,71 en 1986.

CUADRO 2

Población, número de defunciones y tasas de mortalidad por edad, Venezuela, 1978 y 1982.

Grupos de edad	Población		Defunciones		Tasas por 1.000 habitantes	
	1978	1982	1978	1982	1978	1982
Total	14.070.880	15.939.738	72.470	78.329	5,2	4,9
< 1 año	492.200	528.217	16.325	15.231	34,3 ^a	29,9 ^a
1-4 años	1.745.070	1.883.736	4.021	3.657	2,3	1,9
5-14 años	3.925.775	4.017.101	2.294	2.196	0,6	0,5
15-24 años	2.856.389	3.320.019	4.405	4.949	1,5	1,5
25-44 años	3.180.019	3.958.604	7.714	8.714	2,4	2,2
45-64 años	1.477.442	1.709.916	14.589	15.959	9,9	9,35
65 y más	393.985	522.147	23.122	27.627	58,7	52,9

^a Tasas por 1.000 nacidos vivos.

Estado de salud

Salud del niño

Las tasas de mortalidad infantil y las de niños de corta edad (1 a 4 años) han presentado un ligero aumento en 1981 (año en que ocurrieron epidemias de varias enfermedades transmisibles), pero en los años sucesivos han descendido hasta colocarse en 1983 en 27,8 y 1,9 por 1.000, las cifras más bajas registradas históricamente en el país. Las principales causas de mortalidad infantil no han variado en los últimos 10 años; la primera causa son las lesiones debidas al parto, asfixia y atelectasis posnatales (768-770), la segunda causa la enteritis y otras enfermedades diarreicas (008-009), la tercera causa son las anomalías congénitas (740-759) seguidas de prematuridad (765) y de enfermedades del aparato respiratorio (480-487 y 490-493). Continúan luego otras afecciones del recién nacido, septicemias (038), lesiones y complicaciones debidas al parto, accidentes (E800-E949) y meningitis (320-322).

La mortalidad neonatal representa el 48% de la mortalidad infantil. En el grupo de 1 a 4 años en 1983 la mortalidad fue de 1,9 por 1.000 habitantes y las principales causas fueron los accidentes, enteritis

y otras enfermedades diarreicas, neumonías y deficiencias de la nutrición. En el grupo de 5 a 14 años en 1982 la mortalidad fue de 0,58 por 1.000 habitantes y las principales causas fueron los accidentes, tumores malignos y neumonías.

En relación con las enfermedades diarreicas, en la población menor de 2 años las tasas de morbilidad por gastroenteritis pasaron de 255,2 por 1.000 habitantes en 1981 a 221,4 por 1.000 en 1984, pero las tasas de mortalidad descendieron de 3,5 a 1,3 por 1.000 habitantes. Este brusco descenso se ha relacionado con la distribución de soluciones para rehidratación oral por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), iniciada en marzo de 1981; en agosto de 1982 el uso de la producción nacional de los sobres necesarios se había extendido a todo el país y en la actualidad se hacen esfuerzos por ampliar su cobertura mediante la incorporación de otras instituciones de salud y la ampliación de la participación popular.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la quinta causa de mortalidad infantil, la tercera en el grupo de 1 a 4 años, la tercera en el grupo de 5 a 14 años y la séptima de mortalidad general. Durante los últimos años se han realizado investigaciones ten-

CUADRO 3
Principales causas de mortalidad general, Venezuela, 1979 y 1982.

No. de orden	Grupo de causas	1979		1982	
		No. de defunciones	%	No. de defunciones	%
1	Enfermedades del corazón	9.908	13,5	11.264	14,4
2	Accidentes	8.732	11,8	9.250	11,8
3	Cáncer	7.038	9,6	7.660	9,8
4	Ciertas afecciones del período perinatal	6.393	8,7	5.940	7,6
5	Enfermedades cerebrovasculares	4.428	6,0	4.765	6,1
6	Neumonías	3.276	4,4	3.063	3,9
7	Infecciones intestinales	3.324	4,5	2.997	3,8
8	Anomalías congénitas	1.443	2,0	1.625	2,1
9	Homicidios	1.412	1,9	1.823	2,3
	Signos y síntomas mal definidos	10.615	14,4	10.929	14,0
	Otras	17.116	23,2	19.013	24,2
	Total	73.685	100,0	78.329	100,0

dientes a sentar las bases para un programa de control y a partir de 1984 la División Maternoinfantil ha asumido la responsabilidad de llevar adelante dicho programa.

En el área de las enfermedades prevenibles por inmunización, en 1980 han ocurrido 9.750 casos (70,1 por 100.000 habitantes) y 117 defunciones (0,8 por 100.000); en 1981, año epidémico, dichas tasas se han elevado a 216,9 y 3,6, respectivamente; en 1982, 1983 y 1984 han descendido ubicándose en 60,5 y 0,9 por 100.000 habitantes. La cobertura de la vacunación antisarampionosa en menores de 1 año en 1984 se estimó en 34%.

En 1980 se han registrado 3.247 casos de tos ferina y 26 defunciones (23,3 y 0,2 por 100.000 habitantes, respectivamente); en 1984 (cifras provisionales) se han registrado 1.494 casos y 63 defunciones (8,9 y 0,4 por 100.000 habitantes, respectivamente).

En 1980 las tasas de morbilidad y mortalidad por difteria han sido de 0,2 y 0,05 (por 100.000 habitantes) y en 1984 de 0,1 y 0,01 (por 100.000 habitantes), respectivamente.

El tétanos neonatorum se ha ido reduciendo progresivamente. En 1980 se han registrado 129 casos y 51 defunciones (tasas de 0,15 y 0,10 por 100.000 habitantes, respectivamente); en mayores de 28 días ha habido 347 casos y 123 defunciones (tasas de 1,4 y 0,9 por 100.000 habitantes, respectivamente). En 1984 se registraron 63 casos y 28 defunciones en menores de 28 días (tasas de 0,13 y 0,06 por 100.000 habitantes, respectivamente), y 148 casos y 80 defunciones en otras edades (tasas de 0,9 y 0,5 por 100.000 habitantes, respectivamente). La cobertura con vacunas DPT en menores de 1 año en 1983 fue de 56%; sin embargo, en 1984 descendió al 31% debido a dificultades en la producción, la disponibilidad y suministro de antígenos en el país.

La frecuencia de la poliomiелitis se ha reducido sustancialmente. En el período 1980-1984 se ha registrado un promedio de 20 casos anuales y solo han ocurrido cuatro defunciones en 1981, año de epidemia durante la cual se registraron 68 casos. En 1980 han ocurrido 11 casos (0,1 por 100.000 habitantes) sin defunciones. En 1981 ha habido siete casos sin defunciones (0,04 por 100.000 habitantes). En 1984 la cobertura de vacunación con tres dosis en menores de 1 años fue de 75%.

Respecto a las deficiencias nutricionales la encuesta nacional de nutrición realizada en 1981 determinó que el 67,8% de los menores de 15 años eran normales según la relación peso/edad y el 15,9% padecía de desnutrición leve; solo el 9,48% presentaba desnutrición moderada o grave. Según la relación peso/talla, el 77,8% era normal, el 6,0% levemente desnutridos y el 1,7% tenía algún grado

moderado o grave de desnutrición.

Sobre los problemas de salud oral no hay un buen conocimiento de incidencia y prevalencia. Las acciones de control se han concentrado en la ampliación de la cobertura del programa de fluoruración de aguas de consumo, el cual cubre el 80% de la población de los principales centros urbanos del país (1984); también se han llevado a cabo actividades educativas sobre todo a nivel escolar y se ha insistido en la atención odontológica integral, especialmente a los escolares y embarazadas.

Salud del adulto

Las enfermedades cardiovasculares, incluidas las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares, constituyen la primera causa de mortalidad general desde 1959; en 1982 la tasa fue de 78,2 por 100.000 habitantes y representó el 20,5% del total (cuadro 3). Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la quinta causa de mortalidad general. En 1982 la tasa fue de 30,0 por 100.000 habitantes. Las enfermedades isquémicas representan el 43,3% del total de muertes cardiovasculares y las cerebrovasculares el 29,7%. Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares han tenido una tendencia ascendente; esto no puede explicarse solo por el incremento de la esperanza de vida puesto que la mortalidad por cáncer no ha aumentado sus tasas y puesto que, si se calculan las tasas por población menor de 75 años, persiste esta tendencia. Se estima que estas causas representan el 5,4% de los egresos hospitalarios y el 10% de los días de hospitalización. El 71% de los egresos hospitalarios cardiovasculares son por hipertensión y cardiopatía isquémica y llama la atención importante en los servicios de nivel primario. El programa de lucha contra las enfermedades cardiovasculares tiene una estructura de redes de servicios que van desde los niveles primarios (médicos generales) hasta los terciarios.

Los tumores malignos constituyen la tercera causa de mortalidad general con una tasa de 40,0 por 100.000 habitantes en 1982. Son la segunda causa de defunción del grupo de 5 a 14 años, la tercera del grupo de 15 a 44 años, la segunda del de 45 a 74 años y la tercera del de 75 años y más. La localización específica más frecuente es el cáncer de estómago (17% del total de muertes por cáncer), seguida de los bronquios y pulmones (11,7%), el cuello del útero y otras partes del útero (10,8%), la mama (4,6%) y la próstata (4,4%). El cáncer de estómago es más frecuente como causa de defunción en hombres y el

cáncer del útero en las mujeres. Existe un registro nacional de tumores de cobertura nacional en los principales centros hospitalarios y se ha diseñado un plan nacional de lucha contra el cáncer que acentúa la integración y coordinación de los recursos nacionales en la pesquisa activa a nivel primario y la adecuada atención de los casos.

Los accidentes constituyen la segunda causa de mortalidad general y la primera en los grupos de 5 a 44 años. En 1981 las tasas por 100.000 habitantes fueron de 65,6 y en 1984 (cifras provisionales) han descendido a 52,6. Representan el 14% del total de muertes. Más del 50% del total de muertes por accidentes se deben a accidentes de tráfico de vehículo de motor. El 78,8% de estas muertes ocurre en el sexo masculino y el 57,4% entre los 15 y 44 años de edad. Los accidentes son el primer motivo de egreso hospitalario en el grupo de 5 a 14 años y el segundo de los 15 a los 64 años.

En el área de salud mental el MSAS ha estimado que alrededor del 31% de la población venezolana requiere atención programada (psicosis 3%, retardo mental 3%, alcoholismo 7%, epilepsia 5%, neurosis y trastornos de la personalidad 10% y farmacodependencia 3%). Esta situación incide de manera importante en el perfil epidemiológico de la población y se refleja directa o indirectamente en accidentes de tránsito (se considera que 40% de ellos ocurren bajo la influencia del alcohol), suicidios y homicidios, accidentes laborales, delincuencia, deserción y absentismo escolares, y en desintegración familiar.

En lo concerniente a salud de la madre el programa de higiene prenatal del MSAS cubre el 43,99% de los embarazos; el 98% de los partos tiene atención institucional y el 19,10% tiene atención posnatal. En 1984 la mortalidad materna fue de 0,5 por 1.000 nacidos vivos. En 1984 la cobertura de los programas de higiene del lactante fue del 19,9% y del de higiene preescolar fue del 2,44%. El programa de higiene escolar cubre los escolares de primero y sexto grados de educación primaria y el programa de planificación familiar cubre el 12,4% de las mujeres en edad fértil.

En el VI Plan de la Nación (1981-1985) se señalaba que la población económicamente activa denotaba tasas crecientes de mortalidad por accidentes, violencias y enfermedades cardiovasculares. No se hacía mención de la importancia creciente de las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo; en cambio en el VII Plan de la Nación (1985-1989) ya se señalan como una de las prioridades en el sector salud. El número de accidentes de trabajo registrados se mantiene alrededor de 15.000 por año, o bien, un accidente por cada 83 trabajadores; aproximadamente el 1,1% son mortales. La ma-

yoría de los accidentes ocurren según agentes materiales no clasificados de manera específica (diversos). El 99,8% se clasifica como debidos a ausencia de elementos personales de seguridad. La mayoría ocurre en la cabeza y extremidades superiores (62,3%); los más frecuentes son las quemaduras y abrasiones (31,3%), seguidas de las cortaduras y laceraciones (29,8%). El 54,1% de ellos ocurren entre los 19 y 30 años.

Del análisis del cuadro 4 se desprende que los traumas acústicos y las hipoacusias producidas por la exposición prolongada al ruido durante el trabajo son las enfermedades más frecuentes; los casos provienen de empresas textiles, rotativas de los diarios, siderúrgicas, metalmecánicas, productos alimentarios, etc. El segundo lugar está ocupado por las dermatosis provenientes de numerosas actividades económicas y las más frecuentes son las dermatitis por contacto de cemento, solventes, detergentes, cromo y otros agentes. El saturnismo, intoxicación por plomo inorgánico, constituye también un proceso reiterado entre los trabajadores del área metropolitana de la ciudad de Caracas; un 95% de los casos provienen de las fábricas de acumuladores para la industria automotriz y los restantes casos de las fundiciones y recuperadoras de metales. Dado que el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) no cubre las actividades agropecuarias, la incidencia de intoxicaciones por pesticidas entre esta casuística es relativamente escasa y fundamentalmente se observa entre los obreros que se encargan del envasado de insecticidas.

Solo el 5% de la población venezolana corresponde al grupo de 60 años y más, el cual crece lentamente a medida que se incrementa la esperanza de vida y envejece la población. En 1982 las principales causas de defunción fueron las enfermedades del corazón (1.457,8 por 100.000), cáncer (660,9), cerebrovasculares (587,2), diabetes (202,6), neumonías (199,4) y accidentes (149,4).

Problemas de salud que afectan a la población en general

En Venezuela existen las seis enfermedades tropicales consideradas como prioritarias por el Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales de la OMS: lepra, leishmaniasis, filariasis, malaria, tripanosomiasis y esquistosomiasis, y además fiebre amarilla, encefalitis equina venezolana, parasitosis intestinales y otras que son características de la región neotropical. En el período 1981-1984 se ha fortalecido el interés por la

CUADRO 4

Registro de enfermedades profesionales, hasta junio de 1984, Venezuela.

No. de orden	Diagnóstico	No. de casos	%
1	Trauma acústico e hipoacusia	1.131	38,89
2	Dermatosis: dermatitis por cemento, solventes, detergentes, grasas y aceites, sustancias químicas, cal, goma y otros agentes específicos; dermatitis inespecífica, neurodermatitis, acné profesional, leucodermia, xerodermia, hiperqueratosis, radio-dermatitis, folliculitis, onicolisis, etc.	863	29,67
3	Efectos tóxicos del plomo	484	16,64
4	Trastornos del aparato respiratorio	140	4,81
5	Efectos tóxicos de los solventes industriales	106	3,64
6	Efectos tóxicos del mercurio	50	1,71
7	Efectos tóxicos de insecticidas fosforados	34	1,16
8	Efectos tóxicos del cromo	32	1,10
9	Conjuntivitis actínicas irritativas	32	1,10
10	Neurosis ocupacionales	17	0,58
11	Efectos tóxicos del monóxido de carbono	14	0,48
12	Enfermedades por rayos X	13	0,44
13	Efectos tóxicos de gases y vapores (cloro)	8	0,27
14	Efectos tóxicos de sustancias corrosivas, ácidos y álcalis cáusticos	4	0,13
15	Meningoencefalitis vírica	1	0,03
16	Efectos tóxicos del arsénico	1	0,03
17	Otros	8	0,27
	Total pacientes atendidos hasta junio	23.170	
	Total enfermedades profesionales comprobadas	2.908	
	Promedio consulta paciente	6	
	Porcentaje enfermedades profesionales		12,55

investigación sobre estas patologías, de acuerdo con las necesidades de los programas de control; así, en 1985 se han definido las prioridades de investigación a corto y mediano plazo.

El área inicialmente afectada por malaria representaba las dos terceras partes del territorio nacional (600.000 km²), y prácticamente solo quedaban excluidas aquellas zonas que estaban por encima de los 600 m sobre el nivel del mar; las tasas de mortalidad eran de alrededor de 300 por 100.000 habitantes y la morbilidad afectaba hasta un tercio de la población anualmente. En 1936 se inició la lucha antimalárica y en 1945 se incorporó el uso del DDT; en 1968 el área de malaria erradicada era de 460.054 km², hecho que ya en 1961 la OMS había destacado como el éxito más importante conseguido en un país tropical. La transmisión persistió en aquellas zonas donde el

vector principal era el *Anopheles nuñeztovari* (área occidental) o *A. emilianus* (área oriental); no obstante, se continuó rociando sistemáticamente con DDT en aquellas zonas (área meridional) donde la población nómada, dispersa y predominantemente indígena presentaba verdaderos desafíos técnicos. En 1967 se erradicó la malaria del área oriental. Las principales especies de plasmodios han sido *P. vivax* y *P. falciparum*. En 1981 solo ocurrieron 3.377 casos confirmados. A partir de 1982 el número de casos aumentó progresivamente y en 1984 se registraron 12.058, de los cuales un alto porcentaje procedía de áreas erradicadas, planteando a las autoridades sanitarias una situación de emergencia.

Se considera que este repunte de la malaria se debe a dificultades técnicas y administrativas. Entre las técnicas figuran los casos importados, la resistencia

del *P. falciparum* a las cuatro aminoquinoleínas, los hábitos exofílicos de algunos vectores, cambios de conducta del *A. darlingi*, problemas socioantropológicos relativos a cambios en el comportamiento social de la población y la persistencia del nomadismo en algunos grupos indígenas y la colonización y cambios económicos en grandes áreas rurales del país. Entre los administrativos figuran las deficiencias operativas de las actividades de control y dificultades financieras y legales. Se espera fortalecer el control y replantear las estrategias prioritarias de investigación, epidemiología social, diagnóstico, evaluación de la quimioterapia, desarrollo de sistemas de vigilancia, biología y control de vectores, además de estudios gerenciales y operativos.

El principal vector de la enfermedad de Chagas en Venezuela es el *Rhodnius prolixus*, distribuido en aproximadamente el 69% del territorio nacional, donde reside el 68% de la población. Solo el 22% de la población vive en áreas donde nunca se ha demostrado la existencia de aquel vector o del *Triatoma maculata*, segundo en importancia. Sin embargo, se ha logrado que menos del 1% de las viviendas en áreas de triatomíneos resulten positivas a *R. prolixus*. Esto quiere decir que prácticamente en el país no existe evidencia de transmisión chagásica en personas menores de 15 años, excepto en zonas muy reducidas. Los métodos de serodiagnóstico cubren ya al 80% de los centros de donación de sangre del país, lo que explica el discreto incremento en 1982 de las tasas de morbilidad (4,88 por 100.000 habitantes) y mortalidad (4,84 por 100.000).

En cuanto a la oncocercosis, en el período 1979-1983 se descubrieron 3.543 casos nuevos. En 1981-1982 hubo una reactivación del foco oriental, pero el más importante factor de aumento de la frecuencia en los últimos años ha sido el descubrimiento y estudio del foco del Amazonas entre indígenas altamente parasitados en la frontera con el Brasil. Existen siete entidades federales endémicas.

Casi la totalidad de las entidades federales del país presentan focos de leishmaniasis tegumentaria, y en el período 1981-1984 se diagnosticaron casos de leishmaniasis visceral en cuatro entidades (65 casos). La leishmaniasis tegumentaria, que tradicionalmente tenía una frecuencia anual de 400 a 600 casos notificados, a partir de 1979 se ha incrementado bruscamente y en 1984 se han registrado más de 2.000 casos; la tasa nacional fue de 11,9 por 100.000 habitantes.

En 1983 la tasa de prevalencia de casos de lepra en el país era de 78,6 por 100.000 habitantes, con 11.679 casos. La incidencia se ha reducido progresivamente desde el quinquenio 1956-1960 y llegó a alrededor de 350 casos anuales en los últimos años.

Se ha observado un incremento de la proporción de formas abiertas (LL y LD), que representaban el 74,2% de los casos nuevos, así como un desplazamiento hacia las edades avanzadas; esto podría deberse a las acciones de prevención y control desarrolladas desde 1946 por el MSAS. El esfuerzo de investigación sobre los fenómenos de inmunología celular en relación con esta patología han permitido estudiar anticuerpos circulantes con fines de diagnóstico y de evaluación epidemiológica para desarrollar antígenos para la medición de la infección y la susceptibilidad hacia las formas graves de la enfermedad. Además, se ha estudiado un modelo de vacunación utilizando *Mycobacterium leprae* muerto y BCG vivo, que ha sido empleado durante 10 años como inmunoterapia de formas graves de lepra y más tarde en inmunoprofilaxis en una experiencia que abarcó 65.000 contactos. Más recientemente se ha elaborado un esquema de poli-quimioterapia supervisada para aplicarlo a nivel nacional en los próximos años.

El área endémica de esquistosomiasis abarca una extensión de 50.000 km² con una población estimada de 5.000.000 de habitantes. Sin embargo, el número de casos ha disminuido progresivamente. En 1982 se había logrado eliminar los moluscos huéspedes intermediarios de los cursos de agua correspondientes en el 60% del área endémica y se mantenía bajo inspección permanente el resto. Con todo, continúan existiendo personas infectadas en dichas áreas, en proporciones que van del 17 al 37% de los habitantes. Dado que solo se encuentran infecciones muy leves y como tales difíciles de diagnosticar es necesario incorporar técnicas más sensibles de diagnóstico (inmunodiagnóstico) y utilizar nuevos medicamentos.

Las zoonosis más importantes en el país son la rabia, la brucelosis, la leptospirosis, la encefalitis equina, la tuberculosis bovina y la cisticercosis. La rabia humana, canina y felina han disminuido entre 1981 y 1984 (rabia humana de 15 a 7 casos; rabia canina de 942 a 326 y rabia felina de 63 a 18). A pesar de la difusión de la brucelosis en animales, se conoce muy poco sobre su repercusión en humanos. La proporción de positividad de seroaglutinaciones en animales ha descendido de 2,63 a 1,89% en 1984. Sin embargo, solo se conocen 33 casos humanos en dicho período, probablemente debido a la ausencia de búsqueda activa de los mismos. La leptospirosis está muy difundida en animales domésticos y salvajes; en 1981-1984 el 40% de los bovinos eran positivos. Tan solo se tuvo conocimiento de siete casos y cuatro muertes humanas en dicho período, lo cual se considera un marcado subregistro. El último brote de encefalitis equina venezolana apareció en 1973; desde que en 1979 se diagnosticaron cuatro casos

humanos no se ha detectado actividad vírica. Cada año se diagnostica un promedio de 12 casos de neurocisticercosis humana.

Salud ambiental

En 1982 el sistema de abastecimiento de agua cubría el 90,3% de la población total del país. En zonas urbanas la proporción era del 97,9% mientras que en las rurales tan solo alcanzaba al 66,1%. En 1981 el sistema de alcantarillado cubría al 56,1% de la población total; en las zonas urbanas la cobertura era del 69,1% y en las rurales tan solo del 14,2%. No existen estimaciones recientes sobre las cuales determinar la magnitud del problema de desechos sólidos. Sin embargo, se ha elaborado un plan operativo para el programa de eliminación de desechos sólidos con el fin de mejorar los servicios en un 70% en las ciudades con más de 20.000 habitantes.

El aumento en la producción industrial de alimentos y comercios dedicados a la venta de alimentos ha sobrepasado la capacidad de control de alimentos del MSAS. Esto repercute indirectamente en la frecuencia de intoxicaciones por alimentos; las tasas prácticamente se han duplicado entre 1970 y 1981, y alcanzaron el 43,9 por 100.000 habitantes en este último año. Por el momento existen programas para el control de la leche y sus derivados, las carnes rojas, de pescado y aves de corral, y los alimentos de origen vegetal.

El MSAS todavía no cuenta con un departamento en pleno funcionamiento que se encargue de la vivienda, trabajo y recreo, y de la construcción y emplazamiento de sistemas de alcantarillado. Se está

formulando un programa de viviendas rurales destinado a proporcionar viviendas salubres y socialmente aceptables a familias de bajos ingresos. El objetivo principal del programa de control de contaminación física y química del ambiente consiste en mantener la calidad del aire mediante un control de las fuentes de contaminación. En 1976 un estudio completo de la contaminación del aire del valle de Caracas demostró que los vehículos motorizados constituían la fuente principal de contaminación. Otras fuentes importantes son los incineradores, los quemadores en terraplenes sanitarios y las fábricas. Otras zonas críticas de contaminación ambiental son los lagos Maracaibo y Valencia y algunas zonas industriales del país.

Los desastres son motivo de preocupación en el país. Las inundaciones afectaron especialmente a los Estados de Apure, Barinas, Guárico y las zonas ribereñas del Orinoco. En 1981 la inundación de Boconó afectó a toda la población, pero no hay registro de víctimas ni de damnificados. En julio de 1981 se produjo una explosión en San Rafael de Laya como consecuencia de la acumulación de gas proveniente de una estación de drenaje del gasoducto, que afectó a 450 personas; se registraron 100 muertos y unos 150 heridos. En diciembre de 1982 el incendio y la explosión de los depósitos de petróleo y gasoil en una planta generadora de fuerza eléctrica en Tocoa ocasionaron 262 muertos y 112 heridos por quemaduras. La oficina adscrita al Despacho del Ministro de Sanidad y Asistencia Social ha realizado actividades educativas a nivel de pregrado universitario y posgrado en salud pública; además, ha estimulado el diseño de planes para situaciones de emergencia y la coordinación del socorro.

Sistema de salud

Se reconoce que la salud es un componente fundamental del bienestar de los individuos y de los grupos de población, y es el resultado de procesos equilibrados de desarrollo social y económico. El programa actual del Gobierno de Venezuela en materia de salud incluye aquellos objetivos que contribuyen a mejorar los niveles de salud y facilitar el acceso a un servicio sanitario de alta calidad a través de acciones como protección a las personas y al medio ambiente; las acciones de prevención de riesgos laborales, cáncer y enfermedades sociales, mejoramiento de la atención a la madre, al niño y al adolescente. Se ejecutarán acciones conjuntas entre el

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el de Educación con el fin de incorporar programas de educación para la salud en el sistema educativo. Se ampliará y consolidará la red de atención ambulatoria mediante la construcción de nuevas unidades y el mejoramiento y mantenimiento de la infraestructura existente. Sin embargo, la heterogeneidad de normas y procedimientos administrativos y la falta de instrumentos para planificar, controlar y evaluar las acciones que se desarrollan, impiden que los recursos invertidos en salud se utilicen productivamente.

Es indiscutible el avance que se ha logrado en las condiciones generales de salud, paralelo al desarro-

llo general del país, pero aun así hay diferentes factores que entorpecen la marcha hacia mayores progresos en materia de salud. En primer lugar, es baja la cobertura de los servicios, especialmente en la atención primaria y secundaria; si bien la cobertura hospitalaria (nivel terciario) a escala nacional es aceptable, no cabe duda de que existe un congestionamiento notable debido a una inadecuada distribución espacial de los servicios de atención primaria y secundaria; dado que en dichos servicios la atención es deficiente, por deterioro de la infraestructura o fallas del personal, la población no siempre acude en busca de atención médica. A la distribución espacial de los servicios hospitalarios, que tienden a concentrarse en las grandes ciudades, hay que añadir la falta de información de la población sobre los servicios que se le ofrecen y la desconfianza en la eficiencia de los mismos.

El gestionamiento hospitalario se debe por una parte a que el 80% de los servicios que se brindan en estos establecimientos son consultas externas que deberían estar cubiertas por el nivel primario. Por otra parte, se está utilizando solo el 60% de la capacidad del servicio hospitalario debido a la ineficiencia de sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, tales como laboratorio y rayos X, y a la falta de material medicoquirúrgico y ropa blanca. En segundo lugar, es baja la cobertura de los programas preventivos; el énfasis asignado a la medicina curativa ha ido en desmedro de la medicina preventiva, de la investigación y del desarrollo de tecnologías adecuadas a las características de morbilidad y mortalidad del medio venezolano.

A lo anteriormente expuesto cabe agregar que hay una gran dispersión del sector salud o sea que las instituciones afectadas tienen diferentes regímenes administrativos, coberturas, producción y recursos. En la práctica, entre las instituciones hay muy pocos lazos que permitan establecer una administración sectorial. Falta un sistema de planificación adaptado a los verdaderos requerimientos del desarrollo del país, así como una política de suministros en las instituciones del sector. El mantenimiento de las instalaciones y equipos de los establecimientos de salud está orientado hacia la reparación permanente y no hacia la prevención de desperfectos.

Incluso se carece de un programa de desarrollo de recursos humanos para cubrir las necesidades reales de las instituciones.

Varias instituciones públicas y privadas integran el sector salud. Se estima que en 1985 en el subsector público existían alrededor de 50 instituciones. Empero, solo cuatro de ellas son responsables de casi el 80% de la atención de pacientes externos y de la hospitalización: el MSAS, que cuenta con centros

especializados y hospitales generales en zonas urbanas y rurales; el IVSS, que administra hospitales generales y centros médicos especializados para pacientes de consulta externa; el Instituto de Bienestar y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPAS-ME), centros para atención de pacientes en consulta externa, y la Junta de Asistencia Pública del Distrito Federal. En los últimos años se ha registrado una disminución en la cobertura y concentración de la consulta externa en las cuatro principales instituciones del sector público, de 1,7 consultas anuales por persona en 1977 a 1,5 en 1981. Al propio tiempo, el número de consultas básicas, diseñadas para ofrecer atención primaria de salud a la población rural, ha subido de 20,6 por 1.000 habitantes a 25,8 por 1.000. La atención primaria de salud goza de gran prioridad. En 1983 había 426 medicaturas rurales (puestos de salud pequeños de atención limitada) y 2.443 dispensarios rurales y 548 ambulatorios urbanos. El número total de camas por 1.000 habitantes ha disminuido de 2,9 en 1972 a 2,7 en 1982. En 1983 había 21.502 médicos y 53.595 enfermeras y auxiliares, de los cuales el 88% trabajaba en hospitales y el 10% ofrecía atención comunitaria.

Se ha establecido una oficina de promoción social con varios programas permanentes destinados a fomentar la participación de la comunidad en los programas de salud. Se organizan comités de salud y comités coordinados, integrados directamente al sistema de salud, y se establecen grupos de voluntarios y de intereses comunes. Sin embargo, tan solo una pequeña parte de la población participa en estas actividades.

La financiación del sector público proviene de varias fuentes. Los gastos del MSAS se sufragan en su totalidad por medio del presupuesto fiscal, a niveles nacional, regional y municipal. En los últimos años se ha establecido un sistema de recolección de fondos voluntarios, según el cual se obtienen ingresos de donaciones en efectivo de los usuarios y de pacientes para costear los materiales empleados en su tratamiento. Los gastos de la Junta de Beneficiencia Pública del Distrito Federal se financian de manera similar al MSAS. El IVSS recibe financiación tripartita de contribuciones de los empleadores, beneficiarios y el gobierno. El IPAS-ME recibe financiación conjunta del gobierno y beneficiarios. El gasto en salud, que en 1975 representaba el 20,3% de los gastos sociales y el 5,9% de los gastos totales del gobierno, ha bajado al 15,9 y 5,5%, respectivamente. Resulta difícil proporcionar una cifra exacta de la contribución total del gobierno a los gastos de salud, pero sobre la base total de las cuatro instituciones de salud, parece haber disminuido el gasto anual per cápita a precios constantes. Tampoco pueden ofrecer

datos fidedignos sobre los gastos personales por servicios privados.

La movilidad e inestabilidad de los tipos de recursos necesarios para los servicios de salud, combinadas con el número de instituciones, variedad de condiciones de trabajo, distintas formas de organización existentes y el flujo de personal adiestrado en los sectores público y privado, hacen que sea difícil de determinar la cantidad y clases de recursos humanos requeridos. Sin embargo, la capacitación de personal en el sector revela una distribución poco común, pues existe un gran predominio de médicos y una escasez de enfermeras y auxiliares. Esta situación compromete el desempeño y la calidad de la atención suministrada y sube considerablemente los costos en algunas actividades del sistema.

La producción de medicamentos y el abastecimiento de equipos depende en gran medida de las importaciones. El Instituto Nacional de Higiene es un organismo autónomo adscrito al MSAS, responsable

a nivel nacional de la producción de material biológico y de la realización de análisis de control de calidad de productos biológicos, medicamentos y alimentos. El Instituto produce vacunas contra la fiebre tifoidea, rabia canina, rabia humana y cólera, así como toxoide antitetánico y la mayoría de los antígenos que figuran en la lista de inmunizaciones del MSAS. El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas ha realizado varias encuestas nacionales en el campo de la investigación y tecnología de salud. La información obtenida en 1980 indicó que había 556 organizaciones y 3.400 proyectos dedicados a la investigación en cuestiones de salud. Se espera fomentar nuevos centros de investigación, establecer un centro permanente de diagnóstico para el sector y racionalizar la organización de las instituciones. El MSAS también se responsabiliza del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas y Tecnológicas.
